35° CONGRESO NACIONAL SEMES

ESPECIALISTAS
EN LO QUE IMPORTA

REGIÓN DE MURCIA
4 – 6 junio / 2025

SEMES
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

LIBRO DE COMUNICACIONES

Índice temático

AT01. URGENCIAS MÉDICAS I
(Arritmias, Insuficiencia Cardiaca, Síndrome coronario agudo) **03**

AT02. URGENCIAS MÉDICAS II
(Enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosa) **225**

AT03. URGENCIAS MÉDICAS III
(Diabetes y urgencias endocrinas, patología neurológica, patología diges) **642**

AT04. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS **1116**

AT05. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS **1266**

AT06. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS **1379**

AT07. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV **1497**

AT08. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA **1574**

AT09. INNOVACIÓN, NUEVAS TECNOLOGÍAS, GESTIÓN Y CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA **1595**

AT10. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN; SIMULACIÓN CLÍNICA; INVESTIGACIÓN **1666**

AT11. ENFERMERÍA DE URGENCIAS **1706**

AT12. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS **1848**

AT13. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS, BIOÉTICA, DERECHO SANITARIO **1863**

SEMES
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

AT01
URGENCIAS MÉDICAS I
(Arritmias, Insuficiencia Cardiaca, Síndrome coronario agudo)

O. #150

APLICACIÓN DE LAS DIFERENTES MANIOBRAS VAGALES Y SU EFICACIA COMO PRIMER ESLABÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXÍSTICAS (TSVP) EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO. EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Juan José Fernández Domínguez, Marta Calvo González, María Jesús De Marcos Ubero, Javier De Andrés Sánchez, Carlos Edwin Neyra Pérez, Pilar Varela García

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La maniobra de Valsalva es un tratamiento seguro y recomendado internacionalmente como tratamiento urgente de primera línea para la TSVP. Consiste en intentar exhalar con la boca y la nariz cerradas, aumentando la presión intratorácica y estimulando el nervio vago. La versión modificada de esta maniobra ha demostrado ser aún más efectiva, con tasas de conversión exitosa de hasta el 43%, comparado con el 17% de la maniobra tradicional.
Otra técnica que se puede aplicar, observando medidas de precaución, es el masaje del seno carotídeo (MSC).

OBJETIVO

Conocer las distintas maniobras vagales y su eficacia durante los episodios de taquicardias paroxisticas supraventriculares

MÉTODO

Este estudio descriptivo retrospectivo se centra en la evaluación de la eficacia de distintas maniobras vagales en el tratamiento de la TSVP en el ámbito extrahospitalario.
Se analizaron datos de pacientes que presentaron episodios de TSVP y fueron tratados con maniobras vagales como primera línea de intervención.
Las maniobras evaluadas incluyeron la maniobra de Valsalva tradicional, sus versiones modificada y modificada inversa y el masaje del seno carotídeo.
Se revisaron los registros médicos de pacientes diagnosticados con código CIE 9 427.0, correspondiente al diagnóstico TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR / TAQUICARDIA SINUSAL durante 2 años. Se registraron 3263 historias clínicas.
Tras su revisión se incluyeron para el presente estudio 846 informes, descartándose el resto. Sólo se incluyeron aquellos informes en los que, tras revisión de los trazados electrocardiográficos, se pudo constatar que el caso se correspondía con una auténtica TSVP.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Sobre un total de 846 casos seleccionados para el estudio, se realizaron mnaiobras vagales en 386 casos, lo que supone un 45,63%, con una tasa de éxito global para la terminación de la taquicardia del 42,74% de los casos.
La maniobra de Valsalva modificada se aplicó en 25,38% de los casos. La maniobra de Valsalva modificada inversa en un 3,10%. El masaje de seno carotídeo se aplicó en el 7,51%. En un 34,45% de los casos no se especificó el tipo de maniobra o se aplicaron varios tipos.
Entre diferentes tipos de maniobras, los resultados obtenidos por el masaje del seno carotídeo, la maniobra de Valsalva modificada y la maniobra de Valsalva inversa igualan o superan el 50% (58,62%, 54,39% y 50% respectivamente), frente al 45,61% de la maniobra de Valsalva clásica.
Por otro lado, en los casos en los que las maniobras vagales fueron efectivas, recuperando el paciente el ritmo sinusal, la recidiva inmediata de la taquicardia solamente en el 16,96% casos. Por lo que el 83,03% mantuvieron el ritmo sinusal.
El masaje del seno carotídeo, la maniobra de Valsalva modificada y la maniobra de Valsalva modificada inversa se presentan como las técnicas más efectiva, para la conversión a ritmo sinusal de TSVP, en el ámbito extrahospitalario. Su implementación es sencilla y puede ser realizada por personal no especializado, siempre y cuando se sigan los procedimientos adecuados y las precauciones necesarias en el caso del masaje del seno carotídeo.

CONCLUSIONES

Este estudio reafirma la importancia y eficacia de las maniobras vagales en el tratamiento de la TSVP fuera del entorno hospitalario como primera medida en el manejo de las TSVP. Las maniobras vagales deben ser consideradas como la opción de primera línea debido a su alta tasa de éxito, la facilidad de su aplicación y la escasa tasa de recidiva de la taquicardia.
Se recomienda que el personal de emergencias y los primeros respondedores estén capacitados en la realización de maniobras vagales para optimizar el manejo de la TSVP en situaciones extrahospitalarias.

O. #466

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Consuelo Domingo Marco, Judith Peinado Falomir

Hospital General de Castellón, Castellón De La Plana/Castelló De La Plana, España

HISTORIA CLÍNICA

El ductus arterioso persistente (DAP) es una cardiopatía congénita poco frecuente en adultos, solo descrito en el 2% de la población adulta, se trata de un conducto abierto entre la arteria Pulmonar y la Aorta que habitualmente se cierra a las pocas horas de nacer pero que en algunos casos persiste hasta la edad adulta, en la mayoría de los casos el conducto es pequeño y no suele provocar clínica ni requerir tratamiento pero si su tamaño es mayor puede provocar sobrecarga de cavidades cardíacas, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca.
Factores que predisponen la permanencia del ductus son las alteraciones genéticas, prematuros, infecciones, consumo de alcohol o medicamentos durante el embarazo.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 51 años natural de Brasil, ex-fumadora de medio paquete de tabaco al día y en tratamiento con antidepresivos por distimia, acude a urgencias refiriendo dolor centro-torácico opresivo sin irradiación desencadenado con mínimos esfuerzos de dos semanas de evolución que cedía con el reposo, niega cortejo vegetativo, refiere episodios de ansiedad previos que distingue claramente de la clínica actual, en ocasiones presenta disnea nocturna acompañada de dolor tipo pinchazos.
A la exploración física presenta constantes dentro de los parámetro de normalidad, auscultación cardíaca rítmica sin soplos y pulmonar sin ruidos sobreañadidos, abdomen anodino y no presenta edemas en miembros inferiores.
Se realizan pruebas analíticas que incluye gasometría venosa, electrocardiograma, radiografía de tórax, hemograma, hemostasia y bioquímica donde destaca péptido natriurético ligeramente elevado (228pg/ml) con enzimas cardíacas seriadas dentro de la normalidad y electrocardiograma sin alteraciones.
Se realiza en urgencias una ecocardiografía a pie de cama observándose una fracción de eyección del 65% con una ligera insuficiencia Mitral, aurícula izquierda dilatada con desplazamiento del septo interauricular hace la aurícula derecha y un flujo en tronco de la arteria Pulmonar procedente de la Aorta compatible con ductus arterioso.
Realizamos un angiografía en urgencias para descartar otras complicaciones confirmando la presencia de DAP tipo A de Krichenko, de mayor calibre en extremo aórtico filiforme en el extremo pulmonar.
Clasificación de Krichenko:
A. en forma de embudo, cónica. Es la más frecuente.
B. tipo ventana.
C. de forma tubular.
E. formas raras.
La paciente ingresa para continuar estudio donde se realiza ecocardiograma reglado donde se comprueba la existencia de DAP, tac de coronarias, resonancia magnética de estrés y ergometría que tiene que se detenida a petición de la paciente a los 7:55 minutos por aparición brusca de dolor torácico izquierdo opresivo intenso irradiado a espalda asociado a mareo que cede a los 5 minutos de reposo.
Tras diez días de ingreso para completar estudio fue remitida a consultas externas de cirugía cardíaca del hospital general de Valencia para tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

- El ductus arterioso forma parte de la circulación fetal y habitualmente de cierra al poco de nacer o incluso durante el primer año de vida pero un pequeño porcentaje de la población puede permanecer hasta la edad adulta, si su calibre es grande puede ocasionar disnea, insuficiencia cardíaca o hipertensión pulmonar.
- De fácil diagnostico mediante una ecocardiografía donde se evidente la permanencia de este conducto a través de flujo sanguíneo entre Aorta y arteria Pulmonar. Cada vez resulta más útil el uso de la ecografía a pie de cama en urgencias y por eso debemos seguir formándonos en ese campo.
- El los recién nacidos la utilización de antiinflamatorios suele dar buenos resultados para el cierre del ductus pero en adultos el tratamiento requiere cirugía cardíaca, en los últimos años la oclusión percutánea ha demostrado buenos resultados siendo esta la técnica de primera elección dejando como segunda opción el cierre quirúrgico en adultos por mayor riesgo debido a los cambios anatómicos e histológicos.

O. #834

GRIPE A Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE CON IMPLICACIONES CRÍTICAS

Jenifer Crespo Gutiérrez, Ana Navarro Hermoso, Abraham Valdivia Martín, José Manuel Martín Valverde, Irene Ortega Bueno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Varón de 68 años que acude al servicio de urgencias por fiebre elevada y síntomas respiratorios de dos días de evolución, con hallazgo incidental de bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) en el electrocardiograma (ECG).
Antecedentes personales:
• Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 10 mg/día.
• No antecedentes de cardiopatía conocida.
• Consumidor de tabaco 1 paq/dia desde hace 15 años.
• No alergias medicamentosas conocidas.
Enfermedad actual:
El paciente refiere haber iniciado hace dos días un cuadro de fiebre alta (máxima de 39°C) junto con malestar general, cefalea y odinofagia. Posteriormente, ha desarrollado tos seca y mialgias con sensacion disneica progresiva pero sin dolor torácico. No ha tomado antitérmicos en domicilio.
Exploración física:
Constantes vitales: TA: 140/85 mmHg FC: 38 lpm FR: 28 rpm $SatO_2$: 89% Tª: 38.5°C
Buen estado general. Consciente, orientado y sin focalidad neurológica.
ORL: Orofaringe eritematosa sin exudados. No adenopatías palpables.
Auscultacion cardiaca: Bradicardia sinusal con tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.
Auscultacion respiratoria: Murmullo vesicular conservado, con sibilancias espiratorias bilaterales.
Pruebas complementarias:
1. Electrocardiograma (ECG): Bloqueo completo a 38 lpm disociación auriculoventricular con ritmo de escape nodal a 38 lpm. Complejos QRS estrechos.
2. Analítica sanguínea:
• Hemograma: Leucocitos 8,500/µL (linfocitosis relativa del 45%).
• PCR: 12 mg/dL.
• Troponina I: 5 ng/L (normal).
• Electrolitos: K 4.2 mEq/L, Na 138 mEq/L.
• Gasometría arterial: pH 7.28, PaO_2 60 mmHg, $PaCO_2$ 70 mmHg.
3. Radiografía de tórax: Sin consolidaciones ni derrame pleural. Patrón intersticial leve. Silueta cardiaca normal.
4. PCR positiva para gripe A (H1N1).
Diagnóstico:
1. Insuficiencia respiratoria total secundaria a Infección respiratoria viral por gripe A.
2. Bloqueo auriculoventricular completo de nueva aparición vs secundario a cuadro inflamatorio viral (miocarditis viral).
Manejo y tratamiento:
- Se inicia VMNI durante dos horas, mejorando pH y PaCO2 hasta 35mmHg.
- Se pauta tratamiento broncodilatador, corticoterapia y oxigenoterapia con buena evolución.
- Tratamiento antiviral con oseltamivir 75 mg cada 12 horas por 5 días.
- Antipiréticos (paracetamol 1 g cada 8 horas) para control de la fiebre.
- Se solicita tras estabilidad respiratoria evaluación cardiológica urgente para valorar la necesidad de marcapasos transitorio, indicando posible implantación de marcapasos definitivo si persiste el BAVC tras la resolución del cuadro viral.

Evolución y seguimiento:
Tras 48 horas de monitorización y tratamiento, el paciente muestra mejoría clínica con correcion de acidosis respiratoria secundaria a Insuficiencia respiratoria global por gripe A y desaparición de la fiebre. Sin embargo, el bloqueo auriculoventricular persiste, por lo que se decide implantación de marcapasos definitivo bicameral.
Se da de alta con seguimiento por cardiología y medicina interna, recomendando vacunación antigripal en futuras temporadas para prevenir complicaciones cardiovasculares asociadas

CONCLUSIONES

El caso presentado destaca la asociación entre la infección por gripe A (H1N1) y el desarrollo de un bloqueo auriculoventricular completo (BAVC), una complicación poco frecuente pero clínicamente relevante. La presencia de bradicardia severa en un paciente sin antecedentes cardiacos sugiere un posible mecanismo inflamatorio, probablemente secundario a miocarditis viral, que afectó la conducción auriculoventricular.
El manejo oportuno incluyó monitorización hemodinámica, soporte respiratorio no invasivo, oxigenoterapia y tratamiento corticoideo y antiviral así como una evaluación cardiológica, determinando la necesidad de implantar un marcapasos definitivo debido a la persistencia del bloqueo tras la resolución del cuadro infeccioso. Este caso resalta la importancia de considerar complicaciones cardiovasculares en infecciones virales y subraya el valor de la vacunación antigripal en poblaciones de riesgo para prevenir eventos adversos graves.

O. #930

UNA NOCHE DE TORMENTA. SHCOK CARDIOGÉNICO EN CONTEXTO DE UNA FIRBILACIÓN AURICULAR POR TIROTOXICOSIS

David Iglesias Pedemonte[1], Esteban García Cruz[2], Ruth Nathaly Estupiñan Paredes[1], Ricardo Edgar García García[3], Ignacio González Bautista[3], Íñigo Montero Sanz[4]

1. Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España
2. Hospital de Poniente- El Ejido, Almería, España
3. Complexo Hospitalario Universitario de Montecelo, Pontevedra, España
4. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años, consumidor de cannabis esporádico y bebedor de varias cervezas al día; sin otros antecedentes médico- quirúrgicos de interés, comienza con cuadro vírico con clínica respiratoria y gastrointestinal hace 3 días. Acude a su CS por disnea, evidenciándose fibrilación auricular a 240 lpm, razón por la cual derivan a nuestro hospital comarcal.

A su llegada a urgencias el paciente se encuentra muy desasosegado, tembloroso, nervioso, sudoroso, pálido y con trabajo respiratorio. Constantes vitales: TA: 127/75 mmHg; FC: 240 lpm; spO2: 91% respirando aire ambiente; FR: 32 rpm; Temperatura: 39°C; AC: Taquicardia. Sin soplos. AP: Crepitantes bilaterales. Abdomen y extremidades inferiores sin alteraciones.

Se realiza un ECG precoz objetivándose taquicardia irregular de complejo estrecho a 234 lpm.

Ante la inestabilidad del paciente se decide cardioversión eléctrica, hasta en tres ocasiones, con incrementos progresivos de energía, siendo estas inefectivas. Posteriormente se introduce bolo de amiodarona 300 mg iv en 10 minutos. Tras sedo-analgesia y bolo de amiodarona el paciente entra en parada cardiorrespiratoria en la forma de actividad eléctrica sin pulso que sale tras 1mg de adrenalina iv y compresiones torácicas durante 2 minutos.

Llegan pruebas complementarias solicitadas en un primer momento:

- Radiografía de tórax AP: Edema agudo de pulmón.
- Análisis de sangre: Elevación de Nt- proBNP 3617 pg/mL. Resto normal incluyendo troponina, PCR, procalcitonina e iones.
- Gasometría arterial: Insuficiencia respiratoria parcial con pO2 de 59 mmHg. Elevación de lactato 3.2 mmol/L. Resto normal.

Se reevalúa al paciente que presenta bajo nivel de consciencia e hipotensión 70/35 mmHg. Se decide intubación orotraqueal, tratamiento con noradrenalina 1 mcg/kg/min y dobutamina 15 mcg/kg/min y derivación a hospital de referencia en UVI móvil.

Ingresa en UCI de hospital central donde se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Ecocardiografía transtorácica: Disfunción biventricular muy severa. FEVI 5%. Hipocinesia global.
- Análisis de sangre: TSH indetectable; T3 libre: 8pg/mL; T4: 5 pg/mL.
- Ecografía tiroidea: Tiroides de tamaño discretamente aumentado con parénquima hipoecogénico e incontables micronódulos, compatible con tiroiditis autoinmune (Hashimoto). Además asocia un aumento de vascularización en toda la glándula, que podría sugerir enfermedad de Graves.

Diagnóstico: Shock cardiogénico secundario a taquimiocardiopatía en contexto de tirotoxicosis en enfermedad de Graves- Basedow.

Tratamiento:

- En una primera instancia ante el hallazgo de la disfunción biventricular severa se implanta balón de contrapulsación intraórtico. A las pocas horas de ingreso se decide implante de ECMO periférica venoarterial bifemoral. Posteriormente se decide cateterismo diagnóstico sobre arterias coronarias que no demuestran lesiones y cambio de BCPIAo por dispositivo Impella.
- Farmacológico: Propanolol iv; Metimazol en dosis decrecientes controlando con hormonas tiroideas, comenzando con 20 mg diarios.

Evolución: La ECMO fue retirada a las 48h por mejoría del cuadro. El paciente fue extubado a los 14 días. Lenta evolución a la mejoría de función ventricular y estabilidad hemodinámica hasta la suspensión de tratamientos inotrópicos. La fibrilación auricular no pudo ser corregida hasta conseguir un estado eutiroideo. Finalmente es alta con un comprimido de Metimazol cada 48h.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico queremos repasar los distintos algoritmos de soporte vital avanzado y subrayar la necesidad de cambiar de uno a otro según el estado del paciente. En nuestro caso, en un primer momento nos encontrábamos ante una taquicardia irregular de complejo estrecho inestable, posteriormente ante una parada cardiorrespiratoria y finalmente ante un shock cardiogénico.

También quisiéramos poner de relieve la importancia de solicitar hormonas tiroideas ante una fibrilación auricular y sugerir su disponibilidad en los servicios de urgencias de hospitales comarcales.

El tratamiento de primera línea de una fibrilación auricular en pacientes con disfunción tiroidea debe ir dirigido a restablecer el estado eutiroideo, ya que de otra manera no es esperable el retorno a ritmo sinusal a pesar de un adecuado control de frecuencia cardíaca.

O. #1218

TRATAMIENTO DE BASE CON BETABLOQUEANTES E INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA Y SU ASOCIACIÓN CON EVENTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO EN UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Antoni Haro[1], Lidia Fuentes[1], Elena Fuentes[1], Nieves López-Delmas[1], Pierre Malchair[1], Javier Jacob[1][2]

1. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, España
2. Grupo ICASEMES, L'Hospitalet de Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de base con betabloqueantes (BB) y/o inhibidores del sistema renina-angiotensina (iSRA) ha sido ampliamente estudiado en el contexto de la insuficiencia cardiaca, dado su papel fundamental en la modulación del eje neurohormonal y la mejora de la supervivencia.

OBJETIVO

Investigar si existe una asociación entre recibir tratamiento de base con BB o iSRA, de manera aislada o combinada, y el pronóstico a corto plazo de un episodio de insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

MÉTODO

Se analizaron los pacientes del registro EAHFE (Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments), que es un registro multicéntrico, prospectivo y multipropósito, que recoge, durante un periodo de 1 a 2 meses entre 2007 y 2018, todos los episodios de ICA que consultan en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) participantes. La variable de resultado principal investigada fue la mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa durante el ingreso en urgencias o en hospitalización. Se calcularon las odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Se llevaron a cabo análisis ajustados mediante regresión logística múltiple e imputación múltiple con el fin de controlar posibles factores de confusión.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El estudio incluyó un total de 17.916 episodios de ICA. Dentro de esta muestra, un 26,2% de los pacientes no recibía tratamiento con BB ni iSRA, constituyendo el grupo de referencia. Un 17,8% de los pacientes recibía únicamente BB, un 30,4% estaba en tratamiento exclusivo con iSRA, mientras que un 25,7% recibía la combinación de ambos fármacos. La edad media de los pacientes era de 80,4 años, con una desviación estándar de 10,2 años, y el 55,7% eran mujeres. En términos de riesgo, la mayoría de los pacientes presentaban un riesgo bajo o intermedio según la escala pronóstica MEESSI-AHF. En el SUH el tratamiento más utilizado fueron los diuréticos de asa endovenosos (87,3%) y el oxígeno convencional (72,3%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,3%. Se encontró una asociación significativa con menor mortalidad en el modelo ajustado por regresión logística múltiple con una OR de 0,753 (IC95% 0,586–0,968) para recibir solo iSRA y OR de 0,694 (IC95% 0,537–0,898) para recibir iSRA y BB. En el modelo ajustado con imputación múltiple se asoció con menor mortalidad recibir solo BB con OR de 0,844 (IC95% 0,772–0,924), solo iSRA OR de 0,743 (IC95% 0,682–0,808) y la combinación de ambos OR de 0,690 (IC95% 0,630–0,756).

CONCLUSIONES

En los pacientes con un episodio de ICA, el tratamiento de base con BB, iSRA o ambos, se asocia con una menor mortalidad por todas las causas. Esta asociación es mayor en el grupo de pacientes que reciben ambos tratamientos combinados, y los resultados se mantienen significativos al hacer el ajuste multivariante.

O. #1234

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON MAL CONTROL DEL INR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Mar Català Torrella, Mónica Baños Oto, Cristian Morales Indiano, Davide Bernaudo, Antonia Segura Egea, Neus Robert Boter

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

Muchos de los pacientes que consultan en las urgencias hospitalarias toman tratamiento anticoagulante. Aproximadamente un 40% de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) que reciben antagonistas de la vitamina K (AVK) en Atención Primaria presentan un mal control de la anticoagulación. Hoy en día, los anticoagulantes de acción directa (ACOD) han demostrado tener un perfil de seguridad superior a los AVK, y sin embargo, es poco frecuente pautarlos como primera elección, sobre todo por su elevado coste.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes que consultan en urgencias y presentan un mal control del INR.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de no intervención de los pacientes que consultan en urgencias de nuestro centro, en tratamiento anticoagulante AVK y que presenten INR fuera de rango en el primer trimestre del 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizan 97 episodios con edad mediana de 72,4 años (DE ±13,6), el 38% son mujeres (37), 66 están fuera de rango por INR <1,5 (68%) y 31 por INR >4. El motivo de la anticoagulación es la FANV en el 57,7% de los casos (56), la enfermedad trombo-embolica en el 21,6% (21), la sustitución valvular en el 14,4% (14) y la coagulopatía incluyendo el síndrome antifosfolípido en el 6,2% (6).

De los pacientes con FANV el 92,8% presentaban un elevado riesgo de sangrado con una puntuación en la escala HASBLED ≥3 puntos. Del total de pacientes, 14 habían presentado anteriormente un sangrado, siendo la mayoría de éstos de origen digestivo.

El motivo de consulta tenía relación con un mal control del INR en el 25,7% de los casos, como por ejemplo en forma de sangrados digestivos, hemotórax o ictus. Requirieron ingreso por este motivo 21 pacientes (21,6% de los episodios).

La mortalidad global a 30 días ha sido del 8,2% (17), siendo atribuible a una complicación de la anticoagulación únicamente en un paciente (1% del total).

CONCLUSIONES

De todos los pacientes que requieren iniciar un tratamiento anticoagulante, la gran mayoría reciben AVK como primera opción.

Es destacable la gran cantidad de pacientes que a su llegada a urgencias tienen el INR fuera de rango (la gran mayoría infratratados), presentando, además, casi la totalidad de ellos, un muy elevado riesgo de sangrado.

Ante el panorama actual entorno a la anticoagulación con AVK, los riesgos que tiene asociados, y la presencia de nuevas opciones de tratamiento disponibles, tendríamos que valorar recomendar el cambio de fármaco desde urgencias, por un ACOD.

Con todo lo mencionado, surge el interés de plantear un estudio de los costes indirectos que ocasiona la prescripción de AVK respecto a lo que puede costar pautar un ACOD de entrada en los pacientes con requerimientos de tratamiento anticoagulante.

O. #1238

¿POR QUÉ NO SE CARDIOVIERTE ESTA ARRITMIA?

Nuria Arroyo Reino[1], Óscar Moreno Martín[1], Susana Ochoa Vilor[2], Mónica García Domínguez[3], Carlos Azofra Macarrón[1], María Barquilla Calderón[1]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España
3. SAMUR-PC, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Atendemos a un varón de 85 años, sin antecedentes cardiológicos, que presenta palpitaciones.
Se realiza electrocardiograma (ECG) donde se evidencia una arritmia, de tipo taquicardia sin onda P a 200 latidos por minuto (lpm) y con dudas entre QRS ancho o estrecho, pero bien tolerada hemodinámica (HD).
La primera sospecha, dada la estabilidad del paciente, es una taquicardia supraventricular (TSV), con bloqueo de rama derecha (BDR) con dudas sobre si ya estaba descrito previamente, por lo que se realiza:
- Maniobras vasovagales, sin cambios.
- Administración intravenosa (iv) de adenosina 6 miligramos (mg), sin cambios. Seguido de 12mg, continuando la taquicardia. Y por último 18 mg, sin cambios.

Al no tener cambios en el ECG, se reconduce el diagnóstico con valoración de QRS ancho, y por tanto taquicardia ventricular (TV) con imagen de bloqueo de rama derecha (BRD), cambiando y manejo y realizado:
- Administración iv de bolo de amiodarona 300mg, y perfusión de mantenimiento 900mg/500mL a ritmo 21mL/hora (h). Presentando hipotensión.
- Dada la hipotensión se realiza cardioversión eléctrica (CVE): choque con 200 Julio, previa sedación y analgesia.
- Realizando una segunda CVE con salida en ritmo sinusal (RS) y entrada de nuevo a taquicardia.
- Se administra flumazenilo y noradrenalina para estabilización del paciente.
- Por último se administra esmolol iv, con dosis de carga y posterior dosis de mantenimiento, con posterior salida a bradicardia sinusal a 55 lpm, y persistiendo el BRD.

Ante la estabilidad del paciente se realizan pruebas complementarias (PPCC):
- Electrofisiología: TV focal con origen próximo a anillo mitral superior.
- Ecocardiograma: válvula mitral morfológicamente normal.
- Resonancia Magnética (RMN) cardiaca: adecuada función biventricular, sin cardiopatía estructural.

Por lo que este paciente presentaba una TV idiopática focal de origen en el anillo mitral.
Realizándosele por ello tratamiento definitivo:
- Ablación por radiofrecuencia de TV, sin conseguir desaparición completa de la misma, aunque con reducción importante de la carga de TV y extrasístole ventricular.
- Manteniendo posteriormente tratamiento con amiodarona y betabloqueantes, por prevención.

CONCLUSIONES

Una mayoría significativa de los pacientes con TV tienen algún tipo de enfermedad cardíaca subyacente. Sin embargo, existen algunos síndromes de TV monomorfa que ocurren en corazones normales que tienen un pronóstico más benigno, estas arritmias a veces se denominan TV idiopáticas o TV no asociada con la cardiopatía orgánica estructural.
Se describen tres síndromes de TV idiopática: TV del tracto de salida del ventrículo derecho, TV sostenida paroxística y TV ventricular izquierda idiopática; aunque la TV idiopática puede surgir de cualquier área del corazón.
El tratamiento de ablación por radiofrecuencia está indicado en pacientes con TV idiopática y sin cardiopatía estructural si la TV es sintomática y refractaria al fármaco o en pacientes que son intolerantes a los fármacos o que no desean terapia farmacológica a largo plazo. La terapia médica es utilizada tanto para cardioversión de la arritmia como para la prevención de recurrencia, entre ellos: los betabloqueantes se utilizan como agentes de primera línea (ya que sus efectos secundarios son leves en comparación con los agentes antiarrítmicos), y los agentes antiarrítmicos se prefieren fármacos de clase III (amiodarona), especialmente en arritmia refractaria.
Centrándonos en la TV idiopática de origen en el anillo mitral, como es el caso de nuestro paciente indicar que es un subgrupo raro, con baja prevalencia pero identificable, originándose con mayor frecuencia en la porción anterolateral del anillo mitral, muy cerca de la continuidad mitral-aórtica, pero también puede originarse en la porción posterior y posteroseptal. Con características distintas en el ECG (los pacientes presenta BRD) y con tratamiento eficaz de radiofrecuencia para eliminarla.

O. #1347

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos, Oswaldo Adolfo Álvarez Franceschi, Yaiskybele Borges Rivas, Patricia González Cuadrado, Marina Esther Cillanueva Ortiz, Leticia Silva Iglesias

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:

- Alergias medicamentosas: Ninguna conocida.
- Antecedentes médicos: Hipotiroidismo gestacional. Gestación extrauterina en 2020, tratamiento de fertilidad. Polipectomía por histeroscopia. Gestación en 2023, sangrado en 1° trimestre recibió. tratamiento con progestágeno vaginal, parto eutócico julio de 2024.
- Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Ninguno conocido.

Mujer de 42 años quien acude a urgencias a los 3 meses de su parto, en periodo de lactancia, refiriendo dolor torácico intermitente de tipo opresivo en reposo, de minutos de duración, iniciado el 03/11/2024, tras un episodio de estrés asociado a un viaje. El dolor se describe como una sensación quemante que asciende y desciende en el centro del tórax, sin irradiación y sin síntomas vegetativos. Cada episodio cede espontáneamente sin analgésicos en un lapso de unos 15 minutos, repitiéndose varias veces durante las siguientes 48 horas.

Exploración física:

la paciente se encontraba asintomática, no presenta hallazgos patológicos relevantes. No hay signos de distress y constantes estables. La auscultación cardiaca y pulmonar es normal.

Exámenes complementarios:

Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal, QRS estrecho T negativas en derivaciones V3-V5 (patrón Wellens)

Análisis de laboratorio: Troponinas I inicial: 112 pg/ml, Control posterior: 132 pg/ml

Dado a los hallazgos se solicita valoración en primera instancia con la Unidad de cuidados intensivos por no contar con servicio de cardiología de guardia en nuestro hospital. Quienes en un primer momento no les impresiona de dolor torácico típico, desde Urgencias mantenemos monitorización continua de la paciente y solicitamos una valoración por la unidad de dolor Torácico (cardiología):

Ecocardiograma: Función sistólica biventricular conservada, con aquinecia septal apical e infero apical. Ausencia de cardiopatía estructural.

Solicitamos traslado a Hospital de Referencia para coronariografía diagnóstica de urgencia debido a la sospecha de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) con patrón de Wellens (sugestivo de isquemia subendocárdica en la descendente anterior).

Coronariografía

- Disección coronaria espontánea en la descendente anterior a nivel del segmento medio, con extensión al segmento distal. El flujo sanguíneo epicárdico es normal (TIMI 3).

Diagnóstico:

Síndrome coronario agudo sin elevación del ST de alto riesgo, secundario a disección coronaria espontánea en la descendente anterior media y distal.

Tratamiento: ADIRO 100 mg, un comprimido , durante 12 meses. Manejo conservador con seguimiento estricto de factores de riesgo cardiovasculares.

Evolución clínica:

La paciente se mantiene asintomática, sin complicaciones. Ecocardiograma reglado, sin hallazgos de nuevas alteraciones. Se solicita resonancia magnética cerebral y abdominal para completar el estudio y descartar otras alteraciones vasculares, como displasia fibromuscular.

CONCLUSIONES

La disección coronaria espontánea (DCE) es una entidad infrecuente y subdiagnosticada, pero representa una causa significativa de síndrome coronario agudo (SCA), especialmente en mujeres jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares. Dentro de las arterias afectadas, la literatura señala que la arteria descendente anterior es el vaso comprometido con mayor frecuencia, observándose en 45-60% de los casos. Este patrón sugiere la necesidad de una alta sospecha diagnóstica en pacientes con SCA y características clínicas compatibles. El manejo conservador ha demostrado ser una estrategia eficaz en pacientes hemodinámicamente estables, minimizando los riesgos asociados a la revascularización percutánea.

La literatura apoya el papel del estrés emocional y el posparto como factores precipitantes, lo que sugiere la necesidad de una evaluación más integral de estos pacientes, incluyendo estudios de imagen vascular para descartar displasia fibromuscular u otras arteriopatías. La DCE conlleva un riesgo de recurrencia a largo plazo, se recomienda un seguimiento estrecho con ecocardiografía y pruebas funcionales de isquemia, además de la educación del paciente sobre síntomas de alarma y estrategias para minimizar el estrés y otros factores precipitantes. La identificación temprana y un abordaje multidisciplinario pueden mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad asociada a esta patología.

O. #1406

ERA DIFÍCIL, PERO PROVOCAMOS UN SÍNCOPE IATROGÉNICO

Natalia Tejado Rodríguez[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[2], Miguel Herreros Gutiérrez[1]

1. Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés), Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

aciente de 56 años que acude a urgencias traído por UVI móvil en contexto de múltiples descargas de DAI. No se administra medicación durante el traslado, y en registro de monitorización aportado se aprecian rachas de taquicardia ventricular (TV) con estimulación por parte del DAI en 2 ocasiones.
El paciente presenta antecedentes personales de hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y miocardiopatía hipertrófica en seguimiento por Cardiología de nuestro centro con implantación da DAI en 2022 tras episodio de TV sostenida con sincope asociado. Ultima ecocardiografía en 2/2023 con FEVI conservada e hipertrofia septal sin cambios.
A su llegada a urgencias el paciente se presenta consciente, orientado en las tres esferas, hemodinámicamente estable: FC en torno a 100lpm. En la exploración física se observa soplo sistólico aórtico grado 2 y crepitantes bibasales con ligeros edemas bimaleolares con fóvea.
En pruebas complementarias obtenemos:
ECG: Taquicardia sinusal en torno a 100lpm con QRS en el limite superior de la normalidad. Sin otras alteraciones.
Analítica de sangre: Cr: 1.2 mg/dL; K: 5.1 mEq/L; Na: 137 mEq/L; Troponina primera determinación: 580; Segunda determinación: 592; tercera determinación: 513;
Gasometría venosa: Ácido láctico: 2.3
Radiografía de tórax: ICT aumentado. Leve pinzamiento de ambos SCF. Similar a previas
Durante la observación en urgencias el paciente comienza con síntomas de palpitaciones, mal estar general con sudoración, y en monitorización cardiaca observamos racha de TV a una frecuencia en torno a 200 lpm. Se pasa a la sala de emergencia, donde se observan hasta 3 descargas adecuadas del DAI. Junto al equipo de cardiología se decide realizar sedación ligera con midazolam intravenoso, y se administra procainamida como antiarrítmico, con disminución de la frecuencia cardiaca a 160lpm, que mantiene la TV sin estimulación por parte del DAI.
El paciente sufre un episodio de sincope con parada cardiaca y se inicia RCP con un total de 3 descargas y administración de adrenalina. Tras ampliar los valores de Magnesio en analítica y comprobar un valor de 1 mEq/L, se administra Sulfato de magnesio, a los 4 minutos y tras dos descargas más, el paciente tiene una recuperación de ritmo espontáneo.
Nuestro paciente ingresa en UCI para cuidados postresucitación, de donde fue dado de alta a los 5 días, con diagnostico de parada cardiaca en probable contexto de TV/Torsade de Pointes por hipomagnesemia severa, posiblemente secundaria a la toma de inhibidores de la bomba de protones.

CONCLUSIONES

Este caso el paciente tuvo una parada cardiaca recuperada, pero en el "Debriefing" conjunto del equipo de Urgencias y Cardiología, obtuvimos varias conclusiones que nos parecen importantes, y queríamos compartir:

- El funcionamiento del DAI es frecuencia dependiente, por lo que en pacientes que administramos antiarrítmicos deberíamos estar preparados para realizar una desfibrilación precoz si estos pueden provocar un efecto cronotropo negativo.
- Al administrar procainamida, uno de los posibles efectos secundarios es el alargamiento del intervalo QTc, por lo que no se recomienda administrar en pacientes con Torsade de pointes, y en los pacientes deberíamos de tener al menos determinaciones de los iones Mg, Ca y K.
- Es importante que el equipo medico en su totalidad en la Sala de Emergencia sea consciente de en qué paso estamos con el paciente, eventos, hallazgos en las pruebas clínicas, y medicación administrada en todo momento. La comunicación entre equipos es esencial e imprescindible.
- Nuestro paciente había comenzado la toma de Pantoprazol, sin indicación alguna de necesidad si no como "protector para la digestión". No olvidemos revisar la medicación, y los Criterios ON/OFF en nuestros pacientes. Debemos recordar que ninguno de los fármacos es inocuo.

O. #1415

SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS ESPAÑOLES: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO EDEN

Natalia Sanz López, Aitor Alquezar Arbé, Mireia Puig Campmany
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), con una incidencia de 293,3 casos por 100.000 habitantes en Europa. Su manejo requiere una intervención rápida y un diagnóstico preciso, ya que un 2% de los pacientes son dados de alta erróneamente, duplicando su mortalidad a 30 días. El envejecimiento poblacional agrava este problema, dado que los mayores de 65 años presentan mayor fragilidad y comorbilidades, dificultando su evaluación en urgencias. Con una previsión de que este grupo supere el 30% de la población, es crucial analizar sus características clínicas y desenlaces en el contexto del SCA.

OBJETIVO

Describir la incidencia, características clínicas y evolución de los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de SCA en los SUH españoles, analizando los factores asociados a hospitalización y desenlaces clínicos, incluyendo la mortalidad.

MÉTODO

Se realizó un análisis post-hoc del registro multicéntrico EDEN (Emergency Department and Elder Needs) que incluyó datos de 52 SUH en 14 comunidades autónomas, representando el 17% de los hospitales públicos y cubriendo al 25% de la población española.
El estudio incluyó de manera prospectiva y consecutiva a pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de SCA (CIE-10: I20-I25), atendidos en los SUH participantes entre el 1 y el 7 de abril de 2019. Se registraron variables demográficas, clínicas y analíticas, así como el diagnóstico final, necesidad de hospitalización y mortalidad hospitalaria.
El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS versión 20 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar (DE). Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El registro EDEN incluyó 25.557 pacientes, de los que se seleccionaron 457 (1,8%) con diagnóstico de SCA. La edad media fue de 78,6 (±7,7) años y la mayoría eran varones (63,7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión (78,6%), dislipemia (65,6%), diabetes mellitus (35,0%) y el antecedente de cardiopatía isquémica (51,2%). Durante su estancia en el SUH, el 27% de los pacientes recibió tratamiento anticoagulante, y sólo un 5,3% requirió soporte vasoactivo. El 74,6% de los pacientes fueron hospitalizados, principalmente en el servicio de Cardiología (48,7%), con una estancia media de 8,4 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 21,1%, siendo la causa más frecuente de muerte de origen cardiovascular (56,9%).

CONCLUSIONES

El SCA en pacientes mayores de 65 años atendidos en los SUH presenta una alta tasa de hospitalización y una mortalidad intrahospitalaria significativa. Las comorbilidades cardiovasculares son altamente prevalentes en esta población, lo que resalta la importancia de estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas para este grupo etario. La identificación de factores de riesgo podría contribuir a mejorar la estratificación de estos pacientes y optimizar su manejo en urgencias.

O. #1598

PERFIL DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS DE UN HOSPITAL COMARCAL EN 2024

Josep Guil Sànchez, Sebastián Melgar Torena, Pedro Alejandro Gonzales Flores

Fundación Sanitària Hospital de Mollet, Mollet Del Vallès, España

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Coronario Agudo(SCA) abarca un espectro de manifestaciones clínicas derivadas de la disrupción de una placa aterosclerótica con trombosis coronaria subsecuente, afectando significativamente la morbilidad y mortalidad cardiovascular global. En España, las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte, siendo el infarto agudo de miocardio una de las presentaciones más letales. La correcta identificación y tratamiento de estos pacientes es esencial para mejorar la situación clínica y reducir las complicaciones.
En nuestro hospital la atención de los pacientes con SCA sin criterios de inestabilidad o de ingreso en UCI ingresan en la Unidad de Semicríticos.

OBJETIVO

El presente estudio se plantea con el objetivo de caracterizar el perfil clínico, determinar los factores de riesgo, el manejo terapéutico y la evolución de estos pacientes, proporcionando información relevante para optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre pacientes con SCA ingresados en la Unidad de Semicríticos de un hospital comarcal de 2ª nivel durante el año 2024.
Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas: presencia de factores de riesgo cardiovascular(FRCV), entre ellos HTA, DM, dislipemia, tabaquismo y obesidad; existencia de cardiopatía isquémica(CI) familiar prematura; antecedente de CI previa; presentación clínica típica o atípica; elevación de ST en ECG; elevación de marcadores enzimáticos (CK-MB y troponina I); medida de TAS, TAD, FC y SatO2 en el ingreso en la Unidad; valor de FEVI; clasificación de Killip; días de ingreso, y complicaciones durante la estancia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Ingresaron 59 pacientes: hombres 42 (71,2%), mujeres 17(28,8%). La edad media fue 66,1±11,6 años, mayor en hombres 71,6±11,6 por 63,9±9,5 en mujeres.
Tuvieron FRCV 55(93,2%), de los cuales 70,9% eran hombres y 29,1% mujeres. Los FRCV estudiados fueron: HTA 71,2% (H 69%, M 30,9%), DM 27,1% (H 56,2%, M 43,7%), dislipemia 61% (H 69,4%, M 30,5%), tabaquismo 37,3% (H 72,7%, M 27,3%), obesidad 30,5% (H 61,1%, M 38,9%).
Tres pacientes (5,1%) presentaban antecedente de CI familiar prematura, todos eran hombres.
Presentaron CI previa 14(23,7%) pacientes, de los cuales 64,3% fueron hombres.
El 81,4% de pacientes tuvieron una presentación clínica típica, 80,9% en H, 82,3% en M. Elevaron ST en ECG el 35,6% de pacientes. Elevaron marcadores enzimáticos (CK-MB y troponina I) el 100% de pacientes.
Variables clínicas (en media±DE): TAS 132±22 TAD 78±14 FC 76±13, SatO2 97±2. FEVI: reducida 10(17,9%), levemente reducida 8(14,3%), preservada 38(67,9%). Killip: I 52(89,7%), II 4(7,1%), III 2(3,6%), IV 0.
Días de ingreso en la Unidad: 3,8±1,3.
Complicaciones: 3(5,1%), un EAP, una pericarditis, un BAV completo.
Ninguna muerte durante el periodo de estudio.

CONCLUSIONES

Los pacientes con SCA ingresados en la Unidad de Semicríticos de nuestro estudio tenían una edad media de 66,1 años y fueron mayormente hombres (71,2%), con alta carga de FRCV (93,2%), destacando HTA (71,2%), dislipemia (69,4%) y tabaquismo (37,3%). La mayoría presentó clínica típica (81,4%), con elevación del ST en un 35,6% y biomarcadores positivos en todos los casos. La FEVI estaba preservada en el 67,9%, y el 89,7% fueron Killip I. La estancia media fue 3,8 días, con baja tasa de complicaciones (5,1%) y sin mortalidad, sugiriendo un buen pronóstico.

O. #1608

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REINGRESO PRECOZ EN PACIENTES ALTADOS DESDE URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA BASADO EN PARÁMETROS CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y ECOGRÁGRÁFICOS

Marta Torres Arrese[1], Pablo Barberá Raussel[2], Pablo Rodríguez Fuertes[3], Adriana Gil Rodrigo[4], Davide Luordo Tedesco[5], Rocío Salas Dueñas[1]

1. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, España
2. Hospital Universitario La Fe, Valencia, España
3. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
4. Hospital Universitario General Dr. Balmis, Alicante, España
5. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La identificación de pacientes dados de alta desde urgencias por insuficiencia cardíaca (IC) con alto riesgo de reingreso precoz sigue siendo un desafío clínico. La mayoría de las escalas disponibles predicen mortalidad, pero tienen una capacidad limitada para anticipar reingresos. Nuestro estudio es el primero en incluir todos los parámetros clínicos, analíticos y ecográficos para evaluar el riesgo de reconsulta o reingreso a 30 y 90 días (R/R 30d y 90d).

OBJETIVO

Analizar la capacidad predictiva de los parámetros clínicos, analíticos y ecográficos sobre la R/R 30d y R/R 90d en pacientes con IC dados de alta desde urgencias.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico observacional en pacientes con IC dados de alta desde urgencias.
Se recogieron variables clínicas, analíticas (incluyendo NT-proBNP, troponina y CA-125) y ecográficas. Se calcularon las escalas EVEREST, NYHA y MEESSI. El protocolo ecográfico al alta (figura 1) incluyó el índice de congestión pulmonar (ICP) en seis campos por pulmón (sumatorio del número de campos con líneas B y el derrame pleural (DP) por espacios intercostales), la vena cava inferior, y los patrones Doppler de la vena suprahepática, vena porta y venas intrarrenales (VIR) para calcular el score de congestión sistémica VExUS. Además, se realizó una ecocardiografía en cuatro planos completa.
El análisis estadístico se realizó con SPSS 30.0. Se analizaron variables cualitativas en porcentajes y cuantitativas en media (M) y desviación estándar (DE). La normalidad de las variables se comprobó con Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis bivariado mediante Chi-cuadrado para variables cualitativas, t de Student para variables cuantitativas de distribución normal y U de Mann-Whitney para las no normales. Se consideró significativo un valor de $p<0.05$. Se construyeron modelos de regresión logística binaria (método de Wald) para identificar los factores predictivos de R/R 30d y R/R 90d, calculando los Odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 83 pacientes. Sus características clínicas y analíticas se presentan en la tabla 1. El 25,3% tuvo R/R 30d y el 32,4% R/R 90d.
Las variables significativamente asociadas con R/R 30d fueron (tabla 2):
- Ingreso en el último año por IC (p=0,016, OR 3,4; IC95% 1,2-9,7)
- TAS al ingreso (p=0,025, OR 0,967; IC95% 0,94-0,99)
- Hemoglobina al alta (p=0,030, OR 0,77; IC95% 0,59-1,001)
- Patrón grave en VIR (p=0,017, OR 4,5; IC95% 1,22-17)

En el modelo de regresión logística final para R/R 30d (tabla 3), la TAS al ingreso se mantuvo como factor protector (p=0,009), mientras que la cuantificación del DP se asoció con un mayor riesgo (p=0,02, OR 1,53; IC95% 1,07-2,19).
Para R/R 90d (tabla 2), las variables significativas fueron:
- Ingreso en el último año por IC (p=0,008, OR 4,14; IC95% 1,41-12,14)
- TAS al alta (p=0,007) como factor protector
- Hemoglobina al alta (p=0,013, OR 0,7; IC95% 0,53-0,93)
- Número de campos pulmonares con líneas B (p=0,04, OR 1,44; IC95% 1,02-2,05)
- Índice de congestión pulmonar (p=0,003, OR 1,14; IC95% 1,01-1,3)

En el modelo final de R/R 90d (tabla 3) se incluyeron además, la troponina (p=0,017, OR 1,05; IC95% 1,009-1,094), la frecuencia respiratoria al ingreso (p=0,02, OR 0,69; IC95% 0,5-0,95) y la cuantificación del derrame pleural (p=0,02, OR 1,11-6,2).

CONCLUSIONES

Existen factores, como la presencia de ingreso previo por IC, el derrame pleural, el patrón grave en VIR, los campos pulmonares con líneas B que aumentan el riesgo de manera importante y significativa de R/R. Parece que algunos parámetros ecográficos (sobretodo la ecografía pulmonar) tienen mayor importancia sobre analíticos y escalas de congestión y riesgo. Sin embargo, los modelos predictivos realizados tienen sensibilidades y especificidades insuficientes, lo que subraya la necesidad de ampliar la muestra para mejorar la precisión.

O. #1624

FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD ANUAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS QUE CONSULTAN POR SÍNCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Elisa Alba Ingelmo Astorga[1], Raúl López Izquierdo[1], Ángel Zamora Fuente[1], Susana Sánchez Ramón[1], Carlos Del Pozo Vegas[2], Francisco Martín Rodríguez[3]

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
2. Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España
3. Emergencias Sanitarias, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

El síncope, definido como pérdida transitoria de conciencia no traumática por hipoperfusión cerebral, supone un desafío en el ámbito de las Urgencias y Emergencias y representa hasta el 3% de consultas. En la mayoría de casos no entraña gravedad pero puede llegar a poner en riesgo la vida del paciente, sobre todo en los síncopes de origen cardiogénico. Ocasionalmente están provocados por una combinación de factores etiológicos. La mortalidad varía entre el 5.7-15.5%.

OBJETIVO

Conocer la mortalidad acumulada en un año de los pacientes mayores de 75 años diagnosticados de síncope en un servicio de urgencias.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes mayores de 75 años que fueron trasladados por los servicios de emergencias a dos hospitales con el diagnóstico de síncope que incluyera origen cardiogénico, ortostático, vasovagal, neuromediado o incierto, durante el año 2021. Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años; gestantes; síncope atribuido a origen infeccioso, digestivo, respiratorio, metabólico, hidroelectrolítico o neurogénico con lesión orgánica. Variables del estudio: edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson (ICh), frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiaca (FC), tensión arterial sistólica y diastólica (TAS y TAD), saturación de oxígeno (SaO2), temperatura, escala de coma de Glasgow (ECG), hematocrito, leucocitos, plaquetas, sodio, potasio, glucosa, creatinina, urea, bilirrubina, troponina. Variable dependiente principal: mortalidad acumulada en el primer año (M365). Las variables cuantitativas continuas se describen como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Análisis univariante y multivariante mediante regresión de Cox con el cálculo de Hazard Ratio (HR). Aquellas variables con un valor p<0,05 en el análisis univariante fueron incluidas en el análisis multivariante. En las pruebas realizadas se consideró significativo un nivel de confianza del 95% (IC 95%) (p<0,05).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tamaño muestral: 305. Mujer: 135 (44,3%), varón: 170 (55,7%). Edad mediana: 83 (79-86). Edad mediana mujer: 84 (79-88); varón: 82 (79-88,25) (p=0,047). M365: 64 (21%). Varón: 21,8%, mujer: 20,0% (HR: 0,893 IC 95%: 0,544-1,66, p=0,654). Edad mediana y M365: 84 (81-87), supervivientes: 82 (79-86) (HR: 1,040, IC95%: 0,995-1,089, p=0,85). Mediana ICh: M365: 7 (6-10), supervivientes: 6 (5-8) (HR: 1,168, IC 95%: 1,090-1,2542, p<0,001). Mediana SaO2: M365: 96 (93,25-98), supervivientes: 97 (95-98) (HR: 0.918, IC 95% 0,853-0,989, p<0.05). Mediana TAS: M365: 122 (95,5-146), supervivientes: 127 (113-146) (HR: 0,989 IC 95% 0,979-0,999, p<0.05). Mediana FC: M365: 80,5 (70-96,75), supervivientes: 70 (60-82,5) (HR: 1,026, IC 95% 1,016-1,037, p<0.001). Mediana FR: M365 17 (14-19), supervivientes: 15 (14-17) (HR: 1.118, IC 95% 1,059-1,180, p<0.05). Mediana ECG: M365: 15 (15-15), supervivientes: 15 (15-15) (HR: 0,693, IC 95% 0,635-0,757, p<0.001). Mediana hematocrito: M365: 35,9 (30,3-40,83), supervivientes: 39,3 (36,5-42) (HR: 0,9223, IC 95% 0,891-0,955, p<0.001). Mediana glucemia: M365: 146,5 (118-189,5), supervivientes: 123 (106-149,5) (HR: 1,009, IC 95% 1,004-1,013, p<0.001). Mediana creatinina: M365: 1,35 (1,01-1,7), supervivientes: 1,1 (0,87-1,39) (HR: 1,207, IC 95% 1,008-1,445, p<0.05). Mediana urea: M365: 75,2 (43,65-93,75), supervivientes: 47,5 (37,9-69,85) (HR: 1,01, IC 95% 1,004-1,19, p<0.05). En el resto de las variables (TAD, temperatura, leucocitos, plaquetas, sodio, potasio, bilirrubina, PCR, troponina) no hubo significación estadística (p>0.05). Análisis multivariante: los factores que se mostraron estadísticamente significativos en relación con la M365 son: ICh (HR: 1.159 IC 95% 1,05-1,279, p<0.05), FR (HR: 1,091 IC 95%1,009-1,179 p<0.05), FC (HR: 1,023 IC 95% 1,009-1,038 p<0.01), ECG (HR: 0,69 IC 95% 0,602-0,791 p<0.01).

CONCLUSIONES

La mortalidad acumulada en el primer año es elevada, sin que haya diferencias entre varones y mujeres. La M365 se asocia de forma independiente con una mayor comorbilidad, la FR, FC y el nivel de conciencia, ninguna variable analítica se asocia con la mortalidad analizada. Es importante realizar un buen abordaje desde los servicios de urgencias y emergencias con una correcta toma de constantes en su valoración inicial.

O. #1739

ESTUDIO DE LA NATRIURESIS INICIAL EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE CONSULTAN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Antoni Haro[1], Irene Cabello[1], Nieves López-Delmas[1], Lidia Fuentes[1], Pierre Malchair[1], Javier Jacob[1][2]

1. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, España
2. Grupo ICASEMES, L'Hospitalet de Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

La natriuresis inicial se ha propuesto en estudios recientes como una variable pronóstica en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. De manera que un sodio en orina bajo, definido como menor de 50 mEq/L, se asocia a una peor evolución clínica. Su utilización en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de nuestro entorno esta poco estudiado.

OBJETIVO

Investigar en los pacientes con ICA que consultan en los SUH si existen variables predictivas de presentar una natriuresis inicial baja (< 50 mEq/L) y si esta se asocia con la mortalidad intrahospitalaria.

MÉTODO

Se analizan los datos del registro multicéntrico, prospectivo y multipropósito EAHFE (Epidemiology of Acute Heart Failure in Spanish Emergency Departments), que recoge durante un periodo de 1 a 2 meses entre 2007 y 2023, todos los episodios de ICA que consultan en los SUH participantes. La variable de resultado principal investigada fue la mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa durante el ingreso en urgencias o en hospitalización en función de presentar una natriuresis < 50 mEq/L. Se calculó la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95% y se realizó un ajuste multivariante mediante regresión logística múltiple para el estudio de las variables predictoras de natriuresis baja y de mortalidad intrahospitalaria.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El registro EAHFE tiene 24.248 pacientes reclutados, para el presente análisis se utilizaron los pacientes del EAHFE 8 (n=4.301), de los cuales 923 (21,5%) tenían recogida la natriuresis. La edad media de la cohorte fue de 82,8 años y el 54,5% eran mujeres. En 273 (29,6%) pacientes la natriuresis fue ≤ 50 mEq/L. Las variables predictivas de natriuresis baja fueron el uso de calcioantagonistas de base, ORa=2,143 (IC95% 1,462-3,134), la hiponatremia con sodio plasmático ≤ 135 mmol/L, ORa=2,671 (IC 95% 1,771-4,027) y el NTproBNP > 5000 pg/mL, ORa=2,126 (IC95% 1,490-3,032). Por el contrario, la ortopnea, ORa=0,563 (IC95% 0,402–0,787), y una frecuencia cardiaca < 100 latidos por minuto, ORa=0,597 (IC95% 0,407-0,877) se asociaron a menor natriuresis < 50 mEq/L. La mortalidad intrahospitalaria de la cohorte fue de 8,7% (n=80), siendo significativamente mayor en el grupo de natriuresis < 50 mEq/L (16,5% versus 5,4%), OR=3,468 (IC95% 2,174 – 5,533) y ORa=2,641 (IC95% 1,509-4,621).

CONCLUSIONES

En los pacientes que consultan por ICA en los SUH existen variables predictoras de natriuresis inicial baja (sodio orina < 50mEq/L) y su presencia se asocia de manera significativa con una mayor mortalidad intrahospitalaria.

O. #1862

RATIO HEMOGLOBINA/ADE: UN NUEVO PARÁMETRO QUE APORTA INFORMACIÓN PRONÓSTICA RELEVANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Julia Pérez Prada[1], Ángeles Fernández Rodríguez[2], Javier Jacob Rodríguez[3][4], Elena Salazar Lozano[1], Pere Llorens Soriano[5][6], Pablo Herrero Puente[7][8][9][10]

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Servicio de Hematologia. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
3. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España
4. Grupo ICA-SEMES, Barcelona, España
5. Servicio de Urgencias y Hospitalización a domicilio. Hospital Universitario Dr. Balmis, Alicante, España
6. Grupo ICA-SEMES, Alicante, España
7. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
8. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España
9. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
10. Grupo ICA-SEMES, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

Una de las variables que influye en la evolución de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda es la fragilidad. No obstante, medirla durante la atención urgente, no es sencillo. Hay un parámetro analítico, que ha demostrado su capacidad pronóstica en algunas neoplasias y, que se correlaciona con la fragilidad en pacientes con enfermedad coronaria, es la Ratio Hemoglobina-Ancho de distribución eritrocitario (Ratio-Hb/ADE). Sin embargo, no ha sido estudiado en los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en servicios de urgencias.

OBJETIVO

Determinar la capacidad pronóstica de la Ratio-Hb/ADE en mortalidad a 30 dias en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda atendidos en servicios de urgencias hospitalarios.

MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con ICA, definida según las guías vigentes de IC de la SEC, atendidos en SUH. Variables: mortalidad a 30 días, edad y sexo, factores de riesgo y comorbilidad, índice de Barthel (IB), grado funcional basal para disnea NYHA, pruebas de laboratorio, tratamiento previo y el pautado en urgencias y destino del paciente. Análisis estadístico: Se calculó la variable Ratio-Hb/ADE y se dividió a la muestra en función de sus quartiles. Se realizó una comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, de medias por T-student y ANOVA, correlación de Spearman y análisis de supervivencia mediante regresión de Cox, usando como variable independiente los cuartiles de Ratio-Hb/ADE, tomando como referencia el Q1, y como factores de confusión las que dieron resultados estadísticamente significativos en el análisis bivariante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 12911 pacientes con valores validos en la variable Ratio-Hb/ADE. La mediana(p25-p75) es 0,77 (0,62-0,92), siendo inferiores en los pacientes que fallecen a los 30 dias: 0,69 vs 0,78; p<0,001. Al dividir la muestra en los cuartiles de la Ratio-Hb/ADE, la mortalidad a 30 día es: 14% en el Q1, 10,8% en el Q2, 7,9% en el Q3 y 6,1% en el Q4; p<0,001.
Los pacientes en el Q4 tienen una menor edad (p<0,001) y una mayor frecuencia de sexo masculino (p<0,001). En cuanto a la comorbilidad en ese cuartil son menos prevalentes HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, ictus, fibrilación auricular, arteriopatía periférica, valvulopatía e ICC previa (p<0,001). Los pacientes del Q4 tienen un mejor grado funcional para disnea, tanto basal como del episodio, (p<0,001) y un menor dependencia según el índice de Barthel, la correlación con el índice de Barthel es de 0,14(p<0,001). En cuanto a los tratamientos crónicos los del Q4 tienen menos diuréticos, digoxina, nitratos, antiagregantes, anticoagulantes y estatinas (p<0,001). De los datos del episodio agudo, los del Q4 tienen en un mayor porcentaje una frecuencia cardiaca elevada (p<0,001) y una menor frecuencia de hiponatremia, filtrado glomerular estimado disminuido, síntomas de bajo gasto, saturaciones basales de oxigeno bajas (p<0,001), valores mas elevados de presión arterial sistólica y diastólica (p<0,001) del tratamiento agudo se les administra digoxina con más frecuencia (p<0,001) y, en un menor porcentaje oxigenoterapia (p<0,001). El paso por la unidad de observación y el ingreso hospitalario es menor en este ultimo cuartil (p<0,001 en ambos casos). Las HR(IC95%) crudas son: 0,73(0,58-0,91), p<0,005, 0,51(0,40-0,65),p<0,001 y 0,43(0,32-0,57), p<0,001 para el Q2, Q3 y Q4 respectivamente. Una vez controlados los factores de confusión las HR ajustadas son: 0,71(0,56-0,89), p=0,003, 0,57(0,44-0,74), p<0,001 y 0,65(0,48-0,87), p=0,004.

CONCLUSIONES

Existe una relación inversa, progresiva y estadísticamente significativa entre la Ratio-Hb/ADE y la mortalidad a 30 días en pacientes con ICA atendidos en urgencias tanto de forma cruda como controlando el resto de variables que actúan como factores de confusión. Este parámetro analítico identifica la fragilidad, un aspecto fisiopatológico distinto a las variables de uso habitual y que determina el pronóstico en esta patología.

O. #1874

LA ADMINISTRACIÓN DE FE INTRAVENOSO MEJORA EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y ANEMIA COMO FACTOR PRECIPITANTE IDENTIFICADO

Lara González Del Rio[1], Ángeles Fernández Rodríguez[2], Óscar Miró Andreu[3], Víctor Gil Espinosa[3], Natalia Miranda Fernández[1][4][5], Pablo Herrero Puente[1][6][7]

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
3. Servicio de Urgencias. Hospital Clinic, Barcelona, España
4. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
5. Instituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España
6. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
7. Instituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

El papel de la anemia como factor desencadenante de descompensación del la ICA es bien conocido, y se asocia con más síntomas, aumento de hospitalización y de mortalidad. En la ICA, aparte de ferropenia, existe un estado proinflamatorio que causa un déficit funcional de hierro. En estos pacientes con anemia severa o sintomática está indicada la transfusión de concentrado de hematíes. Sin embargo, la transfusión conlleva riesgos, por lo que se recomienda una transfusión restrictiva en pacientes con un umbral de 7-8g/dL de hemoglobina. Los beneficios de corregir la ferropenia van más allá del efecto sobre la hematopoyesis. siendo su beneficio independiente de los niveles de Hb.

OBJETIVO

Analizar los distintos tratamientos que reciben los pacientes con ICA con anemia como factor precipitante y determinar su influencia en el pronóstico.

MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con ICA, definida según las guías vigentes de IC de la SEC, atendidos en SUH, en los que se identificó la anemia como factor precipitante. Variables: mortalidad a 30 días y al año, edad y sexo, factores de riesgo y comorbilidad, índice de Barthel (IB), grado funcional basal para disnea NYHA, pruebas de laboratorio, tratamiento previo y en urgencias, tipo de tratamiento para la anemia, y destino del paciente. Análisis estadístico: Se realizó una comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, de medias por T-student y análisis de supervivencia mediante regresión de Cox.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 1102 pacientes con anemia como factor precipitante, la edad era de 83(9) años y el 55,4% eran mujeres. De ellos recibieron trasfusión 367 (32%), 50(4,4%) hierro intravenoso y 56 (4,9%) tratamiento combinado. Los pacientes que recibían una trasfusión tenían una menor edad (p=0,005), una menor prevalencia de HTA (p=0,005) y un mayor porcentaje tomaban diuréticos ahorradores de potasio (p=0,04). En el caso de los pacientes que recibían Fe intravenoso predomina el sexo femenino (p=0,09) y el tratamiento con diuréticos tiazídicos (p=0,01). Las cifras de hemoglobina eran significativamente menores en el grupo que recibían una trasfusión, con 2 puntos de diferencia con respecto al grupo que no se trasfundía (p<0,001) y el caso del Fe iv la diferencia era mucho menor (8,2 vs 8,8, p=0,001). Del tratamiento administrado en urgencias, tanto los pacientes que reciben una trasfusión como a los que se les administra Fe iv, reciben más diuréticos de asa (p=0,003 y p=0,007 para la trasfusión y el Fe iv respectivamente) y un mayor número de ellos pasaban por las unidades de observación (p<0,001 y p=0,006 para trasfusión y Fe iv respectivamente). En el caso del Fe iv, los pacientes a los que se les administra tienen una menor mortalidad intrahospitalaria (3,8% vs 10,6%; p=0,025) a 30 días (4,7% vs 13,4%; p=0,011) y al año (24,5% vs 38,5%; p=0,005). El uso de Fe iv tiene una HR(IC95%) cruda para la mortalidad a 30 días de 0,34(0,14-0,83); p=0,02 que se mantiene una vez ajustada por sexo, cifras de Hb, tratamiento agudo con diuréticos de asa y paso por la unidad de observación HR(IC95%) 0,34 (0,14-0,84); p=0,02. En la mortalidad anual las HR cruda y ajustada son: 0,63 (0,43-0,94);p=0,03 y 0,65(0,44-0,97); p=0,04, respectivamente. La trasfusión no influye en la mortalidad a 30 días ni al año, ni de forma cruda ni ajustada.

CONCLUSIONES

La administración de Fe intravenoso en pacientes con ICA cuyo factor precipitante es una anemia, se asocia a un mejor pronóstico tanto a corto como a largo plazo, aspecto que no ocurre con la trasfusión sanguínea. Esto confirma que el beneficio de la corrección de la ferropenia, que van mas allá de la hematopoyesis.

P. #34

MANEJO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA DE PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS. EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE SERVICIO DE CARDIOLOGÍA Y UNIDAD DE EMERGENCIAS

José Bravo Castello
Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

INTRODUCCIÓN

A raiz de un paciente atendido por nuestra Unidad de un paciente con displasia arritmogénica y portador de un Desfibrilador Automático Implantable (DAI) que hacía salvas de Taquicardia Ventricular y descargas indicadas y no, y fue llevado al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres (CHUCC)
Este caso nos hizo planificar una sesión conjunta con el Servicio de Cardiología del CHUCC sobre el tratamiento de los pacientes con DAI en una Unidad de Emergencias

OBJETIVO

El objetivo es optimizar el tratamiento de pacientes con implantación de DAI a través de la llamada al Centro de Atención a Urgencias y Emergencias (CAUE112)y por tanto el tratamiento consensuado antes de la llegada al Servicio de Urgencias/ Cardiología

MÉTODO

Estudiar la bibliografía existente de forma conjunta entre ambos servicios, partiendo del Registro español de desfibrilador automático implantable (XX informe oficial de la Asociación del Ritmo Cardiaco de la Sociedad Española de Cardiología).
Los datos de nuestra comunidad autónoma justificaban nuestra intención:
Existen 6 centros con capacidad de implantar DAI
La tasa por millón de habitantes 196
La cifra total de implantes es de 207
Establecer una formación especifica contando con la realidad del Servicio de Emergencias 112 de Cáceres
Identificar las posibilidad clínicas de los DAI malfuncionante

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Una vez establecidas las sesiones formativas, se vio que los pacientes portadores de DAI presentaban mucha sintomatología no solo derivada del implante sino de la medicación o la somatización, hecho que se traducía en muchas llamadas al 112.
Identificar los ritmos, las desfibrilaciones y la sintomatología no dependiente del implante, mejoró la derivación de pacientes que se trasladaban al hospital y mejoramos los pacientes que no precisaban ser llevados al hospital.
Finalmente se dotó a la unidad de un imán específico para completar el tratamiento de estos pacientes

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la necesidad de tratar a este tipo de pacientes desde la llamada al CAUE 112.
A través del registro se ve el aumento de casos de portadores de DAI en nuestra zona de influencia, más contando con una unidad aérea.
Este trabajo conjunto nos hace concebir que el trabajo entre la unidad de emergencia y el servicio de cardiología es sólo el comienzo para emprenderlo con otras unidades y servicios.

P. #43

AL HOYO POR UN CENTOLLO

Marina Flores Navas[1], Marina Pérez Fagundo[1], Lidia Torres Valle[2]

1. H. Virgen de la Victoria, Málaga, España
2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis (SK) fue descrito en 1991 por Kounis y Zavras como la aparición simultánea de eventos coronarios agudos y reacciones alérgicas anafilácticas o anafilactoides.
En un editorial de 1998 Braunwald apuntó que la angina vasoespástica podía ser inducida por reacciones alérgicas, con mediadores como la histamina y los leucotrienos actuando en el músculo liso de las arterias coronarias. Así la angina alérgica y el infarto agudo alérgico se han reconocido como el SK. Aún hoy es poco conocido y la mayoría de la información disponible sobre el mismo proviene de la descripción de casos clínicos, la mayoría en adultos y alguno excepcional en niños4. Se han descrito múltiples causas como fármacos, picaduras de insectos, alimentos, exposiciones ambientales y condiciones médicas, entre otros.
Datos recientes del estudio ARIAM7¡ señalan que el infarto agudo de miocardio con elevación transitoria del segmento ST, en el que se incluirían probablemente la mayoría de los casos de SK, representan el 4,6% de todos los casos de síndrome coronario agudo que ingresan en unidades de cuidados intensivos (UCI), pero solo una parte muy pequeña de ellos tendría esta etiología.

OBJETIVO

Con este caso clínico se busca dar a conocer o recordar la asociación entre anafilaxia y la cardiopatía isquémica.

MÉTODO

FRCV: HTA, DL, DM tipo 2
AP: SAOS, EPOC, FA paroxística. C. Isq. Angio edema recidivante relacionado con ARA II.
Varón de 79 años con cuadro de dolor centro torácico opresivo tras cuadro anafiláctico por ingesta de marisco.
Seriación de troponinas: (155 → 4000 –11.000) con cambios eléctricos (descenso del segmento ST en VR).
ETT en el que se observa FEVI preservada sin defectos de contractilidad.
Ingresa en UCI por SCACEST de alto riesgo
* CATETERISMO:
- Lesiones severas de 1° Diagonal de mediano calibre, obtusa marginal de mediano calibre. Arteria coronaria derecha con re estenosis severa del borde proximal y re estenosis intrastent. Resto de arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas.

Se colocan dos stent farmacoactivos en zonas estenosadas

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras buena evolución en planta de cardiología se da de Alta a paciente con recomendaciones para control de FRCV y derivación a servicio de Alergología para estudio de Anafilaxia, recomendación para evitar IECAS y ARA II.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con dolor torácico debe de hacerse una anamnesis exhaustiva, que debe de ir más allá de la sintomatología cardiológica e indagar en antecedentes personales del paciente y en los días previos al inicio del cuadro.

P. #47

UNA FIBRILACIÓN AURICULAR RÁPIDA REFRACTARIA EN URGENCIAS: MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA AMILOIDOSIS CARDÍACA

Juan José García Clari, Francisco Salvador Suárez, Alejandro Navarro Adam, Federico Benavent Ordiñana, Teresa Benavent Company, Natalia Morera Sendra

Hospital Francesc de Borja, Gandia, España

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis cardíaca es una enfermedad infiltrativa grave y progresiva causada por el depósito de material amiloide en el tejido extracelular cardíaco, provocando un aumento de la rigidez del músculo cardíaco y una alteración progresiva de la función diastólica. Esto implica la aparición de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca tanto izquierda como derecha, dado el compromiso biventricular.
El material amiloide infiltra ambas aurículas y ventrículos por igual, lo que puede generar una disfunción electromecánica auricular que favorece el estasis sanguíneo , disfunción endotelial e hipercoagulabilidad que predisponen a la formación de trombos,incluso en estando en ritmo sinusal.
Es la forma más frecuente de miocardiopatía restrictiva.

OBJETIVO

Arritmias como la fibrilación auricular se observan hasta en el 70% de los pacientes con AC asociadas a un especial riesgo de complicaciones cardioembólicas independiente de la estratificación de riesgo CHA2DS2-VA,debiendo recibir Anticoagulación oral,preferentemente con Anticoagulantes de Acción Directa (ACODS).

MÉTODO

Presentamos una paciente de 64 años de edad , que refiere disnea progresiva de un mes de evolución con bendopnea y disnea paroxística nocturna.No clara disminución de diuresis pero sí aumento de edemas a miembros inferiores ,asociado a tos irritativa sin expectoración.No palpitaciones ni síncope. No fiebre ni sintomatología infecciosa por aparatos.
Antecedentes:No alergia a fármacos.No HTA.No DM. No Sobrepeso.No tratamiento habitual.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

EXPLORACIÓN FÍSICA
Regular estado general,leve taquipnea en reposo .Afebril.No focalidad neurológica.
Edemas en miembros inferiores con fóvea hasta la rodilla .con signos de TVP en región gemelar izquierda.
T.A : 145/85mmHg.Sat O2 :97 %.Tª:36 ° (axilar).FC :140/m.
A.cardíaca:Tonos taquiarrítmicos.A.Pulmonar: Hipoventilación global con crepitantes bibasales y sibilantes de predominio espiratorio .Abdomen:Blando y depresible no doloroso .
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Analítica :PCR: 70.72 mg/L.Htc: 52 %,Hb: 17.2 g/dL.Leucocitos: 14600 .Plaquetas : 159x10 ^9/L.I.Quick :52%. Urea :68 mg /dL. Creatinina: 1.39 mg/dL.Amilasa :53 U/L .GOT : 16U/L.GPT :11 U/L. Troponina T : 32ng/L,CPK: 59 U/L. NT-ProBNP: 13212 pg/mL . Dímero D: 3278 ng/mL. CA 125: 404 U/mL.
ECG: Fibrilación Auricular de origen incierto con respuesta ventricular media de 142 latidos/minuto.Eje 0°.QRS estrecho.Falta progresión onda R en precordiales.Se objetiva la presencia de bajos voltajes en las derivaciones de los miembros, un QRS ≤ 0,5mV.
RX tórax portátil : Signos evidentes de insuficiencia cardíaca sin cardiomegalia.
ECocardio: Función sistólica global deprimida con Hipocinesia global .Aumento grosor tabique interventricular.Auricula izquierda dilatada.No afectación valvular.No derrrame pericárdico.
Ante la clínica de disnea persistente,acxfa rápida y dímero D elevado ,se solicita:
ANGIOTAC ARTERIAS PULMONARES: Sin defectos de repleción arterial pulmonar que sugieran tromboembolismo pulmonar.No se aprecia derrame pericárdico.
Se completa el estudio con :
HOLTER: Fibrilación auricular todo el día,sin taquicardias ventriculares ni pausas.
CORONARIOGRAFIA: Arterias coronarias sin estenosis angiográficas significativas.
RESONANCIA MAGNÉTICA CORAZÓN: Disfunción biventricular grave por hipocinesia global,sin dilatación ventricular asociada. Auricula izquierda dilatada.Hallazgos compatibles con miocardiopatía no isquémica.
PROTEINOGRAMA EN SUERO: Resultados obtenidos se corresponden con una Gammapatia Monoclonal.
PROTEINOGRAMA EN ORINA:
Proteinuria con eliminación de cadenas pesadas y ligeras: IgG Lambda
Se confirma el diagnóstico con el ASPIRADO MÉDULA ÓSEA y BIOPSIA GLÁNDULA SALIVAR.

CONCLUSIONES

La amiloidosis es una enfermedad poco frecuente caracterizada por el depósito extracelular de una sustancia fibrilar de origen proteico, insoluble (amiloide) en distintos tejidos, con pérdida de la estructura normal del mismo y ocasionando una disfunción en mayor o menor grado según la cuantía del depósito.
En nuestro caso, deberíamos tener presente la posibilidad de amiloidosis cardíaca al encontramos con un paciente con insuficiencia cardiaca secundaria a una miocardiopatía restrictiva,identificada por una radiografía de tórax con silueta cardiaca de tamaño normal con signos de congestión pulmonar ,un ECG con voltajes bajos y un aumento de grosor del tabique interventricular junto a la presencia de disfunción diastólica objetivada en el Ecocardiograma.

P. #58

EL CORAZÓN RECUERDA

Carlota Higueras Sánchez, Raquel Hijar Jiménez, Ana Federica Soto Telles, María Gijón Rodríguez, Patricia Martínez Soria, María José Palomo Reyes

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 83 años acude a urgencias por retención aguda de orina (RAO) tras reciente retirada de sonda vesical por resección transuretral (RTU) de masas vesicales. Entre sus antecedentes destacan bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado con marcapasos implantado en marzo de 2023, dislipemia e hipertensión arterial. A su llegada, refiere dolor suprapúbico sin fiebre ni otros síntomas, por lo que se procede a su evaluación inicial.

Exploración física:

Tensión arterial: 91/50 mmHg.

Frecuencia cardíaca: 97 l.p.m.

Temperatura: 37,1 °C.

Saturación de oxígeno: 95 % basal.

Abdomen: blando, depresible, con globo vesical palpable doloroso.

Pruebas complementarias iniciales:

Analítica: hemoglobina 9,3 g/dL, creatinina 1,48 mg/dL, potasio 5,6 mmol/L, troponina ultrasensible inicial de 75,70 ng/L.

ECG inicial: ritmo sinusal sin estimulación del marcapasos, ondas T negativas en derivaciones precordiales y de extremidades.

El ECG inicial se comparó con registros previos del paciente, en los cuales no presentaba ondas T negativas, lo que motivó ampliar el estudio ante la sospecha inicial de isquemia miocárdica. Aunque el paciente se encontraba asintomático (sin dolor torácico, disnea o palpitaciones), se realizó seriación de troponinas, que demostró valores estables (69,10 ng/L en la segunda determinación). La comparación del ECG inicial con registros anteriores indicó que las alteraciones eran nuevas.

Diagnóstico diferencial: Dado el hallazgo de ondas T negativas en el ECG inicial, se consideraron las siguientes posibilidades:

- Isquemia miocárdica silente: Descartada por la ausencia de clínica, estabilidad de troponinas y la posterior normalización del ECG.
- Hiperpotasemia: Aunque el potasio estaba ligeramente elevado (5,6 mmol/L), el patrón electrocardiográfico observado no era compatible.
- Pericarditis: Improbable por ausencia de clínica de dolor torácico, fiebre o alteraciones típicas en el segmento ST.
- Alteraciones del marcapasos: No se encontraron indicios de disfunción del dispositivo.
- Fenómeno de memoria eléctrica: Confirmado tras observar la normalización de las ondas T en un ECG posterior con reactivación del marcapasos.

Evolución:

Durante la monitorización, un ECG posterior mostró ritmo de marcapasos con normalización completa de las ondas T negativas. Este hallazgo, junto con la revisión del historial cardiológico y la estabilidad de las troponinas, confirmó el diagnóstico de fenómeno de memoria eléctrica del marcapasos. Este fenómeno se caracteriza por la persistencia transitoria de cambios en la repolarización ventricular inducidos por la estimulación anómala del marcapasos y no refleja una patología aguda.

CONCLUSIONES

El fenómeno de memoria eléctrica es una condición benigna que puede simular isquemia miocárdica en el ECG. Este caso resalta la importancia de realizar un diagnóstico diferencial completo ante hallazgos electrocardiográficos inesperados, incluyendo la revisión de ECG previos y la correlación clínica para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

Además, este caso subraya la necesidad de comprender los mecanismos fisiopatológicos que subyacen al fenómeno de memoria eléctrica, ya que su conocimiento puede evitar confusiones diagnósticas en pacientes con patologías complejas y antecedentes cardiovasculares. La comparación de ECG actuales con registros previos se presenta como una herramienta indispensable en la práctica clínica, permitiendo discriminar entre hallazgos nuevos y patrones ya establecidos.

Finalmente, este fenómeno nos recuerda la relevancia de la monitorización adecuada en pacientes portadores de marcapasos y destaca la importancia de la formación continua en la interpretación electrocardiográfica para evitar diagnósticos alarmantes pero erróneos, como la isquemia miocárdica. En este contexto, el uso racional de recursos diagnósticos adicionales, como troponinas y monitorización seriada, también cobra un papel crucial en la optimización del manejo del paciente.

P. #62

REVIVIENDO EL CORAZÓN: DESFIBRILACIÓN EXITOSA TRAS SCACEST

Irene Fuensanta López Martínez, Carolina Sanjuán Riveiro, Felipe Quilez López

Hospital General Reina Sofía, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una emergencia médica grave que puede ser provocada por diversas causas, siendo uno de los desencadenantes más comunes el infarto agudo de miocardio (IAM). El diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para la supervivencia del paciente. En este caso, se presenta el caso de un hombre de 65 años, fumador activo, que sufre una parada cardiorrespiratoria en el contexto de un IAM con elevación del segmento ST en cara anterior y lateral, que fue resucitado exitosamente gracias al uso rápido de desfibrilador y la intervención precoz.

OBJETIVO

El objetivo de este caso clínico es describir el manejo de una parada cardiorrespiratoria secundaria a un IAM, su tratamiento inicial en el centro de salud con desfibrilador externo automático (DEA), y los resultados obtenidos con la intervención. Se busca resaltar la importancia de la intervención temprana en la PCR y el uso adecuado de tecnologías disponibles, como el DEA, en entornos de atención primaria.

MÉTODO

Se trata de un paciente varón de 65 años, con antecedentes de tabaquismo activo, que acudió a urgencias del Centro de Salud de Algezares debido a un dolor torácico opresivo de unos 20 min de duración, que además presentaba irradiación hacia la mandíbula, y se acompañaba de náuseas y sudoración. Durante la realización de un electrocardiograma (ECG) dentro de los primeros 10 minutos de la atención, el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria. Se activó inmediatamente el desfibrilador externo automático (DEA), el cual detectó fibrilación ventricular, un ritmo desfibrilable. Se administraron tres descargas, logrando la recuperación del paciente.

Tras la estabilización, un ECG posterior reveló un IAM con elevación en la cara anterior y lateral. En ese momento, se activó la UME (Unidad Móvil de Emergencias), que coordinó el inicio del protocolo de código infarto. Los médicos de la UME se comunicaron con los cardiólogos del hospital de referencia, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, para coordinar la estrategia terapéutica. Se decidió iniciar tratamiento con doble antiagregación, administrando aspirina 300 mg y clopidogrel 600 mg oral. El paciente fue trasladado al hospital para realizar un cateterismo coronario, en el cual se identificó un trombo que ocluía el 100% de la arteria descendente anterior.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La rápida respuesta con el uso de desfibrilador y la intervención oportuna fueron cruciales en la recuperación del paciente. La fibrilación ventricular, es uno de los ritmos más comunes en la parada cardiorrespiratoria, fue identificada y tratada adecuadamente con tres descargas del DEA, lo que permitió la reanimación exitosa. El diagnóstico del IAM con elevación en cara anterior y lateral fue confirmado por el ECG y la posterior intervención en el hospital, donde se logró identificar el trombo responsable de la oclusión total de la arteria descendente anterior. El uso del código infarto y el traslado rápido al hospital de referencia permitieron un tratamiento adecuado, evitando complicaciones mayores.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de la intervención temprana en pacientes con parada cardiorrespiratoria secundaria a un IAM. El uso de un DEA en los primeros minutos tras la parada fue fundamental para la supervivencia del paciente. Además, demuestra la efectividad de la activación precoz del código infarto y la rápida derivación a un centro hospitalario especializado, donde se pudo realizar el tratamiento definitivo. La pronta reanimación y la identificación precisa del infarto subrayan la importancia de la formación y los protocolos de actuación en urgencias para mejorar los resultados en casos de parada cardiorrespiratoria.

P. #63

EL MASAJE ME DISECÓ

Pablo Palacio Alvaré, María Rodríguez Armas, Verónica Mate García, Marta Docío Alfaya, Ana Villarejo Jiménez, Meritxell Motos Bescos

Servicio de Urgencias Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 48 años, antecedentes de migraña con aura visual.
Inicia dorso-lumbalgia tras mal gesto irradiada a región epigástrica que no cede con naproxeno.
Acude al fisioterapeuta privado y realiza masaje por contractura muscular.
A la salida, presíncope con pródromos (mareo, visión borrosa) sin pérdida de conocimiento ni dolor torácico.
Acude la ambulancia y durante el traslado al hospital, inicia crisis migrañosa con vómitos con empeoramiento de la dorso-epigastralgia.
Inicia cuadro hipotensión arterial refractaria a fluidoterapia, bradicardia y febrícula: orientando al inicio como shock séptico sin filiar origen, inician antibioterapia empírica con meropenem 1g. Objetivamos disociación en TA entre EESS (normotension en extremidad superior izquierda e hipotensión en extremidad superior derecha).
Sin alteraciones a nivel analítico, Radiografía torax y abdomen sin condensaciones ni signos oclusion intestinal. TC craneal sin patologia intracraneal. TC cervico-dorsal sin patologia traumática con dilatación de raíz aórtica de 6,6 cm y discreto derrame pericárdico anterior.
Por persistencia de inestabilidad hemodinámica, realizamos TC tórax que evidencia disección aórta torácica tipo A desde raíz aorta hasta iliaca comun derecha e iliaca externa izquierda, con dilatación aórta ascendente 65mm, hematoma mediastínico periaórtico y leve hemopericardio, disección troncos supra-aórticos hasta carótida derecha y subclavia y carótida común izquierda, arteria renal izquierda con origen en la luz falsa.
Se inician drogas vasoactivas (noradrenalina a dosis altas) e intervención quirúrgica emergente: sustitución valvular aortica con prótesis mecánicas y raíz aórtica con reimplante coronarias y aorta ascendente con tubo Hemashield.
Como complicación presenta resangrado y taponamiento cardiaco que requiere de reintervención quirúrgica y trasfusión hematíes masiva.
Como segunda complicación tras segunda intervención refieren hemiparesia derecha, activando codigo ictus: origen isquémico hemisférico Izquierdo de mecanismo hemodinámico en contexto de oclusión de arteria común izquierda por disección arterial, decidiendo actitud expectante dado el elevado riesgo hemorrágico post-quirúrgico.
Finalmente tras resolucion completa del estado neurologico, hemodinámico y respiratorio, dado de alta con anticoagulacion indefinida con simtron.

OBJETIVO

Realizar un diagnostico diferencial de entrada sabiendo identificar posibles factores distractores en cuanto a primeras valoraciones de otros profesionales sin diferir en pruebas complementarias ni en retrasos diagnósticos.

MÉTODO

Diagnostico precoz de patologia emergente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Intervencion quirúrgica emergente en a medio plazo con complicaciones asociadas que finalmente tras decisiones e intervencionismo intensivos, el paciente evolucionó favorablemente, realizando a nivel ambulatorio fisioterapia y rehabilitacion, obteniendo una calidad de vida que progresivamente mejorará respecto al estado basal previo a la enfermedad.

CONCLUSIONES

Hay que evitar distractores que eviden el retraso diagnóstico de patologia emergente y potencialmente mortal para disminuir las complicaciones a corto y largo plazo de los pacientes que pueden desembocar en consecuencias algunas irreversibles para su calidad de vida.

P. #97

SIEMPRE SE PUEDE EMPEORAR

Tatiana Bécares De Purgly, Jesús Ortiz Molina, Ángela Lara López, Elena Lamas Cenjor, Ismael Martín De La Sierra Ruiz De Pascual, Jesús Monllor Méndez

HGMC, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, asma bronquial, enfermedad por reflujo gastroesofágico, e intervenida de colecistectomía, apendicectomía y hernia umbilical con eventración, que acude porque en domicilio presenta un episodio emético tras el cual comienza de forma súbita alteración del habla, pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, desviación de la mirada hacia la derecha, desviación de comisura bucal y posterior deterioro rápido del nivel de consciencia.

Constantes: 170/84 milímetros de mercurio, FC: 58 latidos por minuto, afebril, Saturación de oxígeno 96%.

Auscultación Cardiopulmonar: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Miembros inferiores: no signos de trombosis venosa profunda.

Tendencia a la somnolencia, despierta al estímulo verbal repetido, volviéndose luego a dormir. No sigue órdenes. Lenguaje hipofluente, afasia global. Disartria moderada ininteligible. Hemianopsia homónima izquierda (reflejo de amenaza disminuido izquierdo). No impresiona parálisis forzada de la mirada. No nistagmo. Paresia facial izquierda supranuclear. Hemiparesia izquierda (Miembro superior izqueirdo: 2/5; Miembro inferior izquierdo: 2/5). No aparente déficit en extremidades derechas. Hemihipoestesia severa derecha. Coordinación y marcha no valorables. NIHSS: 24 puntos.

En analítica destaca glucosa 161, creatinina1, urea 68, sodio 134, lactato 2.7, y en electrocardiograma se objetiva fibrilación auricular a 66 latidos por minuto.

El primer contacto médico tiene lugar a las 02:45, por lo que dado que el inicio de los síntomas se produjo a las 23:30 se activa el Código Ictus Intrahospitalario.

Se solicita tomografía computerizada (TC) cerebral en el que se objetiva infarto isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media derecha (puntuación ASPECTS 6-7), y oclusión en rama anterior de M1 distal derecha e hipoplasia de arteria comunicante posterior derecha.

Neurología decide iniciar tratamiento fibrinolítico iv, sin embargo, en el reporte final tras ampliar estudio con angio-TC, se objetiva disección aórtica tipo A, con extensión a tronco braquiocefálico, arteria subclavia, arteria carótida común derecha, arteria carótida externa y arteria carótida interna hasta segmento petroso, por lo que se detiene la perfusión de fibrinolítico inmediatamente y se contacta con cirugía cardíaca del hospital de referencia para definir manejo. Finalmente se decide intervención quirúrgica por parte de cirugía cardiovascular.

CONCLUSIONES

- Los accidentes cerebrovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, afectando a unas 120000 personas cada año.
- Se trata de una patología tiempo dependiente, en la que la viabilidad del tejido depende directamente de la rapidez con la que actuemos, por lo que es necesario establecer protocolos específicos como el Código Ictus es imprescincible para acortar tiempos y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.
- Para ello es determinante la coordinación entre medios extra e intrahositalarios, así como entre las diferentes especialidades responsables de abordar el caso.
- La disección aórtica se define como la separación de las capas de la misma. La clasificación de Bakey las divide en tipo A si afectan a la ahora ascendente o tipo B si su extensión es mayor.
- Constituye una patología potencialmente mortal y que con frecuencia precisa realizar intervención quirúrgica o endovascular además del tratamiento médico, por lo que es imprescindible sospecharla y solicitar de forma temprana una prueba de imagen para definir su manejo de forma precoz.

P. #106

IMPACTO DIAGNÓSTICO DE LA COLOCACIÓN INCORRECTA DE V1 Y V2 EN EL ECG: UN ERROR CRÍTICO A EVITAR

Silvia Tobía Díez, Silvia Cuadra Eguiluz, María Ángeles Alcoya Carricas, Elena Juliac Espinosa, Laura Cordon Tejada, Elena Anton Pérez

Hospital San Pedro, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

El electrocardiograma (ECG) es una herramienta clave en cardiología, cuya correcta interpretación depende de la adecuada colocación de los electrodos, especialmente en las derivaciones precordiales V1 y V2.
Un error frecuente es su colocación alta en el segundo espacio intercostal (2EI) en lugar del cuarto (4EI), lo que puede alterar la morfología del ECG, simulando patologías como bloqueo de rama derecha, infarto septal o elevación del ST.
Este estudio busca evidenciar los errores diagnósticos derivados de esta mala técnica y concienciar al personal sanitario sobre la importancia de una correcta colocación de los electrodos en la práctica clínica.

OBJETIVO

Este estudio busca analizar el impacto de la colocación incorrecta de los electrodos V1 y V2 en el electrocardiograma, identificando los errores diagnósticos que pueden derivarse y proponiendo estrategias para su prevención.
Los objetivos específicos incluyen:
-Identificar y comparar las alteraciones electrocardiográficas más comunes cuando los electrodos se colocan incorrectamente
-Determinar la frecuencia de los patrones erróneos
-Concienciar al personal sanitario sobre la importancia de una correcta colocación de los electrodos mediante evidencia científica.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica basada en un estudio descriptivo de 62 electrocardiogramas en pacientes del Centro de Salud Valle del Golfo (El Hierro, España). Cada paciente recibió dos ECG: uno con colocación correcta de V1 y V2 en el cuarto espacio intercostal (4EI) y otro con colocación alta en el segundo espacio intercostal (2EI), analizando los cambios en las ondas P, R, T, el complejo QRS y el segmento ST.
Además, se revisaron bases de datos científicas como Medline y Pubmed, junto con literatura especializada en electrocardiografía de autores reconocidos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La colocación incorrecta de los electrodos V1 y V2 en el segundo espacio intercostal (2EI) provoca alteraciones significativas en el electrocardiograma, lo que puede llevar a errores diagnósticos en urgencias.
Se encontró que en 14,5% de los casos la morfología rsr' en V1 simulaba un bloqueo de rama derecha, mientras que en 1,6% se detectó un complejo QS, sugiriendo falsamente un infarto septal. Además, en 4,8% de los ECGs, la elevación del ST podría generar un diagnóstico erróneo de síndrome coronario agudo (SCA).
En el 80% de los casos, la onda T mostró disminución de voltaje o negativización, lo que puede confundirse con isquemia o pericarditis. Asimismo, el 79% de los pacientes presentó una onda P predominantemente negativa, lo que podría interpretarse como crecimiento auricular izquierdo.
Finalmente, en 69% de los ECGs, se observó una reducción del voltaje de la onda r inicial, afectando la progresión normal del complejo QRS. Además, en 53,2% de los casos, se identificaron alteraciones simultáneas en las ondas P, R y T, lo que resalta la necesidad de mejorar la capacitación del personal de salud para evitar estos errores y optimizar la precisión diagnóstica en urgencias.

CONCLUSIONES

La colocación incorrecta de los electrodos V1 y V2 genera alteraciones en el electrocardiograma que llevan a diagnósticos erróneos: bloqueo de rama, infarto septal o síndrome coronario agudo, con el riesgo de tratamientos innecesarios.
Para evitar estos errores, los profesionales deben identificar el cuarto espacio intercostal (4EI), asegurando una adecuada colocación de los electrodos precordiales. Un posicionamiento incorrecto altera la representación de la actividad eléctrica del corazón, afectando la precisión diagnóstica del ECG.
Por ello, la formación continua del personal sanitario y la práctica supervisada son claves para minimizar errores técnicos, optimizar la calidad del diagnóstico y mejorar la seguridad del paciente, especialmente en los servicios de urgencias.

P. #202

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y REFLEXIONES SOBRE EL USO DE ANALGESIA

José Carlos García Ortiz[1][2], Juan Manuel Castro García[1][2], Asunción Márquez García-Salazar[1], Ana Isabel Vacas Rama[1], Francisco Manuel Visiedo García[3], Alfredo Díaz Gómez[3][4]

1. Servicio Andaluz De Salud, Jerez De La Frontera, España
2. Universidad De Cádiz, Cádiz, España
3. Universidad De Cádiz, Cádiz, España
4. Servicio Andaluz De Salud, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

La cardioversión eléctrica es un procedimiento ampliamente utilizado en los servicios de urgencias para la restauración del ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular. Esta arritmia, una de las más frecuentes en la práctica clínica, puede generar síntomas significativos y aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares, lo que hace fundamental una intervención rápida evitando en la medida de lo posible cualquier demora relacionada con su indicación programada.

OBJETIVO

En nuestras Urgencias hemos iniciado una consulta de cardioversiones programadas en colaboración con el servicio de Cardiología para intentar acortar plazos y hemos llevado a cabo una recogida de datos con el objetivo de analizar las características de los pacientes sometidos a este procedimiento, evaluar la seguridad y eficacia de la consulta, así como explorar la necesidad de cambios en la realización de la técnica.

MÉTODO

Se analizaron los datos de 39 pacientes sometidos a cardioversión eléctrica programada. Las variables registradas incluyeron datos demográficos como edad y sexo; factores de riesgo cardiovascular; parámetros hemodinámicos pre y post procedimiento; tipo y dosis de sedación administrada; uso de analgesia; número de choques aplicados; y eficacia y seguridad del procedimiento. Los fármacos utilizados para la sedación fueron mayoritariamente Propofol, seguido de Etomidato, aunque probablemente esto puede representar un sesgo relacionado con las preferencias del centro donde se ha realizado la recogida de datos, cosa que en otros hospitales podría diferir al emplear otros fármacos sedantes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron las características generales de los pacientes: total de pacientes 39, de los cuales 31 (79,5%) eran hombres y 8 (20,5%) mujeres, con una edad promedio de 61,4 años (DE: 19,5). En términos de resultados clínicos, la cardioversión fue efectiva en el 87,2% de los pacientes, sin reportes de complicaciones mayores y con un 97,2% de los pacientes que no refirieron dolor post-procedimiento. Los fármacos de sedación utilizados fueron Propofol en 85% y Etomidato en 15%. Se realizaron pruebas estadísticas para evaluar la relación entre el uso de analgesia y otros factores, incluyendo la prueba de Chi-cuadrado, que mostró que no hubo una relación significativa entre el uso de analgesia y el número de choques ($p = 0,522$); la regresión logística binaria tampoco encontró una asociación significativa entre la dosis de sedación y la percepción de dolor ($p = 0,511$); y la prueba T pareada, que evidenció una reducción significativa en la tensión arterial sistólica y diastólica post-procedimiento en el grupo sin analgesia ($p < 0,001$). Además, se identificó que los pacientes en los que la cardioversión no fue efectiva requirieron un promedio de 3 choques, mientras que en los pacientes con éxito se aplicaron 1,39 choques (DE: 0,66). La edad promedio de los pacientes en los que el procedimiento no fue exitoso fue de 61,0 años (DE: 6,68), sin diferencias significativas en comparación con los pacientes en los que la cardioversión sí fue efectiva. La presión arterial y la frecuencia cardíaca preprocedimiento tampoco mostraron diferencias relevantes entre los grupos.

CONCLUSIONES

La consulta de cardioversión programada es un procedimiento seguro y eficaz, con una alta tasa de éxito y un perfil de seguridad favorable. La baja incidencia de dolor post-procedimiento y su muy probable relación a infradosificación, sugiere que la analgesia podría no ser necesaria en la mayoría de los casos cuando se emplea una sedación adecuada. Los datos recopilados en esta experiencia piloto sugieren que la cardioversión eléctrica programada es un procedimiento seguro y eficaz. Además, la analgesia podría no ser imprescindible bajo una sedación adecuada. Estos hallazgos justifican la necesidad de estudios adicionales con un mayor número de pacientes y diferentes entornos hospitalarios para validar estas observaciones.

P. #250

LO QUE OCULTA UNA ASTENIA

Lucía Vázquez Araújo[1], Álvaro Martínez Román[2], Beatriz Briones Salinero[1], Elena Cuesta Guzmán[3], María Soledad Rodríguez Jiménez[1], Raquel Gallego Guío[4]

1. Centro de salud de Santa María de Benquerencia, Toledo, España
2. Hospital de Tomelloso, Tomelloso, España
3. Centro de Salud de Sillería, Toledo, España
4. Centro de salud Olías del Rey, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 41 años que acude a urgencias hospitalarias por astenia moderada asociada a tos productiva que le causa dolor torácico de una semana de evolución junto con aparición de sensación distérmica las últimas 24 horas.

OBJETIVO

Varón de 41 años con antecedentes personales de mutación en el gen de la protrombina, TEP bilateral agudo hace dos años en tratamiento anticoagulante y exfumador de 28 paquete-años. Acude a urgencias hospitalarias por astenia asociada a tos productiva de color marronáceo que le causa dolor torácico tipo pleurítico junto con sensación distérmica no termometrada de una semana de evolución. Niega disnea u otra sintomatología por órganos y aparatos.

MÉTODO

A su llegada a urgencias presenta una tensión arterial de 108/79 mmHg, temperatura de 36°C, frecuencia cardiaca de 97 latidos por minuto y una saturación de oxígeno de 96%. La auscultación cardiopulmonar resultaba normal y el resto de la exploración física anodina.
Con respecto a las pruebas complementarias, realizamos un electrocardiograma donde observamos un descenso de PR en las derivaciones III y avF, sin alteraciones agudas de la repolarización. También realizamos una analítica sanguínea donde vimos un leve deterioro de la función renal con un filtrado glomerular de 68.4 mL/min/1.73m2 y una creatinina 1.29 mg/dL junto con una elevación de reactantes de fase aguda con proteína C reactiva de 94.5 mg/dL y una troponina T seriada normal. Por último, solicitamos una radiografía torácica posteroanterior donde observamos una alteración de la silueta cardiaca con morfología de derrame pericárdico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Frente a estos hallazgos realizamos una ecocardiografía donde visualizamos un derrame pericárdico severo de hasta 20 mm con leves datos de compromiso, por lo que iniciamos monitorización de constantes.
Con estos datos, llegamos a la conclusión de que el paciente padece una pericarditis aguda con derrame pericárdico severo asociado. En ese momento interconsultamos al Servicio de Cardiología quiénes deciden ingreso a su cargo.

CONCLUSIONES

- La pericarditis aguda es un síndrome que cursa con dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos en la repolarización eléctrica cardiaca en el electrocardiograma y sus etiologías más frecuentes son la idiopática y la viral.
- Ante un paciente con clínica de dolor tipo pleurítico debemos sospechar esta patología, cuyo signo característico y patognomónico es el roce pericárdico.
- La labor del Médico de Urgencias es hacer una anamnesis y exploración física sistematizadas con el fin llegar a un diagnóstico correcto y poder realizar un manejo y plan terapéutico adecuados teniendo en cuenta que estos irán marcados por la estabilidad clínica de nuestros pacientes.

P. #251

DOCTORA, DESDE QUE SE CAYÓ SE PERDIÓ

Lucía Vázquez Araújo[1], Álvaro Martínez Román[2], Beatriz Briones Salinero[1], Elena Cuesta Guzmán[3], Carmen Lucía Gómez García[4], Sara Fernández-Marcote Torbio[5]

1. Centro de salud de Santa María de Benquerencia, Toledo, España
2. Hospital Tomelloso, Tomelloso, España
3. Centro de Salud de Sillería, Toledo, España
4. Centro de Salud de Torrijos, Torrijos, España
5. Centro de Salud de Camarena, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 87 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad renal crónica estadío 3A, que acude a urgencias hospitalarias por decaimiento del estado general, negativa a la ingesta y estreñimiento con aumento del perímetro abdominal. Los familiares comentan que la clínica comenzó a manifestarse hacía cuatro días tras una caída accidental desde su propia altura con traumatismo craneoencefálico. Afebril, niegan náuseas, vómitos, dolor abdominal u otra sintomatología por órganos y aparatos. Refieren deterioro agudo de la funcionalidad, pasando a ser dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

OBJETIVO

A su llegada a urgencias presenta una tensión arterial de 99/46 mmHg, temperatura de 36°C, frecuencia cardiaca de 67 latidos por minuto, glucemia capilar de 150 mg/dL y una saturación de oxigeno de 95%.
En la exploración física, destaca la tendencia a la somnolencia con un Glasgow de 14/15 puntos y un abdomen distendido y globuloso, doloroso a la palpación generalizada sin signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración resulta anodina.
Con respecto a las pruebas complementarias, realizamos una analítica sanguínea donde se observa una hiperpotasemia leve de 5.7 mEq/L, creatinina 3.99 mg/dL, filtrado glomerular 13 mL/min/1.73m2 y elevación leve de reactantes de fase aguda con proteína C reactiva de 25 mg/dL. También solicitamos una radiografía abdominal donde se visualiza dilatación de asas de intestino grueso, ausencia de gas en el colon distal y múltiples niveles hidroaéreros en decúbito.

MÉTODO

Ante la presencia de hiperpotasemia, pedimos un electrocardiograma donde objetivamos una elevación del ST mayor a 2 mm en derivaciones inferiores, posteriores y laterales.
Frente a estos hallazgos decidimos trasladar al paciente a la sala de reanimación para estabilizarlo hemodinámicamente puesto que la tensión arterial era en ese momento de 85/45 mmHg. Administramos doble antiagregación, iniciamos perfusión de dobutamina y realizamos ecocardioscopia donde visualizamos alteraciones de la contractilidad cardíaca en los segmentos anteriormente mencionados.
Ampliamos, así mismo, el estudio con una tomografía computerizada (TC) craneal que resulta sin alteraciones y un TC abdominal, en el que se observan hallazgos sugestivos de obstrucción intestinal secundaria a cambio de calibre en colon transverso sin signos de sufrimiento intestinal agudo. Pautamos sonda nasogástrica en aspiración continua en consecuencia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Con estos datos, llegamos a la conclusión de que el paciente padece un IAMCEST inferoposterolateral Killip IV, que le causa la clínica de decaimiento y la obstrucción intestinal aguda por bajo gasto cardiaco. En ese momento interconsultamos al Servicio de Cardiología quiénes deciden ingreso a su cargo.

CONCLUSIONES

- El deterioro de la funcionalidad agudo es uno de los principales síndromes clínicos que podemos encontrar en pacientes de edad avanzada. A pesar de que la etiología infecciosa leve es la más frecuente, en otras ocasiones puede subyacer otro tipo de entidades.
- Ante un paciente con tendencia a la somnolencia, negativa a la ingesta, aumento del perímetro abdominal, ausencia de ventoseo y tendencia a la hipotensión, debemos sospechar un cuadro obstructivo que, ya en retrospectiva, probablemente fuera secundario al bajo gasto por el SCA concomitante silente.
- El Médico de Urgencias debe realizar una anamnesis y exploración física sistematizadas. Pidiendo las pruebas complementarias en función de los hallazgos que objetivemos siempre y cuando nos permitan cambiar el manejo y plan terapéutico de nuestros pacientes.

P. #279

DE UN SIMPLE TCE EN PACIENTE ANTICOAGULADA A UN SANGRADO AÓRTICO

Irene Ursúa Sánchez, Marco Aurelio Alfaro Mora, Yolanda Álvarez Colmenero, Ana Ramos Rodríguez
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 82 años, quien acude al servicio de urgencias traída por sus familiares debido a la presencia de deposiciones melénicas y fluctuaciones en su nivel de conciencia de unas horas de evolución. Sus familiares refieren que en domicilio presentó episodios de hipotensión arterial. Niegan dolor abdominal, vómitos o fiebre.
Además, los familiares relatan un episodio de caída con traumatismo craneoencefálico hace 3 días. Debido a este antecedente, la anticoagulación y la presencia de alteraciones del nivel de conciencia con bradipsiquia y bradilalia, inicialmente se sospecha un proceso cerebral agudo como posible causa del deterioro neurológico.
Antecedentes Personales:
- Hipertensión arterial.
- Aneurisma de aorta ascendente.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar en noviembre de 2024.
- En tratamiento con anticoagulante oral (dabigatrán 110 mg/día).
- Situación basal: vive sola en domicilio. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Exploración Física:
- Signos vitales: Tensión arterial 73/52 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, temperatura 36.5°C, saturación de oxígeno 92%.
- Paciente somnolienta, pero reactiva a estímulos verbales. Glasgow 13.
- Palidez mucocutánea.
- Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal ni dolor a la palpación.
- Auscultación cardiopulmonar: taquicardia rítmica. MVC.
- Extremidades sin signos de trombosis venosa profunda ni edemas.
- Exploración neurológica: tendencia al sueño. No alteraciones del lenguaje ni disartria. Facies simétrica. Pupilas mióticas poco reactivas. Movilidad simétrica de las 4 extremidades.

Pruebas Complementarias:
- Analítica sanguínea:

o Hemoglobina: 4.2 g/dL (anemia severa).
o Hematocrito: 24%.
o Plaquetas: 190,000/mm3.
o TP/INR prolongado (anticoagulado).
o Creatinina y electrólitos en rangos normales.

- Gasometría arterial: Acidosis metabólica leve con lactato de 4.1.
- TC cerebral: Sin hallazgos de hemorragia o infarto agudo.

Ante la normalidad de TC cerebral y los hallazgos analíticos, se sospecha complicación del aneurisma aórtico ya conocido por lo que se solicita prueba de imagen.
- TC de aorta: Úlcera penetrante de aorta abdominal con extenso trombo mural excéntrico derecho de hasta 10 mm de espesor, con signos de rotura incipiente.

Tratamiento:
1. Monitorización de constantes.
2. Reposición de volumen: Expansión con cristaloides (solución salina al 0.9%).
3. Transfusión de concentrados de hematíes.
4. Perfusión de Pantoprazol al inicio de la atención ante la presencia de melenas y la sospecha de hemorragia digestiva alta.
5. Intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia.
6. Derivación a centro de referencia para valoración y tratamiento por Cirugía Vascular.

CONCLUSIONES

La paciente presenta un sangrado secundario a una úlcera penetrante de la aorta abdominal con signos de rotura incipiente, lo que explica la presencia de hipoperfusión y anemización severa. Inicialmente, debido al antecedente de traumatismo craneoencefálico y la anticoagulación, se sospechó un proceso cerebral como causa del deterioro neurológico.
El diagnóstico diferencial en este caso incluyó inicialmente patologías intracraneales, como hematoma subdural o hemorragia intraparenquimatosa secundaria a la anticoagulación y el traumatismo reciente. Sin embargo, el TC cerebral descartó estos procesos, lo que obligó a considerar otras causas de deterioro del estado de conciencia y anemización aguda.
Otra posibilidad diagnóstica fue la hemorragia digestiva alta, dado el antecedente de anticoagulación y la presencia de deposiciones melénicas. Sin embargo, la tomografía de aorta reveló el verdadero origen del sangrado, confirmando la úlcera penetrante con trombo mural y signos de rotura incipiente.
Este caso subraya la importancia de un enfoque diagnóstico amplio en pacientes anticoagulados con síntomas inespecíficos como deterioro del nivel de conciencia e hipotensión. El uso temprano de estudios de imagen adecuados permitió identificar la causa subyacente y evitar retrasos en el tratamiento. La rápida estabilización hemodinámica y la evaluación por cirugía vascular fueron claves en el manejo de esta paciente.

P. #341

EL REMERO MAREADO

Marina Pulgar Feio, Gorka Gómez Terrazas, Amaia Gañán Lafuente, Claudia Irene Bordón Poderoso, Natalia Beatriz Mena Casado, Lucía López Gómez

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

INTRODUCCIÓN

7 de Enero de 2025.
Un típico día de la Urgencia. Está siendo un mal invierno. Pasillos en el área de las camas.
Acude paciente de 63 años, sano, traido en Soporte Vital Avanzado (SVA), por mareo y alteraciones en el ECG.
El paciente no tiene ningún antecedente de interés.
Fue estudiado el año anterior por dolor torácico en Cardiología por dolor torácico atípico. Ecocardiograma basal normal salvo ligera dilatación de raíz aórtica, y eco-stress negativo para isquemia inducible.
Hoy acude por mareo y palpitaciones a su Centro de Salud. Se encontraba en el autobús de pie, no estaba realizando ninguna actividad física.
Allí, se realiza ECG de 12 derivaciones y tira de ritmo, donde se objetiva taquicardia rítmica de QRS ancho a 150lpm de unos 30 segundos de duración. Buena perfusión tisular, pero TA de 105/70 mmHg.
Durante el traslado a la Urgencia, cese brusco de la clínica con ECG a su llegada a Urgencias en ritmo sinusal, sin evidenciar supra o infradesnivelaciones. No se administra nada de medicación previo a la llegada a Urgencias.
Duración total de la clínica de unos 30 minutos.
El paciente refiere episodios similares, por los que no ha consultado, muchos de ellos mientras realizaba su práctica deportiva habitual: remo.

OBJETIVO

El objetivo del caso clínico es revisar los puntos más importantes a nivel teórico y práctico sobre el abordaje de la taquicardia ventricular no sostenida (TVNS).

MÉTODO

A la llegada al Servicio de Urgencias, los compañeros del SVA nos comentan el caso.
El paciente es colocado de manera inmediata en un box con monitorización cardiaca. Se realiza ECG de 12 derivaciones y tira de ritmo. Además se realiza analítica rápida por gasómetro, para descartar alteraciones analíticas. Estable hemodinámicamente a su llegada, sin repetir de nuevo pico hipotensivo previo.
Se comenta caso con compañeros de Cardiología de guardia, que realizan ecocardiografía a pie de cama, descartando cardiopatia estructural.
El ECG basal del paciente es en ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, eje normal, PR no alargado, QRS estrecho sin morfología de bloqueo de rama y sin alterciones del segmento ST.
Analítica normal, salvo mínima elevación de troponina cardiaca (primer valor de 224, posteriormente de 63ng/L).
Tras 8 horas en observación con monitor cardiaco, sin objetivarse nuevos episodios de taquicardia, se procede al ingreso del paciente en planta de Cardiología, con diagnóstico al alta de TVNS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

A nivel de urgencias es fundamental tener en cuenta los siguientes aspectos de las TVNS:
- Conocer la morfología típica de las TVNS. Se trata de una taquicardia rítmica de QRS ancho, por definición debe ser de una duración mayor a 3 latidos consecutivos pero menor a 30 segundos.
- Siempre se debe realizar una valoración inmediata de estos pacientes para descartar inestabilidad hemodinámica.
- Se debe comentar el caso con los compañeros de Cardiología, dado que la mayor parte de estos pacientes presentarán cardiopatía estructural, siendo la más frecuente la isquémica.

Este paciente fue ingresado en planta de Cardiología. Se inicio tratamiento con bisoprolol para mejoría sintomática, con buena tolerancia. Se realizaron estudios de imagen cardiológica (TAC coronario, ecocardiograma reglado y RM cardiaca), siendo todo completamente normal.
Se realiza además estudio electrofisiológico en planta con diagnóstico final de: TVNS con morfología de bloqueo de rama derecha y eje inferior. Tras 7 días en planta, sin nuevos eventos, se decide alta con tratamiento médico.

CONCLUSIONES

- Es fundamental reconocer una TVNS.
- El abordaje del paciente con TV (sea sostenida o no sostenida), debe ser inmediato, evaluando la situación hemodinámica de manera precoz.
- La mayor parte de los pacientes con TV tienen cardiopatía estructural de base.

P. #345

SOSPECHA ROTURA CARDIACA EN IAMCEST EVOLUCIONADO

Mikel Toston Amezaga, Arrate Aldama Martín, Agurtzane Fernández Fernández, Alejandra Lecanda Sánchez, Beatriz Sánchez Llona, Ander Goicoechea Zenon

Hospital San Eloy, Barakaldo, España

INTRODUCCIÓN

Paciente joven con IAMCEST evolucionado en el que se sospecho por hallazgos ecograficos rotura cardiaca

OBJETIVO

Conocer la rotura cardiaca como posible complicacion del SCACEST asicomo su manejo y pronostico.

MÉTODO

Se trata de paciente de 58 años con AP de fumador, DM2 y dislipemia, que acude a SSUU derivado por su MAP por alteración radiológica en Rx tórax. El paciente había consultado en CS por cuadro aparentemente respiratorio tratado con BD y corticoterapia una semana antes. Dada la persistencia clínica se solicitó rx tórax y ante DP bilateral con atelectasia se deriva.
Reinterrogando al paciente refiere en contexto aparentemente catarral 8 días antes dolor torácico tipo pinchazo irradiado a espalda que se modificaba con las posturas sin relación con el esfuerzo. Los últimos días sin dolor, aunque persistía disnea de esfuerzo al menos moderada (paciente impresiona de minimizador, poco consultor, su mujer refiere que la disnea es de mínimos esfuerzos).
Se solicita EKG, sin dolor, donde se objetiva elevación de ST con Q profunda en toda la cara anterior y septal sin imagen especular. Se pasa a estabilización, estando el paciente HD estable y asintomático en todo momento.
En ECO a pie de cama presenta marcada hipocinesia en cara anterior y derrame pericárdico leve-moderado.
Destacan en analítica de sangre TnT de 3744, CK 454, PCR 255.
Se deriva a hospital terciario de referencia, es valorado por U coronaria que solicita TAC cardiaco para d/rotura cardiaca dado que ven un aneurisma apical con trombo extenso en ECO además del derrame y la hipocinesia.
TAC no resulta concluyente de rotura, hay un extenso trombo apical y aneurisma y un derrame pericárdico aparentemente por pericarditis inflamatoria 2°.
El paciente de manera súbita entra en asistolia no consiguiéndose reanimación tras 36 minutos de RCP, solicitándose autopsia clínica por sospecha de rotura cardiaca VS ictus masivo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La rotura cardiaca es una complicación actualmente infrecuente pero muy grave del infarto de miocardio y constituye una urgencia quirúrgica. El diagnóstico puede realizarse mediante ecocardiografía, siendo el hallazgo típico una masa densa en el saco pericárdico formada por trombos, aunque no siempre localiza el lugar de la rotura. La presencia de derrame por sí sola no es suficiente para diagnosticarla, ya que es relativamente común tras un síndrome coronario agudo.
En un tercio de los casos ocurre en la primera semana tras el evento y disminuye con las estrategias de reperfusión. Existen 6 tipos de rotura en la literatura.
Los desgarros transmurales presentan hemorragia activa y taponamiento cardiaco agudo que es la causa de muerte en estos pacientes. Los desgarros del septo en cambio producen shock cardiogénico.
El cuadro clínico de la rotura subaguda de la PLV puede simular el del reinfarto por la recurrencia del dolor y nuevas elevaciones del segmento ST, aunque más frecuentemente se presenta como un deterioro hemodinámico súbito con hipotensión persistente. Conlleva un pronóstico muy grave, con necesidad de intervención quirúrgica urgente, a pesar de lo cual se asocia a alta mortalidad (hasta el 80% en rotura de pared libre).

CONCLUSIONES

Es fundamental sospecharlo en pacientes que en contexto de SCA presenten derrame pericárdico con aneurismas en pared, signos de taponamiento o deterioro hemodinámico súbito.
El diagnostico definitivo habotualmente se hace por TAC.
Es indicacion de IQ urgente con una alta tasa de mortalidad y complicaciones.

P. #346

UNA EPIGASTRALGIA CON SORPRESA

Andrea Lluesma Guillén, Lourdes Sánchez Cabanes, Iona Rodrigo Pons, Marcos Manuel Arroyo Jiménez, Eva Vidal Marti, Ester García Solivelles

Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS:
Fibrilación auricular (FA) paroxística desde 2021 que precisó cardioversión eléctrica (CVE), tras fracaso farmacológico.
Ablación con catéter (AC) de venas pulmonares y del istmo cavo-tricuspídeo en dos ocasiones, última hace 3 meses.
Tratamiento habitual: Bisoprolol 2.5miligramos (mg)/24horas y Dabigatran 150mg/24horas
ENFERMEDAD ACTUAL:
Hombre de 43 años que consulta en urgencias por epigastralgia, ardor y distensión abdominal que ha aumentado de manera progresiva en las últimas 48horas. No náuseas ni vómitos o alteraciones deposicionales. Afebril. No clínica miccional, ni disnea o tos.
Relata AC programada por episodios de FA paroxística hace tres meses. Desde entonces ocasionales molestias tipo pinchazo centrotorácico con el ejercicio que ceden de manera espontánea. Ya comentado en consulta con Cardiólogo hace un mes, no se le hicieron más pruebas complementarias.
EXPLORACIÓN FÍSICA (EF):
Tensión arterial 126/83mmHg; Temperatura: 36,2C; Frecuencia cardíaca: 81 latidos por minuto (lpm); Saturación oxígeno: 100%
Buen estado general, eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio, normocoloreado y normohidratado.
Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: blando, molestia en epigastrio a la palpación. No masas. Sin signos de irritación peritoneal.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica sangre: Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica: Proteína C reativa 123 y Transaminasa Glutámico Pirúvica 42.
Analítica orina: sin hallazgos
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 75 lpm. Eje cardíaco a 60°. Intervalo PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.
Radiografía tórax: aumento de la silueta cardíaca por presencia de derrame pericárdico.
Ecografía abdominal: hígado, páncreas y vía biliar sin hallazgos. Derrame pericárdico (DP) (17 mm en receso anterior y 18mm en posterior de contenido anecoico). Moderada cantidad de líquido libre perihepático y en pelvis menor.
Desde radiología se decidió completar estudio con Tomografía axial computarizada (TAC) en la que se vio que existía importante DP con mínimo derrame pleural derecho, así como moderada ascitis.
Ecografía cardíaca no reglada en Urgencias: DP moderado, dilatación de cavidades derechas.
JUICIO CLÍNICO: DP y anasarca en contexto de AC previa.
TRATAMIENTO: ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se realizó pericardiocentesis evacuadora con salida de 900ml de aspecto hemático oscuro. Evolucionó favorablemente y pasó a planta de Cardiología.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias, por lo que es imprescindible realizar una buena anamnesis y EF. Además, es bastante inespecífico, común en multitud de procesos, y puede tener su origen a nivel intra o extraabdominal.
Es necesario ubicar la localización del dolor anatómicamente hablando, con el fin de hacer una adecuada aproximación diagnóstica. En nuestro caso, aunque los síntomas eran epigástricos, la procedencia del dolor era cardíaca. Una vez más, la anamnesis tiene un papel fundamental, permitiéndonos conocer la intensidad de la clínica, tiempo de evolución o relación con otros síntomas/pruebas, y así poder llegar a un buen diagnóstico diferencial. Es crucial la escucha activa de lo que nos cuentan, sin pasar por alto procedimientos quirúrgicos anteriores, ya que no es infrecuente ver complicaciones tardías.
En cuanto a las pruebas complementarias, mención especial a la ecografía en urgencias. Se trata de una prueba de gran utilidad, siendo la que mejor valora el líquido libre intraabdominal. Por ello, es de vital importancia continuar formándonos como urgenciólogos en ultrasonidos, ya que enriquece de manera pronunciada la calidad asistencial y mejora el
pronóstico del paciente al establecer un diagnóstico certero temprano.
El DP severo secundario a AC de FA es una complicación relativamente frecuente que ocurre habitualmente durante el propio procedimiento. Existen casos de presentación diferida y clínica insidiosa (como el de nuestro paciente), aunque ocurren con menor frecuencia.

P. #361

NO TODO ES LO QUE PARECE: DE VÓMITOS AL DIAGNÓSTICO DE MIOPERICARDITIS AGUDA EN URGENCIAS

Judith Banegas García, Emma Picart Puertas
Clínica Girona, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
Paciente masculino de 30 años exconsumidor ocasional de cocaína, éxtasis, LSD y anabolizantes. Fumador de cannabis a diario.
Antecedentes de síndrome antifosfolipídico (SAF) en tratamiento con enoxaparina, trombosis venosa profunda, accidente isquémico transitorio vertebro basilar; pseudoconclusión intestinal por abuso de mórficos e insuficiencia suprarrenal.
MOTIVO DE CONSULTA:
Consulta en urgencias refiriendo vómitos y malestar general.
Cuatro días antes, había acudido también por hematoespermia y edema testicular izquierdo asociado a un sedimento de orina patológico, orientado como infección testicular y recibiendo tratamiento con Ciprofloxacino.
Posteriormente, inició cuadro de cefalea, mialgias, artralgias, junto con dolor torácico inespecífico y palpitaciones; motivo por el que reconsulta 3 días después. Se le realiza una analítica y ECG sin alteraciones destacables dándole el alta, cambiando el antibiótico de a amoxiclavulánico.
Reconsulta 4 días después su primera visita, por vómitos, dolor abdominal, mialgias, artralgias y dolor torácico inespecífico irradiado a la espalda, solicitando la administración de morfina para control del dolor.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Destaca tonos cardíacos rítmicos, abdomen doloroso en el flanco izquierdo y febrícula referida.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
En analítica, presentó neutrofilia mínima, PCR 115 mg/L y cristales en orina.
EVOLUCIÓN:
Tras administrar pantoprazol, ondansetrón y tramadol, presentó un episodio de dolor torácico intenso tipo ardor con dolor dorsal mecánico.
Un ECG mostró taquicardia sinusal y ondas T negativas en V4-V6 (no presentes anteriormente). Se solicitan marcadores cardíacos obteniendo creatinkinasa 1286 U/L y troponina 1624 pg/ml.
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:
Se orienta como miocarditis aguda pero ante la inestabilidad y la necesidad de descartar patología isquémica asociada se decide derivar a hospital tercer nivel para manejo en unidad coronaria (UCO).
EVOLUCIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL:
Las troponinas aumentaron a 2340 pg/ml, con un pro-BNP de 4240 pg/ml. Un nuevo ECG mostró inversión de la onda T en V3-V5, aplanamiento en V6, DI y aVL, y un supra desnivel infra milimétrico en V1-V3.
La ecocardiografía evidenció disfunción ventricular con fracción de eyección del 35%, hipocinesia apical severa y signos de congestión pulmonar.
Ingresó en la unidad de semicríticos con nitroglicerina intravenosa y anticoagulación con enoxaparina, orientado como infarto de miocardio anterior subagudo vs miopericarditis.
En semicríticos, presentó dolor torácico irradiado a extremidades superiores, con nuevas alteraciones electrocardiográficas (QS anteriores y T negativas de V4-V6 e inferiores). Una coronariografía no mostró lesiones significativas. El TAC descartó tromboembolismo pulmonar y síndrome aórtico.
La evolución mostró empeoramiento de la función ventricular, coagulopatía, transaminitis y daño miocárdico (troponina 4000). Se trasladó al paciente a UCO, iniciándose pulsos de metilprednisolona y tratamiento diurético por congestión pulmonar. Mejoró progresivamente con recuperación de la función ventricular y resolución de los marcadores inflamatorios, permitiendo disminuir y retirar los corticoides.
La biopsia endomiocárdica reveló miocarditis aguda/subaguda sin células gigantes ni eosinofilia. La resonancia magnética mostró miocardiopatía inflamatoria con extensa fibrosis parcheada, edema difuso y disfunción sistólica, con una distribución atípica compatible con un posible componente isquémico.
Se concluyó como miocarditis aguda probablemente desencadenada por una combinación de factores inmunológicos e infecciosos, sin evidencia de eventos coronarios agudos.

CONCLUSIONES

La presentación inicial de este paciente destaca la complejidad y los retos que enfrentamos en urgencias para identificar patologías graves con manifestaciones atípicas. La evolución clínica, marcada por la aparición de dolor torácico inespecífico y la solicitud directa de morfina por parte del paciente subraya la dificultad para diferenciar entre una causa funcional o psicógena del dolor y un proceso orgánico grave.
Es importante mantener un enfoque clínico amplio y sistemático en el diagnóstico diferencial del dolor torácico. Las alteraciones detectadas en el ECG y la elevación significativa de biomarcadores cardíacos permitieron orientar adecuadamente el diagnóstico y asegurar la derivación oportuna a un centro especializado.

P. #509

ARRITMIAS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES HEREDITARIAS ATENDIDAS EN URGENCIAS

José Enrique Alonso Formento[1], Inés Alonso Envid[1], Victoria Estaben Boldova[2], Marta De Azúa Jiménez[1], María Jesús Pueyo Morer[1], Joaquín Gómez Bitrián[2]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares hereditarias comprenden un grupo de trastornos genéticos que afectan a la estructura y función del corazón, predisponiendo a los pacientes al desarrollo de arritmias potencialmente mortales. Estas afecciones se pueden clasificar en dos grandes grupos: arritmias primarias y miocardiopatías, ambas con un alto riesgo de complicaciones, como síncope, insuficiencia cardíaca y muerte súbita.

Las arritmias hereditarias más frecuentes incluyen el síndrome de QT largo (SQTL), el síndrome de Brugada, la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC), el síndrome de QT corto (SQTC) y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD), todas ellas asociadas a mutaciones en genes que regulan los canales iónicos y la conducción eléctrica del corazón.

Por otro lado, las miocardiopatías hereditarias, como la miocardiopatía hipertrófica (MCH), la miocardiopatía dilatada (MCD), la miocardiopatía arritmogénica (MA), la miocardiopatía no compactada del ventrículo izquierdo (MNCVI) y la miocardiopatía restrictiva (MCR), afectan la estructura y contractilidad del miocardio, favoreciendo la aparición de arritmias ventriculares, fibrilación auricular y bloqueos de conducción.

OBJETIVO

Estudiar las consultas por patología cardiovascular en pacientes con enfermedades cardiovasculares hereditarias arritmogénicas atendidos en los servicios de urgencias.

MÉTODO

Se realizó un análisis de las consultas cardiovasculares urgentes en los servicios de urgencias de los hospitales públicos de nuestra comunidad autónoma entre los años 2017 y 2024, ambos inclusive. Se estudiaron las características sociodemográficas de los pacientes, los antecedentes personales, las consultas urgentes, los ingresos y la mortalidad. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica y analizados mediante el programa SPSS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los ocho años de estudio, se atendieron 4.592.194 pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios. De estos, 1.775 (0,038%) presentaban antecedentes de canalopatía o miocardiopatía hereditaria. La distribución de patologías fue la siguiente:

- Síndrome de Brugada: 638 casos
- Displasia arritmogénica del ventrículo derecho: 335 casos
- Amiloidosis cardíaca: 308 casos
- Síndrome de QT largo: 204 casos
- Miocardiopatía hipertrófica familiar: 196 casos
- Miocardiopatía restrictiva hereditaria: 69 casos
- Miocardiopatía no compactada del ventrículo izquierdo: 37 casos
- Miocardiopatía dilatada familiar: 16 casos
- Taquicardia ventricular catecolaminérgica: 3 casos

Del total de pacientes, el 59,9% eran varones, con una edad media de 63 años. Además, el 46,5% presentaba hipertensión arterial y el 10,9% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. Un 8,3% de los pacientes eran portadores de un DAI.

Las arritmias detectadas en urgencias fueron:

- Extrasístoles supraventriculares: 0,1%
- Extrasístoles ventriculares: 0,1%
- Taquicardias paroxísticas supraventriculares: 0,5%
- Taquicardia ventricular: 0,3%
- Fibrilación auricular: 2,1%
- Flutter auricular: 0,4%

Asimismo, se registraron siete visitas por complicaciones del DAI. Del total de consultas, el 35,3% de los pacientes requirió ingreso hospitalario. La mortalidad en urgencias fue del 0,2%, con cuatro fallecimientos: dos por insuficiencia cardíaca, uno por colitis isquémica embólica y otro por infección respiratoria.

CONCLUSIONES

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares hereditarias en los servicios de urgencias es baja (0,038%), pero su impacto clínico es significativo debido al alto riesgo de arritmias y complicaciones asociadas. El síndrome de Brugada y la displasia arritmogénica del ventrículo derecho fueron las patologías más frecuentes en la muestra analizada.

A pesar de la baja incidencia de eventos fatales en urgencias, la tasa de ingresos hospitalarios (35,3%) resalta la importancia de un seguimiento especializado y la optimización de estrategias terapéuticas.

P. #562

INOCA: QUÉ ES, CUANDO SOSPECHARLO Y CÓMO DIAGNOSTICARLO.

CASO CLÍNICO SOBRE EL INOCA O ISQUEMIA CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUIDAS, ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA Y CON UNA ALTA PREVALENCIA. COMO MANEJARLO Y DIAGNOSTICARLO ASÍ COMO CÓMO TRATARLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA IMPORTANCIA DE CONOCER SU ETIOPATOGENIA

Tomás Magallón Jaime, María Martínez Agüero
Hospital clínico san carlos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La INOCA, o Isquemia con Arterias Coronarias No Obstruidas, es una enfermedad que hace referencia a la presencia de síntomas y signos clínicos de isquemia en pacientes en los que no se encuentran datos de obstrucción coronaria significativa (consideramos significativo niveles en el 50-70% de obstrucción) al realizarse una angiografía coronaria, es decir, una estenosis coronaria <50%, y cuyo mecanismo de etiopatogénico guarda relación con la presencia de vasoespasmo coronario y la disfunción microvascular entre otros.
Presenta una prevalencia estimada de entre 3-4 millones de casos, con una predominancia femenina de hasta el 73.5% (basándonos en estudios de WISE) y que, habitualmente, está infradiagnosticada, lo que conlleva a hospitalizaciones recurrentes de los pacientes y a la realización de pruebas y estudios excesivos e innecesarios, produciendo así un deterioro de calidad de vida de estos.

OBJETIVO

Reconocer y diagnosticar el INOCA para tener un adecuado manejo de esta enfermedad.

MÉTODO

Caso clínico observado en la urgencia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se trata de una mujer de 44 años, de profesión enfermera y con único antecedente relevante de dislipemia leve sin tratamiento activo, que acude al servicio de Urgencias por dolor centrotorácico opresivo en reposo, que no empeora con el esfuerzo ni con la respiración, localizado en región esternal. Niega palpitaciones, síncope, taquicardia u otro síntoma. El dolor, de una semana de duración, comenzó como leve molestia intermitente, cronificándose hasta hacerse constante e los últimos días.
Ante este caso clínico, a su llegada a urgencias, se realiza una adecuada historia clínica, destacando la ausencia de antecedentes personales cardiológicos y con único factor cardiovascular la dislipemia, con antecedente de hipercolesterolemia familiar, así como una exploración física correcta, encontrando tensiones de 96/60 mmHg y una frecuencia cardiaca de
85 lpm, con una auscultación anodina y con resto de exploración dentro de la normalidad. Se realiza un electrocardiograma, en el que se objetiva un ritmo sinusal a 72 lpm, con eje normal, QRS y PR conservados y sin presencia de alteraciones en la repolarización.
Durante su estancia en urgencias, se realiza una analítica sanguínea con troponinas con discreta elevación (20,25) y una radiografía de tórax, sin alteraciones. Debido a la clínica de dolor torácico anginoso y la elevación de los marcadores cardiacos, así como la sospecha de posible enfermedad vasoespástica, se realiza un ecoardiogrsma, en el que no se observan signos patológicos, y se interconsulta a cardiología, que decide ingresar a la paciente para estudio y tratamiento. Se realiza coronariografía, en la que no se observa estenosis coronaria significativa (<50%) y una prueba funcional intracoronaria con acetilcolina, con resultado compatible con espasmo microvascular, confirmando la sospecha y el diagnóstico de INOCA.
Se da de alta a la paciente con tratamiento con Diltiazem y seguimiento en consultas.

CONCLUSIONES

Aunque la INOCA no suele asociarse con eventos coronarios graves, es una enfermedad infradiagnosticada y con una gran prevalencia, que puede implicar una carga de síntomas significativa y mayor riesgo cardiovascular a largo plazo. Por estos motivos, aunque se necesario realizar pruebas específicas para llegar a su diagnóstico, es importante conocer la etiopatogenia de la enfermedad, para poder orientar correctamente un caso potencial y poder llegar de la forma más rápida y precisa al diagnóstico, así como es importante conocer el tratamiento habitual de esta en casos de nuevos episodios en pacientes ya diagnosticados, siendo de gran importancia tanto el tratamiento farmacológico como los cambios de estilo de vida.

P. #750

DISNEA DE UNA SEMANA, INFECCIÓN VS DERRAME PERICÁRDICO NEOPLÁSICO

Jokin Cabrera Gallastegui, Esther Jiménez Aranda, Nuria Ramos Galindo

Hospital de la Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente exfumador desde 2009, no alergias medicamentosas conocidas, no intervenciones quirúrgicas
CASO: Varón de 48 años que consulta por cuadro de disnea de una semanas de duración en el contexto de cuadro catarral con expectoración, fiebre de hasta 38,5° y dolor torácico con relación a tos. Comenta que hace una semana se le inflamó el brazo izquierdo y luego las venas del brazo izquierdo. También se nota bultoma en región supraclavicular.
Constantes: TA 142790, FC 126, T° 37,5, SAT 97%
Regular estado general, palidez cutánea, taquipnea a 24 rpm. No ingurgitación yugular, pequeñas adenopatías laterocervicales. ACP: Rítmico in soplos, crepitantes en base izquierda, Tumporación de unos 2-3 cm en región supraclavicular izquierda, circulación colateral brazo izquierdo. Abdomen anodino. MMII: Sin alteraciones.
EKG: Taquicardia sinusal a 120 lpm, sin alteraciones de la repolarización.
ANALÍTICA DE SANGRE: Leucocitosis 1206, Neutrófilos 85%, Hb 10.9, Plaquetas420000, Dímero D 3000, Glucemia 136, Creatinina 1.4 FG normal. Iones sin alteraciones PCR<2.5.
Radiografía de Torax: Cardiomegalias, derrame pleural bilateral. Imagen redondeada por detás de cayado aórtico en placa lateral con imagen de aumento de tamaño y especulación hilio dercho.
Pasa área de observación para control de disnea.
Se realiza ecografía clínica con sonda convex a pie de cama. Nada más colocar la sonda en el torax se evidencia un derrame pericárdico que engloba toda la silueta cardíaca, se observa movimiento paradójico de tabique interventricular con colapso de aurícula derecha y ventrículo derecho, con "bamboleo cardíaco". Ante la inestabilidad del paciente, aunque no cumplía criterios de taponamiento cardíaco, se ingresó a cargo de Cuidados Intensivos. Donde le realizaron pericardiocentesis con liquido serohemorrágico, con origen neoplásico. Se realizó tac con contraste donde se vió una Carcinoma de Pulmón derecho con adenopatías mediastínicas ipsilaterales y contralaterales, adenopatías retroperitoneales, supraclaviculares y cervicales. Derrame pericárdico de probable origen neoplásico.

CONCLUSIONES

El uso de la ecografía clínica nos permitió un mejor manejo inicial de una patología que parecía común y menos grave. Así recalcar la importancia del uso de la ecografia en el día a día para ayudar en el diagnóstico y orientación de las patologías de urgencias.

P. #768

CUIDADO CON ESE DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

CRISTINA Martínez Espert, ALONSO Rizo Guerrero, LAURA Pérez Griñan, Marta García Zurita, ELODIA Pascual Pastor, JUAN García Prieto

Hospital Manises, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 58 años que acude a urgencias por un dolor autolimitado en hemitórax derecho tipo opresivo sin relación con en el esfuerzo, acompañado de nauseas, con posterior dolor abdominal generalizado más acusado en hemiabdomen superior, así como en flanco derecho e ingle derecha. A su llegada a urgencias dolor controlado sin analgesia. Refiere que el dolor fue tan intenso que no le dejaba moverse.
El paciente presenta como antecedentes personales hipertensión arterial. Niega consumo de tóxicos.
A la exploración física no se encuentra anormalidad en pulsos, ruidos cardiacos sin soplos audibles, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreañadidos y abdomen blando y depresible sin vísceras ni megalias. El paciente refiere que al levantarse de la camilla el dolor de la ingle derecha y hemiabdomen se reproduce, pero que cuando se queda en reposo cesa.
Se realiza ecocardiografia en la consulta para descartar patología cardiaca y abdominal sin encontrar líquido libre ni alteraciones de la contractilidad.
Se decide solicitar una analítica completa con bioquímica, hemograma y coagulación; así como una radiografía de tórax y abdomen.
Durante la estancia en urgencias a la espera de resultados, el paciente presenta de nuevo dolor de fuerte intensidad en ingle derecha, por lo que se decide reevaluar al paciente. Los pulsos femorales y pedios son simétricos, hay buen rellano capilar y el resto de exploración sigue siendo igual a la inicial.
Se administra analgesia con opidoides para el control del dolor, con mejoría del mismo.
En los resultados de la bioquimica y hemograma no se encuentra ningún valor alterado, siendo las troponinas negativas. El resto de pruebas complementarias no muestran ninguna alteración reseñable.
A la espera de los resultados de la coagulación, se vuelve a reexplorar al paciente porque refiere comenzar con parestesias en MII(miembro inferior izquierdo). En ese momento se vuelven a explorar los pulsos, que se encuentran disminuidos en MII respecto a MID.
Ante la sospecha de una disección de aorta se contacta de forma inmediata con el servicio de radiología para solicitar un AngioTAc y se pasa al paciente a una cama de observación con monitorización continua.
El paciente en todo momento se encuentra hemodinamicamente estable.
Se traslada al paciente al AngioTAC donde se confirma una disección aórtica tipo A que se extiende desde la raíz de la aorta hasta la arteria iliaca externa izquierda con signos de rotura incipiente contenida a nivel de la porción tubular, si derrame pericárdico.

Se contacta de forma inmediata con la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital y se comienza un manejo conjunto, mientras se realizan las gestiones necesarias para trasladar al paciente a un centro útil, ya que nuestro hospital es comarcal sin tener cirugía cardiaca.
Durante este tiempo el paciente se encuentra con buen estado general, pero con tendencia a la hipertensión y bradicardia, por lo que se comienza a administrar bolos de Urapidilo.
En todo el momento el paciente permanece estable y se gestiona el traslado al hospital de referencia en soporte vital avanzado, donde le esperan los cirujanos cardiacos y vasculares para la realización de una cirugía de urgencia.

CONCLUSIONES

Cuando una primera valoración del paciente no te da la suficiente información para poder llegar a un diagnostico, lo mejor es revalorar y volver a empezar. La importancia de saber que los pacientes y las enfermedades son dinámicas, nos tiene que hacer mantener la alerta y revalorar para poder determinar si el estado del paciente ha cambiado y tenemos ahí la clave del caso.
En este caso sin esa revaloración no hubiésemos llegado al diagnostico.

P. #772

DOCTORA, ¡NO MUEVO LA MANO!

Celia Herrera González, Vanisha Lilaram Lachmandas, Marta Cabrera Vera, Marta Bosa Santana, Aitana Barrios Trujillo, Raquel Pérez Jiménez

Hospital Universitario Nuestra Sra. de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

DOCTORA, ¡NO MUEVO LA MANO!
Mujer de 68 años, remitida desde Atención Primaria por pérdida de fuerza, parestesias, palidez y frialdad en su mano izquierda.
Antecedentes médicos. No constan alergias medicamentosas, tampoco consumo de tóxicos. Diagnóstico de polimialgia reumática por su médico de Atención Primaria. Sin medicación activa.
Enfermedad actual. Refiere que, desde hace 15 días, presenta pérdida de fuerza progresiva en su mano izquierda, así como parestesias en su tercer, cuarto y quinto dedo, y una lesión negruzca interdigital entre los dos primeros, junto con una palidez inicial, para continuar con un enrojecimiento y frialdad progresivas en la totalidad de la mano.
A la anamnesis dirigida, niega otros síntomas: amaurosis fugax, cefaleas, claudicación mandibular, úlceras orales o genitales, fiebre, pérdida de peso, etc.
Exploración física. Hemodinámicamente estable. En extremidad superior izquierda, se aprecia una mano eritematosa, caliente, brillante, con una úlcera necrótica interdigital y ausencia de pulso radial, braquial y axilar. Resto de pulsos en extremidades, preservados.
Pruebas complementarias. Analítica (PCR negativa, VSG 24, Cr 0.60 mg/dl, iones en rango, Hb 14 g/dl, plaquetas 369000/mm3, leucocitos 10250/mm3 (N 6610/mm3), coagulación normal).
Ante la sospecha de isquemia subaguda, se solicita valoración por Cirugía Vascular. Se llega a consenso y se solicita un escáner para visualización de vasos sanguíneos, con la siguiente conclusión: "Signos radiológicos que sugieren vasculitis de gran vaso, con afectación de arterias subclavia proximal izquierda, axilar y humeral proximal izquierdas, cayado aórtico y troncos supraaórticos".
Ante dichos hallazgos, se consulta con Reumatología y se cursa ingreso como sospecha de isquemia arterial subaguda secundaria a vasculitis de gran vaso. Se inicia tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, así como con corticoides a dosis plenas.

CONCLUSIONES

Rehistoriando a la paciente, especialmente preguntando por el antecedente de polimialgia reumática, ésta describe una clínica compatible con claudicación arterial intermitente tanto en extremidades inferiores (siendo ésto último lo más habitual) como en extremidades superiores, desde hace años, de carácter intermitente. Ello, orienta a una causa más vascular que al diagnóstico inicial de polimialgia reumática. Las vasculitis de gran vaso, en concreto, la arteritis de Takayasu, no es una patología frecuente. Teniendo en cuenta ésto y la presentación subaguda de la mayoría de sus síntomas, hacen que su diagnóstico se retrase, por eso no debemos darla por sentada especialmente si se trata de un/a paciente sin factores de riesgo cardiovascular.

P. #1015

NO QUEDAN DÍAS DE VERANO

Paloma Fernández Martín, Javier Jalvo Lorente, Marina María Mendoza Jiménez, Ana Herrera Rodríguez, Virginia Álvarez Rodríguez, María Victoria Olalla Martin

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años, con antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate 20mg inyectable semanal, que acude al servicio de urgencias por dolor en hemitórax izquierdo irradiado a ambos miembros superiores y espalda de minutos de duración. El paciente niega cortejo vegetativo asociado. Como antecedente de interés, el paciente refiere 4 episodios de dolor de características similares en los 15 días previos.

A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y con saturación de oxígeno del 100% respirando aire ambiente. A la exploración física, presenta una auscultación cardiaca rítmica sin soplos ni extratonos audibles y una auscultación pulmonar con un murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No presenta edema en miembros inferiores.

Se solicita un electrocardiograma (ECG) así como una analítica sanguínea con marcadores de daño miocárdico. En el ECG presenta ritmo sinusal a 80 latidos por minuto y ondas T picudas en las derivaciones V2-V4. El valor inicial de la troponina T hs fue de 130 ng/L, ascendiendo hasta 778 ng/L en la seriación enzimática solicitada a las 3 horas. En este momento se solicita valoración por parte del servicio de cardiología quien decide ingreso a su cargo por síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) de alto riesgo.

Durante su estancia en la unidad coronaria, el paciente se mantiene hemodinámicamente estable aunque con persistencia de dolor torácico a pesar de bomba de nitroglicerina. Así mismo, en ECG seriados se objetiva negativización progresiva de las ondas T en precordiales. Se decide entonces activar código infarto, se traslada al paciente a otro centro de referencia para cateterismo emergente donde se evidencia enfermedad de 2 vasos, la arteria descendente anterior (DA) media y medio-distal y la arteria coronaria derecha (CD). Se revascularizan dichas lesiones con stents farmacoactivos.

El paciente regresa a nuestro centro, presenta una evolución favorable y es dado de alta 5 días después.

CONCLUSIONES

El patrón electrocardiográfico descrito por «de Winter» en 2008 se caracteriza por ondas T simétricas y picudas asociadas a depresión del punto J en las derivaciones precordiales V1-V61. Este patrón se asocia a oclusión/suboclusión proximal de la arteria descendente anterior (ADA) a nivel proximal1. Característicamente hay ausencia de elevación del segmento ST, lo que hace que muchas veces se interprete como un SCASEST2. Según las series descritas, supone hasta el 2% de las oclusiones de la ADA1,3. Este patrón se encuentra más frecuentemente en varones jóvenes y con antecedente de dislipemia1,3.

Las ondas T picudas han sido descritas en la fase inicial del infarto agudo de miocardio (IAM) pero éstas suelen ser transitorias, desapareciendo a los pocos minutos, mientras que en el patrón descrito por «de Winter» éstas se mantienen 90 y 120 minutos. En el caso descrito, el patrón se mantuvo durante un tiempo no cuantificado ya que entre el ECG inicial a su llegada a urgencias y el ECG de la seriación enzimática no se registraron otros ECG. Este hecho es diferencial ya que habría permitido detectar la negativización progresiva de la onda T de manera precoz.

La correcta identificación de este patrón permitirá no retrasar el tratamiento de revascularización. A pesar de su importancia pronóstica, ni las guías europea ni americana de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios agudos lo recogen como un patrón de alto riesgo de progreso a IAM extenso.

El patrón de «de Winter» es un hallazgo electrocardiográfico raro pero muy grave. Se asocia a infartos extensos por oclusión incompleta de la ADA. El presente caso busca enfatizar la importancia de conocer dicho patrón y de realizar ECG seriados que nos permitan detectar cambios electrocardiográficos de manera precoz.

P. #1072

DE UNA NOCHE ROMÁNTICA A LA SALA DE CARDIOLOGÍA: WELLENS EN ACCIÓN

José Rubén García Montes[1][2], Diego José Castrillón Rodríguez[2], Erick Rodolfo Corpeño Monge[2], Gabriel José Carpio Guayamo[3], Jorge Hernán Agrado Vanegas[4], Giannina Milagros Escalante Matos[1]

1. CS Illescas, Illescas, España
2. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
3. CS Torrijos, Torrijos, España
4. CS Nambroca, Nambroca, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: Dolor torácico.
Antecedentes:
Paciente obeso, hipertenso, niega toxicomanías, en seguimiento por psiquiatría por cuadros de trastorno adaptativo y crisis de ansiedad.
Enfermedad Actual: Varón de 59 años, acude al servicio de urgencias en UVI móvil tras derivación de su centro de salud por dolor torácico. El cuadro se inicia con dolor opresivo en región centrotorácica-epigástrica de 5 horas de evolución, con intensidad Eva 10/10, irradiado a espalda y sin cortejo vegetativo. Refiere un episodio similar hace un mes durante la marcha, pero de menor intensidad. El dolor comenzó coincidiendo con el inicio de relaciones sexuales.
En el centro de salud se administra nitroglicerina con mejoría sintomática (EVA 2/10). Al llegar al hospital se encuentra asintomático y con constantes dentro de valores normales.
* Estado general: consciente, orientado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo, afebril.
* AC: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.
* AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.
* Abdomen: blando, depresible, sin dolor a la palpación. Blumberg y Murphy negativos.
* MMII: sin edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos.
Pruebas Complementarias:
* ECG en UVI móvil: Ritmo sinusal a 60 lpm, PR largo, QRS estrecho, ondas T negativas en V1-V6, que rectifican en registros posteriores.
* ECG en hospital: Ritmo sinusal, eje izquierdo, ondas T negativas con descenso del ST en I y aVL, patrón de Wellens tipo I en V2-V4.
* Analítica:
* Troponina T ultrasensible: 19.9 ng/L (se decide seriación a las 3 horas).
* Leucocitos: 15.6 x10^9/L (neutrofilia del 88.4%).
* Glucosa: 147 mg/dL.
* Creatinina: 0.90 mg/dL, FG estimado >90 mL/min/1.73m2.
* Proteína C reactiva: 1.1 mg/L.
* Ionograma sin alteraciones significativas.
* Radiografía de tórax: Sin alteraciones relevantes.
* Ecocardiograma transtorácico: FEVI 60%, hipertrofia septal moderada, aquinesia posterobasal, ligera dilatación de aurícula izquierda, aorta ascendente moderadamente dilatada (46 mm).
* Coronariografía (9 diciembre):
* Aneurisma fusiforme de tronco coronario izquierdo (TCI) de 8 mm de diámetro.
* Enfermedad de tres vasos: DA con lesión severa (75%), CD con lesión 50% distal.
* ICP con litotricia intracoronaria y DES en DA media.
Evolución: El paciente ingresa en Cardiología con telemetría por sospecha de síndrome de Wellens. Se mantiene estable hemodinámicamente y asintomático. Se confirma enfermedad coronaria severa con necesidad de intervención.
Diagnósticos:
1. Dolor torácico de etiología isquémica.
2. Síndrome de Wellens.
3. Enfermedad coronaria de alto riesgo.
Tratamiento:
* Cardiología: Antiagregación dual, estatinas, betabloqueantes, IECAs, nitratos y anticoagulación según protocolo.

CONCLUSIONES

Conclusiones:
El síndrome de Wellens es un patrón electrocardiográfico caracterizado por cambios en las ondas T en las derivaciones precordiales, que indican una estenosis crítica de la arteria descendente anterior izquierda (LAD). Este síndrome se asocia típicamente con angina inestable.
Los hallazgos electrocardiográficos característicos de Wellens incluyen ondas T invertidas profundas y simétricas o ondas T bifásicas en las derivaciones precordiales, especialmente en V2 y V3. Estos cambios suelen ocurrir en pacientes que han experimentado episodios de dolor torácico, aunque pueden estar asintomáticos en el momento de la evaluación.
La importancia clínica de este síndrome radica en su fuerte asociación con una estenosis significativa de la LAD, lo que conlleva un alto riesgo de infarto de miocardio anterior si no se realiza una intervención temprana, como la revascularización. La identificación precoz y el manejo adecuado, que generalmente incluye la angiografía coronaria y la colocación de stents, son cruciales para prevenir resultados adversos.
El paciente presenta un síndrome coronario agudo sin elevación del ST de alto riesgo, con hallazgos sugestivos de síndrome de Wellens, confirmándose enfermedad de tres vasos con necesidad de intervención coronaria percutánea. Su evolución es favorable, sin recurrencia de dolor torácico. Se programa seguimiento estrecho por Cardiología.

P. #1090

DEL ICTUS AL QUIRÓFANO, MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

Inés Romero Castilla, Lucía De La Puente Alonso, Pedro José Aparicio Aragó, Marta Elisa Vega Berzal, Guadalupe Huerta Rubio, Lucía Álvarez Cárcel

Hospital Universitario y Politécnico La Fé, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 61 años fumadora con antecedentes de sobrepeso, hipertensión arterial, ictus isquémico sin secuela y tiroidectomía total. Acude a urgencias trasladada por el Sistema de Atención Médica de Urgencias Médicas (SAMU) con cuadro de disartria, desviación de la comisura izquierda, debilidad en miembro superior derecho y pérdida de movilidad en miembro inferior izquierdo y miembro superior izquierdo. Se observa disminución progresiva del nivel de conciencia y hemiparesia izquierda. Se activa Código Ictus. A la exploración inicial se registra tensión arterial de 83/48 mmHg, frecuencia cardiaca de 53 lpm y saturación O2 de 82% en aire ambiente. La paciente está en coma (escala de Glasgow 3/15), requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

Se canaliza vía venosa femoral y se inicia manejo hemodinámico avanzado. Gasometría con hemoglobina de 12.4 g/dL, sin indicación de transfusión. Se realiza ecocardiograma a pie de cama descartando taponamiento cardiaco, observando buena contractilidad y ausencia de signos de sobrecarga, por lo que se administran 2000 mL de suero fisiológico.

Se continúa con el protocolo de ictus, se valora por parte de Neurología y de forma casual en la tomografía (TC) de perfusión se objetiva disección carótida por lo que se amplía con angioTC torácico observando disección aórtica tipo A de Stanford con extensión a grandes vasos, oclusión crónica de la arteria carótida interna izquierda, dolicoectasia de la arteria basilar. Se avisa a Cirugía Cardíaca y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La paciente es trasladada a quirófano para cirugía de urgencia. En planta, paciente con buena evolución, tolerancia a la deambulación sin ayudas y estabilidad hemodinámica. Se otorgan recomendaciones para seguimiento ambulatorio

CONCLUSIONES

1. Presentación atípica de la disección aórtica tipo A
- Este caso destaca la importancia de considerar el síndrome aórtico agudo en pacientes con síntomas neurológicos focales y compromiso hemodinámico, evitando la falsa seguridad en el diagnóstico inicial de ictus isquémico.

2. Valor del abordaje multidisciplinar en Urgencias
- La activación del Código Ictus permitió un diagnóstico temprano mediante TC de perfusión, lo que condujo a la detección incidental de la disección carotídea y la posterior ampliación del estudio con angioTC, evidenciando la disección aórtica. La rápida coordinación entre Urgencias, Neurología, Cirugía cardíaca y UCI fue clave para el manejo exitoso.

3. Importancia de la estabilidad hemodinámica en el manejo inicial:
- La presencia de hipotensión en un cuadro sospechoso de ictus debe alertar sobre causas no neurológicas. En este caso, el manejo precoz con fluidoterapia y monitorización invasiva permitió optimizar la perfusión tisular sin precipitar complicaciones adicionales.

4. Éxito del tratamiento quirúrgico urgente
- La cirugía inmediata con sustitución de la aorta ascendente y colocación de stent permitió la supervivencia de la paciente con una evolución postoperatoria favorable, logrando alta hospitalaria con independencia funcional.

En resumen, este caso subraya la necesidad de un enfoque integral y de la alta sospecha diagnóstica en urgencias ante cuadros neurológicos con signos de inestabilidad hemodinámica, optimizando la detección y manejo de patologías tiempo-dependientes como la disección aórtica tipo A.

BIBLIOGRAFÍA:

- Nienaber, C. A., & Clough, R. E. (2015). Management of acute aortic dissection. The Lancet, 385(9970), 800-811. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61005-9
- Pérez-Camargo D, Van-Hemelrijck M, Sromicki J, Mestres C. Diagnóstico y manejo del síndrome aórtico agudo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022 Mar 1;60(2):188-200. PMID: 35759570; PMCID: PMC10395884.

P. #1261

CÓDIGO AORTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Alma Pardo Ribera, Vicente Pla Jiménez, Luis Vicente Sáenz Casco, Joaquín Lacambra Escobedo, Pablo Trigo Millán, Mohammad Lobbad Kutit

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis:
Se trata de un varón de 82 años, hipertenso en tratamiento con manidipino, dislipémico en tratamiento con atorvastatina y con bloqueo completo de rama derecha. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor centrotorácico opresivo no irradiado de inicio brusco en reposo de 1 hora de evolución, que mejora en decúbito lateral derecho. Sin otra semiología cardinal cardiológica ni otra sintomatología por aparatos. Es triado naranja, según el sistema Manchester.
Exploración física:
Acude eupneico en reposo sin soporte ventilatorio. Inestable hemodinámicamente con cifras tensionales bajas de 79/63 mmHg, con estabilidad cronotrópica de 69 lpm y con auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Se desconocen datos de simetría de pulsos periféricos. Sin edemas en extremidades. Sin focalidad neurológica y afebril.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma en los 10 primeros minutos que se muestra sin nuevas alteraciones agudas; ecocardioscopia con función biventricular conservada, no valvulopatías, no derrame pericárdico, mala ventana supraesternal.
- Radiografía de tórax con botón aórtico prominente sin otros hallazgos.
- Analítica sanguínea con seriación de troponinas a su llegada y a la hora con marcadores miocárdicos en meseta, cénit 23.4 ng/L y Dímero D (DD) 28000 ng/mL, sin otras alteraciones significativas; Angiografía por Tomografía Computarizada (angio-TAC) de aorta completa que da el diagnóstico definitivo.

Juicio diagnóstico:
Disección aórtica hiperaguda tipo A (Standford) o tipo I (DeBackey) con origen en plano valvular y extensión al tronco braquiocefálico derecho.
Evolutivo:
Durante su estancia en urgencias se mantiene inestable con tensión arterial media cénit 65 mmHg. Clínicamente con dolor torácico 3/10. Tiempo total desde primer contacto médico hasta traslado: 3h 48min
Plan:
Se decide traslado inmediato al hospital de referencia del área con servicio quirúrgico especializado.
Resolución:
Es intervenido con tubo supracoronario sin incidencias. Buena evolución posterior. Buen control hipertensivo. Pendiente de rehabilitación cardíaca.

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico del Síndrome Aórtico (SA), ya sea hiperagudo, agudo o crónico, es un diagnóstico clínico y de imagen en el que las pruebas complementarias convencionales (electrocardiograma, analítica de sangre o radiografía de tórax) no han demostrado alta especificidad o sensibilidad, a excepción del DD y la ecocardioscopia con buena ventana, siendo el angio-TAC el gold standard.
2. Ante un paciente estable con baja sospecha de SA, el DD es de utilidad y tiene alto valor predictivo negativo, mientras que, en un paciente estable con sospecha alta, la ecocardioscopia parece razonable, aunque la ausencia de hallazgos no descarta SA. En caso de ser un paciente inestable con factores de riesgo cardiovascular, exploración física e historia clínica compatibles, no debemos retrasar el solicitar el angio-TAC de aorta completa en primera instancia, sin que el resto de pruebas retrasen el diagnóstico definitivo de imagen necesario para la preparación quirúrgica en los casos de SA tipo A o tipo B inestable.
3. Los factores de riesgo cardiovascular, la anamnesis y la exploración física son un punto clave para establecer el grado de sospecha. La presentación clínica puede ser variada, siendo el dolor de inicio brusco tipo torácico, abdominal o lumbar, irradiado o no, junto con asimetría o ausencia de pulsos periféricos y soplo de nueva aparición como los hallazgos más frecuentes.
4. El SA es una patología tiempo dependiente. Establecer un protocolo de “código aorta” en los servicios de urgencias y emergencias es determinante para una pronta planificación y derivación a los servicios de cirugía especializada.
5. La especialización de los servicios quirúrgicos en cirugía de recambio de aorta puede ser el factor responsable del aumento de la supervivencia, mientras que la mejora en los métodos diagnósticos parece no ser significativo. El tratamiento en urgencias consiste en el control hipertensivo, con tensión arterial sistólica inferior a 120 mmHg y control de la frecuencia cardíaca.

P. #1469

DELIRIUM HIPERACTIVO MONITORIZADO...¿?

Julieta Sonia Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Anton, Audrey Morales Rodríguez, Marta Crespillo Peralta, Mario Ernesto Agreda Fernández, Noiva Díaz García

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 79 años con antecedentes personales de HTA, Síndrome ansioso depresivo en tratamiento y esófago de Barret con displasia de bajo grado diagnosticado en 2018 que es traído por el SUMMA 112 al servicio de urgencias por desorientación. Refiere la familia inicio de síntomas respiratorios (tos y rinorrea) hace unos 10 días, tras contacto con un familiar con gripe. En los días siguientes comienza con diarrea profusa y gran quebrantamiento del estado general. No fiebre termometrada en domicilio aunque si refieren astenia e hiporexia importante. Esta mañana su esposa lo encuentra desorientado, agitado y delirante por lo que avisa a los servicios de emergencia. A la llegada a urgencias el paciente se encuentra agitado, con discurso incoherente y difícilmente contenible. Es triado como nivel 3, se le realizan analítica de sangre y orina, radiografía de tórax y TAC craneal. Se le administran neurolépticos para intentar sedación. En la bioquímica destacan hipocalemia (2,9), hipocalcemia (6,4 corregido) e hipomagnesemia severas (0,6). Se inicia reposición urgente, presentando el presentando el paciente crisis tonico-clonica generalizada, siendo trasladado de forma urgente a la Sala de Críticos. A su llegada a la sala de emergencias el paciente impresiona de gravedad, se encuentra frio, mal perfundido y con livideces generalizadas, a los pocos segundos de su monitorización presenta taquicardia de QRS ancho a 220lpm, con pulso, autolimitada, el paciente se intuba por intensa agitación, se continua reposición rápida con gluconato cálcico, sulfato de magnesio y cloruro potásico. En gasometría venosa de control el paciente presenta hiperlactacidemia de 15, acidosis mixta y resto de alteraciones inonicas ya reseñadas, en los siguientes minutos se logra estabilidad hemodinamica con ritmo sinusal a 80 lpm, por lo que el paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos con juicio clínico de crisis tónico clónica en contexto de hipomagnesemia, hipocalcemia severa e hipocalemia por perdidas gastrointestinales. GEA, delirio hiperactivo y Torsade de puntas en ese contexto.

CONCLUSIONES

El magnesio es el catión extracelular más abundante en el cuerpo humano y el segundo más abundante intracelular después del potasio. Es esencial para la transferencia, almacenamiento y utilización de la energía como regulador y catalizador de más de 300 sistemas enzimáticos. La hipomagnesemia puede producir una variedad de anormalidades metabólicas y consecuencias clínicas diversas como tetania, debilidad muscular, temblores, nauseas y vómitos, anorexia, fatiga, confusión y alteración del estado mental, hipertensión, alargamiento del QT; arritmias y convulsiones. La hipomagnesemia severa, especialmente cuando es secundaria a pérdidas digestivas, puede tener consecuencias graves, como la Torsade de Pointes. Es crucial que los profesionales de urgencias estén atentos a los signos y síntomas que puedan indicar un desequilibrio electrolítico. Es importante conocer que la mayoría de pacientes con hipomagnesemia no presentan síntomas, y que de aparecer lo hacen cuando la concentración de magnesio plasmática desciende a valores inferiores a 1,2 mg/dl. Además, la hipomagnesemia se presenta acompañada por otras alteraciones electrolíticas, como hipopotasemia e hipocalcemia, lo cual hace difícil distinguir las manifestaciones clínicas relacionadas solamente a la deficiencia de magnesio. El tratamiento de la hipomagnesemia en situación urgente debe ser integral, abordando tanto la corrección de los niveles de magnesio como la identificación y manejo de la causa subyacente de las pérdidas digestivas. La identificación temprana de la Torsade de Pointes en pacientes con hipomagnesemia es vital para prevenir complicaciones potencialmente mortales. La monitorización continua del ritmo cardíaco y la evaluación de los electrolitos son esenciales en el manejo de estos pacientes. Es fundamental fomentar la educación sobre la rehidratación oral y los síntomas que han de vigilar en los casos de gastronteritis aguda, para prevenir los desequilibrios electrolíticos, y evitar consecuencias graves secundarias.

P. #1512

DOLOR TORACICO TIPICO

JUAN DIEGO Isidoro Palmerin[1], María DOLORES Romero Maurelo[2], ANA Belén Berzosa Ortega[1], Marcelo Alberto Lazo Carballo[1], María DEL MAR Loring Rodríguez[1], Paola Carolina Guerrero Flores[1]

1. Hospital Can Misses (ASEF), Ibiza, España
2. Hospital Publico Santa Barbara (SESCAM), Puertollano, España

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 57 años con antecedentes de disección espontánea del tronco celíaco (manejo conservador en 2020), hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL). Es trasladado a Urgencias por dolor torácico opresivo en hemitorax izquierdo, irradiado al cuello, acompañado de náuseas, sudoración y mareos, sin disnea ni palpitaciones.
ECG: Bradicardia sinusal, onda T negativa en DIII y aVF sin cambios evolutivos. Troponinas: Elevadas iniciales 134-145. Dímero D: 20,500. TAC: Disección de aorta torácica descendente (Stanford B), hemopericardio (11 mm), posible edema pulmonar intersticial. AngioTAC: Disección aórtica aguda con hematoma periaórtico y extensión retrógrada hasta el arco y aorta ascendente.
Manejo inicial en nuestro servicio como SCASEST, con nitroglicerina, oxigenoterapia y control hemodinámico. La duda razonable del TEP teniendo en cuenta la necesidad evolutiva de soporte con oxigenoterapia. Y el descubrimiento de un aneurisma retrogrado con la consecuente cirugía cardiaca emergente (14/01/2025): Sustitución de aorta ascendente y arco aórtico con prótesis, reimplante de tronco braquiocefálico, carótida izquierda y ligadura de subclavia izquierda.

OBJETIVO

Manejo de una de las patologías tiempo dependiente con mayor mortalidad, por la medicina de Urgencias. El reconocimiento por parte de los profesionales es fundamental para disminuir los tiempos y como consecuencia la nefasta estadística, más en un Hospital comarcal.

MÉTODO

Caso clínico. Observacional.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Dada la vigilancia por parte de la Medicina de Urgencias, las dudas diagnosticas en la evolución del cuadro de nuestro paciente hicieron que se fueran descubriendo las características del diagnostico final y la rápida intervención que salvara su vida. No todo es un IAM aunque se compartan síntomas.

CONCLUSIONES

El manejo de una patología tan emergente y con una elevada morbimortalidad no debe pasar desapercibida por un médico de Urgencias, ya que aunque la baja prevalencia dentro de las patologías cardíacas y por las características especificas de nuestro paciente, hubiera sido comprensible.

P. #1790

RESUMEN DE UN PRIMER MANEJO EN URGENCIAS DE LA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

Mercedes Paula Fernández Presa, Eva Sofía Barros Rego

Complexo Hospitalario Universitario, A Coruña, España

INTRODUCCIÓN

Se trata de la exposición de un caso clínico del servicio de urgencias del hospital de tercer nivel de A Coruña en el que una mujer puérpera de 33 años acude con disnea y dolor torácico. En la exposición del caso se hace una descripción de los antecedentes personales de la paciente, la enfermedad actual, la exploración física y las pruebas complementarias realizadas. Posteriormente una mención del tratamiento y del manejo en un primer momento. En el desenlace del trabajo se muestra un resumen del adecuado manejo de estas paciente en urgencias, según una revisión bibliográfica, para finalizar con las conclusiones.

OBJETIVO

Dar visibilidad a la miocardiopatía periparto de una manera esquemática para que profesionales de la salud la tengan en cuenta en sus diagnósticos diferenciales en un futuro.

MÉTODO

Revisamos historia clínica en programa informático IANUS. Realizamos revisión bibliográfica sistemática a través de las siguientes plataformas:
- Buscador bibliográfico de nuestro sistema de salud gallego: Bibliosaúde y Mergullador, con las palabras clave “peripartum miocardiopathy”.
- Buscador de literatura científica como PUBMED y Google Academy, con las palabras clave “peripartum miocardiopathy”.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Para tener una alta sospecha clínica debemos saber que más del 50% de las MCPP se producen en embarazadas o puérperas de más de 30 años con riesgo o historia de Preeclampsia. También tener en cuenta otros factores de riesgo como embarazo múltiple, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, síndrome de HELLP, malnutrición, edad materna y el uso prolongado de agentes tocolíticos B-agonistas.
Posteriormente, reconocer los síntomas más frecuentes como disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de miembros inferiores (también vulvar y/o perineal), dolor torácico y tos; aunque la presentación puede ser directamente el shock cardiogénico. En la exploración física podremos ver ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares, taquipnea, taquicardia, soplo mitral o tricuspídeo.
Una vez tengamos la sospecha, para el correcto diagnóstico debemos solicitar ECG, Gasometría Arterial en caso de sospecha de hipoxemia, bioquímica, hemograma, coagulación, marcadores como NT-proBNP, Troponina I, Dímero D y radiografía de tórax. Es de gran ayuda incorporar la ecografía clínica en la

exploración física para poder identificar la FEVI reducida.
La MCPP es un diagnóstico de exclusión, por lo que debemos descartar: TEP, Embolismo de líquido amniótico e Infarto Agudo de Miocardio, en un primer momento. Posteriormente, descartar que pueda tratarse de otro tipo de miocardiopatía.
Adjunto tabla de los tratamientos farmacológicos disponibles y su seguridad según el diagnóstico se realice en periodo de parto o puerperio.

CONCLUSIONES

- Podemos ver que en el caso clínico de nuestro hospital de tercer nivel hubo una adecuada sospecha diagnóstica en el primer momento, en parte gracias a la ecocardiografía precoz.
- Los pilares fundamentales para un diagnóstico precoz de la MCPP son una alta sospecha clínica, la elevación del NT-proBNP y la ecocardiografía precoz.
- Es importante tener en cuenta las diferentes situaciones de las pacientes según si el diagnóstico se realiza en periodo de embarazo o puerperio y las diferentes opciones terapéuticas seguras en cada una de ellas.

P. #1815

PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN URGENCIAS: IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL SÍNDROME DE WELLENS

Joan Cremades Rodríguez, Inés Romero Castilla, Laura Sánchez Suárez

Hospital la Fe, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y tabaquismo activo al margen de fibrilación auricular anticoagulada con apixaban, que consulta por cuadro de disnea, habiéndose presentado como disnea paroxística nocturna, sin aparente dolor torácico ni sudoración.
Inicialmente, desde los servicios de emergencias extrahospitalarios se plantea una primera aproximación diagnóstica en torno al broncoespasmo, dado que no ha presentado dolor en ningún momento, y la clínica cardinal que presenta es disnea, aunque sin tos ni fiebre, con desaturación en domicilio en torno al 90 %, pautando tratamiento broncodilatador y corticoideo con escasa respuesta, hecho por la que la remiten a urgencias hospitalarias para valoración y pruebas complementarias. No consta en historia exploración pulmonar prehospitalaria.
A su llegada, no aparente semiología de broncoespasmo, con exploración sin sibilantes, y en la anamnesis dirigida la paciente discrimina esta disnea como disnea de esfuerzo, por lo que dada la carga vascular se solicita ECG como primera prueba complementaria con sospecha de equivalente anginoso de esta disnea, donde se objetiva fibrilación auricular (ya conocida), con respuesta controlada, pero con descenso de onda T simétrica en todas las derivaciones precordiales, no presente en estudios previos. Con sospecha de SCA de alto grado, en concreto, síndrome de Wellens, se contacta con la UCI para activar código infarto.
Se realiza así mismo, una vez activado el protocolo para cateterismo urgente, una ecografía a pie de cama, observando AI dilatada, FEVI moderada a severamente reducida e hipocinesia del septo completa. Paralelamente se objetiva también patrón B7 bilateral y simétrico, patrón de consolidación en PLAPS derecho con base en pleura diafragmática y derrame pleural anecoico asociado y cuantioso con atelectasia en su interior. Posteriormente se realiza radiografía de tórax portátil confirmando presencia de IVI.
Se inició tratamiento con furosemida iv y adiro 300 mg en urgencias.

CONCLUSIONES

El síndrome de Wellens es una entidad no tan infrecuente como se piensa, pues en literatura se ha descrito en torno a un 14-18 % de los pacientes con angina inestable, en la que existe muy alto riesgo coronario, por lo que identificar los patrones típicos en la electrocardiografía correlacionando la clínica de nuestros pacientes es clave para evitar un desenlace fatal a corto plazo. En este caso, la paciente presentaba alta carga vascular por antecedentes y clínica de dolor torácico típico, por lo que tras el ECG se activó código infarto para la revascularización precoz dentro del servicio de urgencias.

P. #1957

CÓDIGO ERRÓNEO: UN ICTUS QUE NUNCA FUE

Paula Medina Alcalde, Deborah Prats Florez, Manuela De Blas Rodríguez, Fuensanta Casas Galán

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
No alergias medicamentosas de interés. No hábitos tóxicos
No antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. No tratamiento médico habitual
ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente varón de 59 años sin antecedentes de interés ni factores de riesgo asociados. Acude a Urgencias porque mientras se encontraba trabajando sufre episodio sincopal que asocia a sobreesfuerzo. Tras ello, sus compañeros comienzan a notarlo desorientado en tiempo y espacio, con habla enlentecida por lo que contactan con dispositivo móvil de Urgencias.
A la llegada de este,paciente afásico, desorientado. Tensión arterial 100/50 mmHg. Frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto. Glucemia 110 mg/dl. Se procede a traslado a Hospital de referencia. Durante el traslado, administración de carga de suero fisiológico previa canalización de vía venosa periférica.
A su llegada al servicio de Urgencias hospitalario el paciente refiere mejoría clínica. Se encuentra orientado en tiempo pero desorientado parcialmente en espacio. No recuerda nada de lo ocurrido. Refiere parestesias en miembro inferior derecho.
A la exploración: Tensión arterial 90/50. Frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto. Evidente bradipsiquia. Pupilas isocóricas y normorreactivas.Sin clara focalidad neurológica. Hemiparesia 3+/5 y hemihipoestesia derecha.
Se administra analgesia y nueva carga de sueroterapia y se contacta con Neurología que,tras valoración del paciente, decide activar Código Ictus. Se solicita TC cráneo sin contraste y Angio-TAC, al que el paciente acude junto al médico de Urgencias.
Durante el procedimiento, el paciente comienza con empeoramiento brusco del estado general. Sudoroso, con marcada palidez cutánea. Nauseoso. Tensiones 80/50 mmHg. Epigastralgia asociad.
Ante empeoramiento y sospecha clínica, se administra noradrenalina intravenosa y se solicita a facultativo de Radiología ampliar prueba de imagen a Angiotac de aorta torácica y abdominal
El radiólogo informa verbalmente de disección de aorta hasta ilíacas, con informe posterior:
Disección de aorta torácica ascendente (tipo A Stanford) Flap intimal desde raíz aórtica siguiendo longitudinalmente aorta torácica y abdominal con prolongación por iliaca izquierda siguiendo por iliaca externa y femoral común izquierdas. Asocia disección de troncos supraaórticos (flap intimal en carótidas comunes y subclavia izquierda). Los troncos viscerales celíaco, arteria mesentérica superior e inferior y arteria renal derecha se originan a partir de la luz verdadera. La arteria renal izquierda se origina a partir de la luz falsa, asociando realce tardío de la cortical renal izquierd .Colapso parcial de la luz falsa a nivel del arco aórtico.Dilatación aneurismática de aorta torácica ascendente de 5x5 cm en plano axial
Acudimos de nuevo al cuarto de críticos. Se contacta con el servicio de Cuidados Críticos y Cirugía Cardiovascular. Se decide trasladar al paciente a quirófano. Se realiza intervención Urgente a través de Esternotomía Media y bajo circulación extracorpórea. Sustitución de aorta ascendente con tubo Gelware.
Tras la intervención, el paciente evoluciona favorablemente. Extubado tras 12 horas de sedación tras cirugía, sin signos de focalidad neurológica, persistiendo amnesia anterógrada aunque con franca mejoría a las 36 horas, se contacta previa al alta con neurología que confirma exploración (sin focalidad y mejoría de sintomatología previa); aunque indica TAC craneal de control, sin hallazgos significativos. Desde su ingreso sin necesidad de apoyo inotrópico o vasoactivo. No disnea ni necesidad de apoyo respiratorio tras extubación. Dolor controlado. Se realiza además ecocardiograma y radiografía de control.
Finalmente, se decide alta a domicilio con ajuste de tratamiento e insistiendo en control estricto de factores de riesgo, incluyendo cita de revisión en Consulta Externa de Cirugía Cardíaca para seguimiento postoperatorio.

CONCLUSIONES

El caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial en síntomas neurológicos súbitos, donde una disección aórtica puede simular un ictus, requiriendo una evaluación clínica exhaustiva y pruebas de imagen para evitar tratamientos erróneos que podrían ser fatales.

P. #2012

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN URGENCIAS

Imma Tormos Miñana[1], Sara Gutiérrez Pérez[1], Luis Picazo García[2], Paula I. Navarro Gascón[3], Lucía Díaz Escrihuela[3], Àngela Soler Sanchis[4]

1. Hospital Universitari la Ribera, Alzira, Valencia, España
2. Servicio de Emergencias Sanitaria, Comunitat Valenciana (SESCV), Valencia, España
3. Hospital Universitari Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España
4. Departament d'Infermería i podología, Universitat de València, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, y su diagnóstico temprano es crucial para mejorar los resultados clínicos. El Sistema de Triaje Manchester (MTS) es ampliamente utilizado en los servicios de urgencias para priorizar pacientes basados en sus síntomas y gravedad. Sin embargo, la presentación clínica atípica de algunos pacientes con IAM puede resultar en errores en su clasificación y retrasos en el tratamiento adecuado. Este proyecto piloto busca analizar la efectividad del MTS en la identificación temprana y correcta priorización de pacientes con IAM en un entorno real de urgencias.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es evaluar la capacidad del Sistema de Triaje Manchester para identificar de manera temprana y priorizar adecuadamente a los pacientes que presentan síntomas compatibles con un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

MÉTODO

Este proyecto se diseñará como un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población objetivo será todos los pacientes adultos (≥14 años) atendidos en un servicio de urgencias entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. La muestra incluye pacientes triados con los diagramas del MTS, como mal estado general, dolor abdominal, disnea y dolor torácico.
Se analizarán variables sociodemográficas y clínicas (tiempos de espera, prioridad en el triaje, alteraciones en constantes vitales y troponinas). Los datos se extraerán de las historias clínicas respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se espera que los resultados de este estudio permitan identificar áreas de mejora en la implementación del Sistema de Triaje Manchester, optimizando el proceso de priorización y reduciendo los tiempos de atención en pacientes con IAM. También se espera obtener datos valiosos sobre la relación entre antecedentes cardíacos y los pronósticos de estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares sugieren que el Sistema de Triaje Manchesteres unapriorización de pacientes con síntomas compatibles con Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
Además, se controlará que los antecedentes personales relacionados con enfermedades cardíacas (como hipertensión y diabetes) influyen significativamente en la clasificación del triaje y el manejo posterior del paciente. De igual forma, los valores anormales de troponina se correlacionaron estrechamente con el destino final de los pacientes, demostrando que este marcador sigue siendo fundamental en la toma de decisiones clínicas.
Finalmente, la optimización de los tiempos de espera dentro del servicio de urgencias es un área que requiere mejoras, especialmente en pacientes con alteraciones en las constantes vitales a su llegada. Los resultados obtenidos en este estudio pueden contribuir a perfeccionar el uso del sistema de triaje, promoviendo una intervención más rápida y precisa en casos de IAM.

P. #2139

KOUNIS: UNA ALERGIA DE INFARTO

Pau Olivares Sanzo[1], Joan Pere Fabregat Sanjuan[2], Lluís Marquès Amat[3], Josep Montserrat Capdevila[1], Albert Romero Gracia[1], Sergio Jiménez Valero[1]

1. Institut Català de la Salut, Lleida (lérida), España
2. Servei d'Emergències Mèdiques, Lleida (lérida), España
3. Gestió de Serveis Sanitaris - Hospital Universitari de Santa María, Lleida (lérida), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 78 años que hallándose de espectador en un evento deportivo inicia edema i eritema facial, motivo por el que se dirige a urgencias de atención primaria.
En el trayecto inicia disnea y dolor centro-torácico opresivo, que incrementa hasta una escala de valoración del dolor de 10/10 con sensación de "muerte inminente" e importante diaforesis.
X: sin hemorragias activas A: permeable
B: saturación 92%, taquipnea >30, auscultación con crepitantes bibasales
C: palidez cutánea, inicialmente bradicardia extrema, que regulariza a frecuencia cardiaca (FC): 82 latidos por minuto y tensión arterial 130/92 mmHg
D: neurológica normal
E: piel pálida, diaforética con rash cutáneo troncular y en extremidades superiores.
Se monitoriza, se aporta oxigeno (02), se toma acceso venoso y electrocardiograma (EKG) en el que se constata elevación del segmento ST en las derivaciones II, III y AvF.
Ante la sospecha de Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST (IAM) de cara inferior se activa código IAM y se administra cloruro mórfico (2cc), nitroglicerina sublingual (2 puff) y ácido acetilsalicílico 250 mg cediendo el dolor a 3/10.
Adicionalmente se administra actocortina y se nebuliza al paciente con broncodilatadores.
A la llegada de la unidad de soporte vital avanzado se repite monitorización con EKG que confirma elevación del ST en cara inferior (II III y AVF de más de 1 mm), de inicio en menos de 30 minutos y se decide activar código IAM y, por isócronas y protocolo se acude a un centro con opción de angioplastia primaria.
Protocolariamente se administra al paciente clopidogrel como segundo antiagregante vía oral, omeprazol endovenoso (ev) y 2 mg de cloruro mórfico endovendoso, granisetrón endovenoso por la aparición de nauseas, nitroglicerina vía oral 2 puff nuevamente y ante el rash troncular y en extremidades una dexclorfeniramina endovenosa.
El dolor mejora a 1/10 durante el traslado y el paciente llega al hospital, a la sala de hemodinámica directamente donde y ante la clínica de rash y disnea se decide administrar adrenalina, actocortina y dexlcorfenamina resolviendo completamente el dolor, broncosespasmo y rash.
Se realiza coronariografía:
tronco común izquierdo, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha sin estenosis.
Conclusión: no hay lesiones agudas ni lesiones segmentarias.
En la analítica de llegada se toma una muestra para determinación de triptasa basal durante el episodio.
Se orienta el caso como un síndrome coronario agudo (SCA) secundario a una reacción de hipersensibilidad, conocido como SÍNDROME DE KOUNIS
Se trata de una patología infradiagnosticada, producida por los mediadores inflamatorios y vasoespásticos de una respuesta alérgica, dónde principalmente la degranulación de los mastocitos y la liberación de histamina generan una cascada inflamatoria y vasoactiva que causa un vasoespasmo coronario conocido cómo síndrome de Kounis.
No hay estudios y hay pocos registros en la literatura médica.
Se la clasifica en 3 tipos según el estado previo de las arterias coronarias y la obstrucción que genera el vasoespasmo sobre estas y, en casos graves puede llegar a causar un SCA que requiera revascularización.
El tratamiento se basa en el correcto diagnóstico, que se define por la presencia de síntomas cardíacos durante una reacción alérgica.
Se puede confirmar con una angiografía coronaria y el tratamiento es simultáneo: de la reacción de hipersensibilidad y la clínica cardiológica (del síndrome coronario agudo).
Finalmente, la triptasa basal del paciente (positiva) lo confirmó y se derivó a alergología para estudio.

CONCLUSIONES

Es esencial que los médicos estén familiarizados con esta entidad (SCA de tipo vasoespástico, proco frecuente, de etiología alérgica) y consideren su diagnóstico para iniciar el tratamiento.
La educación del paciente y la identificación de los desencadenantes específicos son fundamentales para prevenir futuros episodios.

P. #22

NO SIEMPRE SON UNAS SIMPLES EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES

María Isabel López López[1], Marta Ordóñez Espinosa[1], Ana Navarro Robles[2]

1. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Málaga, España
2. Hospital Valle del Guadalhorce, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años, como único antecedente de interés hipertensión arterial en tratamiento e independiente para las actividades básica de la vida diaria, que acude a urgencias en ambulancia por epigastralgia súbita no irradiada, que comenzó hace una hora, y que se acompaña de cortejo vegetativo. Niega disnea, palpitaciones o síncope. Niega síntomas de insuficiencia cardiaca. Niega también transgresión dietética. Afebril en todo momento.
EXPLORACIÓN:
Tensión arterial 140/85 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96 % basal. Auscultación cardiorespiratoria anodina.
Abdomen blando y doloroso a la palpación en epigastrio con signo de Murphy dudosamente positivo.
Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Electrocardiograma: eje normal. Ritmo sinusal a 86 latidos por minuto. Extrasístoles ventriculares frecuentes (con alguna racha de trigeminismo). Ondas T negativas en cara inferior y de V3-V6.
Analítica de sangre: hemograma sin alteraciones. Bioquímica con perfil hepático y renal normal, troponinas 13. Gasometría venosa sin alteraciones.
Radiografía de tórax en la que se observa un índice cardiotorácico en el límite superior de la normalidad. No infiltrados ni condensaciones.
El paciente refiere mejoría clínica tras la administración de analgesia y antieméticos, pero en el electrocardiograma sigue presentando extrasístoles ventriculares frecuentes con alguna racha de trigeminismo.
Se comenta caso con Cardiología de guardia de hospital de referencia para valoración.
Se realiza ecocardiograma por parte de Cardiología en el que se describe: miocardiopatía dilatada de novo con función sistólica severa-moderamente deprimida.
El paciente sigue negando síntomas de insuficiencia cardiaca previamente.

CONCLUSIONES

Ante cualquier epigastralgia, sobre todo si ésta es de novo, deberíamos solicitar un electrocardiograma para descartar causa cardíaca, ya que los paciente suelen localizar el dolor cardíaco en epigastrio.
Aunque las extrasístoles ventriculares suelen ser hallazgos frecuentes y anodinos en la mayoría de los casos, debemos ser cautos en su interpretación, principalmente si éstas son repetitivas, ya que pueden ser la clave para el diagnóstico de numerosas miocardiopatías.

P. #33

SÍNDROME DE KOUNIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alba Gangolells Sabata[1], Ángel Olucha Cañizares[2]

1. Althaia, Manresa, España
2. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 69 años exfumador con antecedentes de hipercolesterolemia, Insuficiencia renal crónica y cardiopatia isquémica con By pass en Descendete anterior (DA) (1999) y infarto agudo de miocardio anterior (2021) donde se implantó stent en DA.
Inicia tratamiento por Infección urinária con amoxicilina. A los 15 minutos, durante un trayecto en coche, presenta prurito, calor y dolor centrotorácico intenso irradiado a brazo izquierdo, acompañado de mareo con perdida transitoria de la consciencia, perdiendo el control del vehículo y provocando una colisión contra un muro.
Se activa unidad avanzada por accidente de tráfico en paciente con posible trauma torácico.
A nuestra llegada, paciente consciente i orientado, nervioso, sin lesiones traumáticas aparentes, refiriendo dolor torácico opresivo que irradia a brazo izquierdo,y que le recuerda al evento coronario que tuvo en 2021. Destaca hipotensión y rash cutaneo en la exposición. En electrocardiograma (ECG), ritmo sinusal a 85 latidos por minuto, QRS estrecho con elevación de ST en cara inferior y depresión mínima en V2-V3, ligera imagen especular DI y aVL.
Se orienta el cuadro como reacción anafiláctica mas posible sindrome coronario agudo (SCA), infarto inferior Killip I. Administramos tramiento con adrenalina intramuscular, corticoides endovenosos y antihistaminícos. A los 8 minutos, cedido el dolor torácico, se repite ECG que no muestra canvios respecto al previo, por lo que se activa código IAM. Se aplica tratamieno antiagregante y se traslada a centro de referencia de hemodinámica.
En la coronariografia se observa: severa calcificación coronaria, enfermedad de dos vasos (DA posteior 100% con bypass vs a DA con stent antiguo permeable y coronaria derecha 40% con imagen de trombo intraluminal con flujo TIMI3). Se realiza Tomografia de coherencia óptica (OCT) que muestra disección intimal con trombo no oclusivo. S'administra bolus de Tirofiban, se inicia tratamiento farmacológico con triple terapia (Ácido acetil salicílico, ticagrelor y heparina).
Se retorna paciente a planta de cardilogia hemodinamicamente estable, con ECG normalizado.

CONCLUSIONES

El sindrome de Kounis (SK) o infarto alérgico se define como aquel síndrome coronario agudo desencadenado por una reacción de hipersensibilidad. Se definen tres tipos de variantes: la tipo I (mayoritaria; 72%) en la que se produce vasoespasmo con arterias coronarias sin lesiones. La de tipo II, donde sobre una base de enfermedad ateroesclerótica aparece vasoespasmo, erosión o ruptura de placa. Y la de tipo III, en el que se produce trombosis de stent previamente implantado. En nuestro caso,

estamos ante un SK Tipo II.
En la actualidad la prevalencia del síndrome es desconocida dado que es una patología que poco se sospecha, siendo infrecuente e infradiagnosticada, de ahí que en nuestro caso, activados y bajo la sospecha de un paciente con trauma torácico, no relacionamos el SCA con la anafilaxia.
Como conclusión, ante un dolor torácico acompañado de síntomas alergicos nos debe despertar la sospecha que estamos ante un posible SK, por lo que se deberia incluir el ECG como exploración complementaria para descartarlo.

P. #38

RETORNO DESCRIBIMOS UN CASO DE UN PACIENTE DE 54 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE TABAQUISMO, SIN OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR, QUE CONSULTA POR DOLOR TORACIO Y DOLOR PRECORDIAL TIPO OPRESIVO DE 1 H DE EVOLUCIÓN.

EL ECG ES COMPATIBLE CON UN IAM EXTENSO, PRESENTA UNA PCR, POR LO QUE SE INICIA RCP.

DURANTE LAS COMPRESIONES EL PACIENTE PRESENTA UN RETORNO A LA CONSCIENCIA CON APERTURA OCULAR, RESPIRACIONES ESPONTÁNEAS Y MOVIMIENTOS OCULARES, AL INTERRUMPIR LAS COMPRESIONES SOSPECHANDO ROSC, EL PACIENTE ESTÁ EN FV. ESTE FENÓMENO OCURRE EN DOS OCASIONES DURRANTE LA RCP, AL INTERRUMPIR LAS COMPRESIONES VUELVE A FV

Izaskun Tellitu Franco, Mónica Folque Vilanova
1. Hospital Comarcal Móra d'Ebre, Móra D'Ebre, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos llaman desde el 112 al helicóptero medicalizado en el que trabjamos y acudimos al lugar. Antes de nuestra llegada ha acudido el personal del centro de salud, quienes le han administrado 250 mm de AAS y 2 puffs de nitroglicerina sublingual ya que el paciente se encontraba hipertenso en ese momento y no disponían de ECG.
A nuestra llegada el paciente esta palido y sudoroso, refiere dolor centrotoracico opresivo que no se ha modificado. Sus signos vitales al ingreso son:
Frecuencia cardíaca 33lpm, TA : 83/40mmHg, Frecuencia Respiratoria : 28 rpm, Temperatura : 35°C y SatO2 : 94% aire ambiente.
El paciente se encontraba colaborador, yugulares no ingurgitadas, sin edemas, murmullo vesicular presente y sin estertores pulmonares. Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos.
ECG compatible con IAM anterolateral
Al repetir el ECG el paciente presenta una TV sin pulso seguido de una FV.
Se inician las compresiones, Se abandonan las compresiones y se revalora: sin respuesta, sin pulso y con respiración agónica. Se chequea ritmo evidenciando Fibrilación Ventricular (FV).
Se retoman las compresiones y ventilaciones retornando nuevamente el paciente a laconciencia. Se interpreta como retorno a la conciencia durante la reanimación. Sin la desconexión de los otros monitores se realiza desfibrilación de su FV, continuando inmediatamente con compresiones se valorapulso, persistiendo FV. Se administra amiodarona 300 mg y adrenalina 1mg. Se decide realizar una fibrinolisis con TNK y hacer una RCP prolongada ya que se trata de una causareversible, pese a eso el paciente presenta una asistolia y tras 1 hora de RCP sin pulso se interrumpen las maniobras.

CONCLUSIONES

Se han reportado varios casos de retorno a la conciencia durante la reanimación por lo que éste no es un fenómeno nuevo.
No existe una definición exacta acerca del retorno a la conciencia durante la reanimación aunque lo más frecuente son movimientos dirigidos, gemidos, apertura ocular que cesan con la interrupción de las compresiones.
El retorno a la consciencia puede confundir al equipo e interrumpir las compresiones más de lo necesario, disminuyendo la probabilidad de que la PCR se revierta, hay autores que recomiendan la sedación en estos casos.

P. #48

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS, DESENMASCARANDO UN CASO DE SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Gabriel Rivera Saltos, Lucía Pérez García, Luis-Alejandro Santoyo Contreras

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 63 años, tabaquismo, hipertensión arterial esencial, dislipemia, exconsumidor de drogas por vía parenteral, seguimiento en consulta externa de Aparato Digestivo por hepatitis crónica por virus hepatitis C genotipo 2 tratado con sofosbuvir y ribavirina, en 2016 evento cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha sin secuelas y en 2022 traumatismo torácico con hemorragia digestiva alta por úlcera esofágica.
Acude al servicio de urgencias por episodio de dolor torácico, de inicio brusco a las 06h00 am, retroesternal, intensidad 10/10, irradiado a espalda y mano izquierda, que se exacerba al inspirar profundamente y con los cambios de posición, acompañado de mareo y sudoración profusa. Decide acudir al centro de salud donde le pautan metamizol intravenoso (IV) con mejoría mínima del dolor, por lo que es derivado a nuestra unidad hospitalaria. Al realizar la sedestación para explorarle refiere empeoramiento del dolor torácico con elevación de tensión arterial (TA) a cifra de 204/114 mmHg, se realiza electrocardiograma que es normal, a la exploración física no presenta alteraciones, se realiza radiografía portátil de tórax que no muestra hallazgos de interés, al cabo de segundos presenta nuevamente episodio de dolor torácico con elevación de TA a cifra de 224/130 mmHg, se realiza nuevo electrocardiograma que permanece sin cambios.
Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo se dejan solicitadas pruebas complementarias y se traslada para realizar tomografía computarizada de aorta urgente visualizándose flap intimal distal al origen de arteria subclavia izquierda que se extiende caudalmente hacia aorta torácica descendente y abdominal, inmediatamente distal a la salida de arterias renales, con troncos supraaórticos de calibre normal y permeables. Se decide trasladar a BOX vital, se inicia perfusión de labetalol IV con mejoría clínica y de cifras de TA del paciente. En analítica destaca elevación de D-Dímero 15031 ng/mL, troponina T de alta sensibilidad 16.30 ng/L, leucocitosis con neutrofilia de 16.000/mL y 13.700/mL, respectivamente. Se comenta caso con servicio de Cirugía Vascular por disección aórtica tipo B según Stanford.
Luego de 7 días de hospitalización se decide manejo por vía percutánea debido a episodios de dolor torácico y mal control de cifras tensionales, se coloca endoprótesis en aorta torácica (TEVAR) + chimenea a arteria subclavia izquierda + extensión distal mediante técnica PETTICOAT (provisional extension to induce complete attachment) hasta nivel infrarrenal. Posteriormente, buena evolución, se consigue control de tensión arterial y se decide alta hospitalaria con revisión en consulta externa.

CONCLUSIONES

La disección aórtica es una emergencia médica caracterizada

por la separación de las capas de la pared aórtica, creando un canal falso que puede comprometer el flujo sanguíneo y provocar complicaciones severas. Según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2024, el diagnóstico temprano y preciso es crucial para mejorar el pronóstico. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son las modalidades de imagen de elección para confirmar el diagnóstico y evaluar la extensión de la disección.

El manejo inicial se centra en el control estricto de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca para minimizar la progresión de la disección. En las disecciones aórticas tipo A, que afectan la aorta ascendente, se recomienda la intervención quirúrgica urgente. En las disecciones tipo B, que involucran la aorta descendente, el tratamiento suele ser conservador inicialmente; sin embargo, si se presentan complicaciones como isquemia de órganos o expansión del falso lumen, se considera la intervención endovascular con colocación de endoprótesis (TEVAR) como tratamiento de primera línea. El seguimiento a largo plazo es esencial debido al riesgo de complicaciones tardías, incluyendo la formación de aneurismas. Se recomienda realizar evaluaciones de imagen periódicas para monitorizar la integridad de la aorta y la eficacia del tratamiento.

P. #65

UN DOLOR EPIGÁSTRICO DIFERENTE

María Eugenia López Gómez, William López Forero, Nuria Almeida Molina, Fermín Talavera Díaz-Alejo, Pablo Sánchez Sayago

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Hipertensa, cirrosis hepática alcohólica MELD 11, MELD-NA 17 CHILD A, Hemorragia digestiva alta varicosal, trombosis venosa crónica en vena mesentérica superior, pancitopenia en probable relación con toxicidad medular por metamizol, doble lesión mitral degenerativa con estenosis ligera e insuficiencia moderada, colelitiasis. Tratamiento habitual: carvedilol, seguril, aldactone, enalapril, amlodipino, lormetazepam.

Enfermedad actual: Mujer de 79 años que acude a Urgencias por naúseas. El familiar refiere que lleva con nauseas de 24 horas de evolución y esta noche (hace unas 2 horas) se ha desmayado, habiéndose defecado encima. No dolor torácico. No otra sintomatología.

Exploración física: PA: 85/45 mmHg, FC 35 lpm, FR 22, SatO2 95%. Consciente, alerta, colaboradora y en mal estado general, bradicardica, con palidez mucocutánea. ACP: arrítmica sin soplos y bradicárdica, murmullo vesicular conservado. Abdomen: Globuloso, depresible,ascitis leve, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de defensa. RHA +. EEII: Edemas con fóvea , más marcados en MIizq. No rubefacción , dolor , calor u otros signos que orienten a TVP.

Evolución: Ante inestabilidad hemodinámica, se inicia tratamiento con 500 cc SSF 0,9%. Se solicita EKG donde se observa un ritmo de escape nodal, con conducción VA retrogradas observandose ondas P retrógradas a unos 30 lpm. Debido a eso, se solicitan pruebas complementarias y se inicia 1 ampolla de Gluconato Cálcico ante sospecha de que la causa de la disfunción sinusal sea por hiperpotasemia. En pruebas complementarias, hemoglobina 11, 199.000 plaquetas, 8.500 leucocitos con fórmula normal. Estudio de coagulación básico sin alteraciones. Deterioro de la función renal junto con un Sodio de 116 y un Potasio 6.2. Dado el cuadro clínico, la hiperpotasemia y el antecedente de toma de Carvedilol, se decide pautar medidas antipotasio y hacer Interconsulta a Cardiología. Cardiología recomienda continuar con las medidas antipotasio, control de la FC con isopreterenol si precisa hasta lavado de Carvedilol. En este contexto, dado la estabilidad hemodinámica pero manteniendo bradicardia sintomática e hiperpotasemia, se decide traspaso a la Observación para vigilancia mientras actúa el tratamiento. Ingresa en Digestivo para alta 6 días más tarde y revisión en CEX Digestivo.

Diagnóstico final: Hiperpotasemia, Disfunción sinusal con P retrógradas secundaria a Hiperpotasemia

Discusión: El potasio es el ión con mayor presencia en el cuerpo. La hiperpotasemia se define como una concentración de potasio por encima de 5,5 mEq/L. Esta condición puede provocar complicaciones graves, especialmente a nivel cardiovascular y muscular. Puede ser resultado de una disminución en la excreción renal de potasio, la redistribución del ion del espacio intracelular

al extracelular, o un aumento en su ingesta.
Las causas más comunes incluyen enfermedades renales y el uso de ciertos medicamentos que promueven la retención de potasio. A medida que la HP progresa, se manifiesta en el electrocardiograma (ECG) con cambios en la repolarización ventricular, reflejados en alteraciones en la onda T y el segmento ST. A medida que aumenta la concentración sérica de potasio, también se observan cambios en la despolarización, afectando el complejo QRS.
Las ondas P pueden aplanarse y ensancharse, y eventualmente desaparecer cuando alcanza entre 7-9 mEq/L. Esto puede dar lugar a ritmos de escape de la unión. En casos severos, puede causar asistolia. Los síntomas pueden variar desde debilidad y fatiga hasta parálisis y parestesias, aunque también puede ser asintomática.

CONCLUSIONES

Los desequilibrios en el ambiente interno causan cambios en la transmisión eléctrica del corazón, que se reflejan en el electrocardiograma. Niveles altos de potasio en la sangre producen un patrón electrocardiográfico específico. Por lo tanto, al detectar un resultado anormal en el electrocardiograma, es importante investigar posibles alteraciones metabólicas. Una vez corregidas, los síntomas suelen revertirse sin necesidad de tratamientos invasivos.

P. #66

EDEMA AGUDO DE PULMON "FLASH"

David Mateu Ribes
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 78años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por disminución de diuresis, incremento de edemas en miembros inferiores (MMII) y disnea de moderados-mínimos esfuerzos de 3 días de evolución con cifras de TA elevadas de difícil control en domicilio.
Antecedentes patológicos:
-Hipertensión arterial (HTA).
-Hipercolesterolemia.
-Diverticulosis.
-Enfermedad renal crónica estadio II, en seguimiento por nefrología.
-Ingreso hospitalario con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca congestiva con fracción eyección ventricular izquierda (FEVI) preservada.
Intervenciones quirúrgicas:
-Colecistectomía.
-Apendicectomía.
Tratamiento habitual:
-Doxazosina
-Aldactone
-Amlodipino
-Bisoprolol
-Furosemida
-Atorvastatina
-Ezetimiba
Exploración física
Tensión arterial (TA) a su llegada 178/88mmHg, FC:73lpm Sat. O2:97%
Auscultación cardiaca: aparentemente rítmica sin soplos ni roces pericárdicos apreciables.
Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales sin otros sobreañadidos ni zonas de hipofonesis
Abdomen: no doloroso, no signos de ascitis. no signos de irritación peritoneal.
MMII: edemas con fóvea hasta tercio medio de forma bilateral. no signos de trombosis venosa profunda.
En estudios analíticos destacada a elevación de NT-ProBNP llegando a 18900pg/ml, deterioro de la función renal con una creatinina de 6.33mg/dL. La radiografía de tórax se informa como presencia de leve edema intersticial perihiliar bilateral ya presente en estudios previos y se cataloga como sugestivo de insuficiencia cardiaca de características crónicas.
Se revisa estudio por nefrología. La paciente tiene creatininas de base entorno a 2mg/dl. Los estudios radiológicos de tórax siempre se han descrito desde la misma forma desde 2022. Pendiente de estudio radiológico para caracterizar causa de la insuficiencia renal.
Se inició tratamiento deplectivo mediante furosemida sin otros fármacos sobreañadidos debido a la situación clínica de la paciente.
30 minutos después de iniciar el tratamiento, la paciente aqueja

disnea de inicio súbito y lo relaciona al cambiar de posición en la cama. Presenta crisis hipertensiva con valores de 200-110mmHg SatO2 87% . Taquipnea a 34 respiraciones por minuto y frecuencia cardiaca a 154 latidos por minuto.
Se incrementa tratamiento deplectivo, se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) modo BiPAP, perfusión de nitroglicerina y adminstracion de cloruro mórfico como coadyuvante para la disminución de la disnea. Se realiza ecografía pulmonar a pie de cama donde destaca la presencia de más de 5 líneas B en todos los puntos pulmonares y derrame pleural bilateral con signo de la medusa.
Con el tratamiento indicado con anterioridad se consigue reducción de cifras tensionales y control de la sintomatología.
Se revisa historia clínica donde destaca deterior de la función renal progresiva en los últimos 2 años. Ingreso hospitalario por Insuficiencia cardiaca con ecocardiografía con FEVI preservada e hipertrofia moderada de ventrículo izquierdo, no dilatada, en probable relación a cardiopatía hipertensiva.
Tras dos horas de tratamiento la paciente presenta mejoría clínica. Se realiza analítica de control donde como valorar destacable solo presenta deterior de la función renal con creatinina de 8.1mg/dL.
Se consideró como diagnóstico un Edema pulmonar "flash" o sospecha de síndrome de Pickering por lo que se decide ingreso a cargo de nefrología.
Durante su estancia en sala de nefrología se inició tratamiento mediante ultrafiltración y ajuste de tratamiento antihipertensivo.
La mejoría de la función renal permitió la realización de un Tomografía computerizada toraco abdominopélvica que permitió el diagnóstico de una aneurisma de aorta abdominal con extensión a ambas arterias renales, ambas arterias renales filiformes de origen desde aorta aneurismática con riñón izquierdo atrófico y arteria renal derecha no susceptible de angioplastia.
La paciente no fue considerada para trasplante y ante el elevado riesgo cardiovascular tampoco susceptible de intervención endovascular.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Pickering es una entidad infradiagnosticada ya que en la mayor parte de casos suelen ser orientados como de origen cardiogénico lo que debe hacernos replantear sobretodo en pacientes con episodios reiterados sin patología cardiaca manifiesta.

P. #67

PRESENTACIONES ATÍPICAS EN CARDIOPATIA ISQUÈMICA EN URGENCIAS

Joaquim Carbonell Pedret, Xavier Quiroga Arbones, Gregorio Hinojosa Bareas, Erika Arias María
Hospital de Mataró - Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 77 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica obstructiva, apnea obstructiva del sueño leve y bronquiectasias, Diabetis Mellitus tipo 2, hipertensión arterial. Acude a urgencias el día 3/11/24 por cuadro de lipotimia asociado vómitos y diarreas de 4 días de evolución. No fiebre, no dolor torácico ni otra clínica .Destaca en la exploración física dolor abdominal generalizado a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca leve hiponatremia resto sin alteraciones relevantes. En urgencias, se administra Ondansentron 4 mg, SF 500 mL y Paracetamol 1 g con mejoría del dolor. Se orienta como gastroenteritis aguda y se decide alta a domicilio con tratamiento y normas de reconsulta.
Posteriormente en domicilio presenta, en reposo, cuadro de debilidad, palidez cutánea y pérdida de fuerzas con dolor torácico inespecífico con tendencia a hipotensión. Es valorada por servició de emergencias medicas extrahospitalarias y remiten al Hospital de Mataró. En urgencias destaca persistencia del dolor torácico desde hace 3 días, mejoría de la diarrea y de los vómitos que tenía previamente, tendencia a la hipotensión y eupneica con buena saturación basal.
ECG: con BAV avanzado con QRS estrecho, origen suprahisiano.
Analítica con leve deterioro de la función renal y elevación de las marcadores de daño miocardico con TnT 1230. Se inicia antiagregación + anticoagulación y se solicita valoración por Unidad de Cuidados Intensivas (UCI).
Se orienta como GEA con depleción de volumen y SCASEST secundario en BAV en posible relación a Diltiazem (ya tomaba previamente por su Miocardiopatia Hipertrófica Obstructiva), causando bradicardia en contexto de lesión renal aguda y deshidratación.
Se decide ingreso en planta de Cardiología.
Durante la vigilancia con telemetría la paciente presenta un BAV 3° grado por lo que se repite de nuevo el ECG en el que presenta elevación de ST de 1 mm en cara inferior, con imagen especular de V2 y aVL sin una clínica manifiesta de dolor torácico.
Se contacta con Unidad Coronaria de Hospital de referencia de tercer nivel y se decide activación de CÓDIGO IAM.

CONCLUSIONES

Siempre una buena anamnesis y exploración física ajustada a la clínica del paciente, tener en cuenta características clínicas presentadas según genero
Adecuar las pruebas completaries a la clínica
Revalorar siempre al paciente
Comparar siempre con pruebas complementarias previas
Clínica subaguda plantea siempre un beneficio de cateterismo urgente
Coronariografia beneficiosa, ya que, mejoro la FEVI y desaparición BAV
Ser flexible en pacientes que puedan recibir un beneficio de cateterismo urgente

P. #69

ESTE MUCHACHO VA RAPIDITO

Carmen Adelaida Gavilán Casado[1], Carlos García Parra[1], Yolanda Casillas Viera[2], Ana Belén Romero Fernández[3]

1. Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
3. Cs Periana, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 20 años fumador de 5 cigarros/día, que acude por palpitaciones, mareo y malestar de 2 horas de evolución. Niega consumo de tóxicos ni estimulantes.
TA: 105/63, FC: 120lpm, Tª: 36,4°C eupneico. SpO2: 100%
Arrítmico, pulmonar normal.
ECG: Fibrilación auricular a 120lpm
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX BIOQUÍMICA, HEMOGRAMA y COAGULACIÓN NORMALES
DROGAS DE ABUSO: Negativo
JUICIO CLÍNICO: Fibrilación Auricular con respuesta ventricular controlada tras betabloqueo.
EVOLUCIÓN: Se decide alta con EDOXABAN, BISOPROLOL
REVISION CON CARDIOLOGÍA (un mes después) que realiza ECOCARDIOGRAMA: función sistólica normal HOLTER: Ritmo sinusal. Ectopia anecdótica sin formas complejas. No salvas de FA
En el momento de valoración por el cardiólogo estaba en ritmo sinusal.

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular (FA) en personas jóvenes es infrecuente. Se relaciona con ejercicio intenso, consumo elevado de alcohol o historia familiar.
En un 25% de menores de 30 años se objetiva taquicardia supraventricular (TSV), resolviéndose los episodios de fibrilación tras la ablación de la vía
La recurrencia de la FA es común en jóvenes, sobre todo en aquellos que tienen historia familiar. Nuestro paciente refirió antecedente de fibrilación auricular en tía materna, a la que se realizó ablación de venas pulmonares a los 20 años.
La presencia de cardiopatía estructural es un predictor independiente de recurrencia. Así como las complicaciones tromboembólicas, raras en jóvenes sin cardiopatía estructural.
La indicación de anticoagulación se debe individualizar. En el caso de nuestro paciente se suspendió al mes, manteniendo dosis diaria de 2,5miligramos de bisoprolol y controles con cardiología manteniéndose por el momento en ritmo sinusal.

P. #78

EL CORAZÓN EN AS DE PICAS

María Teresa Meroño Terol, Israel Izquierdo Cortijo, Alexander Peter Feige Aguilera, Braulio Jara Torres, Israel Martín González, Marta Cambeiro Díez

SUMMA112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Dolor torácico
Antecedentes personales:
Hipertensión arterial.
En 2013: Episodio de dolor torácico donde evidencian ondas T negativas V3-V6 con TAC coronario sin lesiones.
En 2021 : Insuficiencia cardíaca con Miocardiopatía hipertrofica apical (MHA) moderada.
EN 2022 : Implante de dispositivo Reveal por mareo y síncopes de repetición.
Tratamiento habitual:
Enalapril 20 mg.
Enfermedad actual:
Dolor torácico 10/10 irradiado a hombro izquierdo y sensación ¨de que se le sale el corazón ¨y diarrea.
Exploración física:
Evaluación primaria :
vía aérea: permeable, eupneica,
circulación : relleno capilar < de 2 segundos, pulso radial, piel normal
valoración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, consciente
Glasgow coma score (GCS): 15 Ocular 4, Motora 6, Verbal 5.
Evaluación secundaria:
Neurológico : no hay focalidad neurológica.
Aparato respiratorio y cardiocirculatorio : Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos y corazón rítmico sin soplos.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal con taquicardia de QRS estrecho a 150-170 lpm.
TAS 124, TAD 72
Juicio Clínico:
Taquicardia supraventricular con angor hemodinámico
Tratamiento : Ante la inestabilidad hemodinámica de la paciente Realizamos cardioversión sincronizada bajo sedación con 50 - 100 julios —— sin resultar efectivas
Administramos Adenosina 12 mg, abriendo la taquicardia pero —— vuelve a iniciarse
La paciente continua con dolor torácico.
Realizamos una nueva cardioversión sincronizada a 170 julios —— sin resultar efectiva
Administramos 5 mg de Metoprolol —— apenas frena la taquicardia
El dolor torácico baja de un Eva inicial de 10/10 a 6/10
Administramos otros 5 mg de Metoprolol en la UVI movil de camino al hospital
Evolución:
Durante su estancia en el servicio de urgencias del hospital la TSV revierte espontáneamente ritmo sinusal.
Evolutivo cardiología:

Episodio sintomático de Fibrilación auricular paroxística que cursa con palpitaciones, dolor torácico y mareo. Fracaso inicial de cardioversión eléctrica por el equipo de urgencias extrahospitalarias, cardiovirtiendo de forma espontánea en la urgencia.
Tratamiento al alta:
Anticogulada con Eliquis y con amiodarona como estrategia de control del ritmo.
T 120/70. FC 45. ECG: Ritmo sinusal a 40 lpm, PR normal.QRS estrecho con voltajes elevados. T negativas bifásicas en precordiales izquierdas y derivaciones inferiores.
Eco transtoracico julio 2024: Ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia ventricular severa apical(17mm) FEVI 65%. No se visualiza aneurisma apical. Ventrículo derecho normal. Aurícula izquierda moderada-severamente dilatada. Insuficiencia mitral moderada II-III/IV degenerativa. Insuficiencia tricúspide moderada funcional con alta sospecha de Hipertensión pulmonar. Interrogación reveal en 2024 sin eventos.
Analítica: NT proBNP 3860 pgr/ml
Plan: Valorar ISGLT-2 por los datos de Insuficiencia Cardíaca con FEVIc.
De momento sus hijos no van a hacer cribado de miocardiopatía hipertrofica por lo que no se solicita estudio genético ya que la rentabilidad de Miocardiopatía hipertrofia apical es más baja.
Diagnóstico:
Miocardiopatía hipertrófica apical no obstructiva
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección biventricular normal (> 50%).
Insuficiencia Mitral moderada II-III. Insuficiencia Tricúspide moderada. Alta sospecha de Hipertensión Pulmonar.
Fibrilación auricular paroxística sintomática.
Tratamiento:
Estilo de vida cardiosaludable. Se recomienda ejercicio físico regular aeróbico moderado como caminar a paso medio.
Se añade al tratamiento Jardiance 10 1-0-0.
Apixaban 5/12 h
Amiodarona /24 h
Bisoprolol 2,5 1-0-0
Enalapril/HCTZ 20/12,5
Revisión en 9 meses

CONCLUSIONES

La miocardiopatía hipertrófica apical es una miocardiopatía frecuentemente sintomática
La clínica más habitual es el dolor torácico, disnea y síncope .
La cardioversíon sincronizada en los pacientes con TSV sintomática tiene unos protocolos que debemos manejar

P. #79

MAREO EN CARDIOPATA

María Teresa Meroño Terol, Israel Martín González, Alexander Peter Feige Aguilera, Braulio Jara Torres, Marta Cambeiro Díez, Israel Izquierdo Cortijo
SUMMA112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Disnea + dolor toracico
Antecedentes personales: tomo Enalapril durante un tiempo, actualmente sin tratamiento
Mayo 2018: Bloqueo AV de alto grado. Sin mareos ni síncopes. Implante de marcapasos bicameral Medtronic. Ausencia de cardiopatía estructural.
Tratamiento habitual: Candesartan 16, Bisoprolol 2.5.
Enfermedad actual: Refiere desde hace una semana palpitaciones y astenia. A nuestra llegada bradicardia y disnea.
Electrocardiograma: Ritmo de bloqueo auriculoventriicular a 30 lpm con imagen de escape de bloqueo de rama derecha.
Ante la inestabilidad hemodinámica de la paciente canalizarmos vía venosa periférica y administramos Isoproterenol intravenoso y colocamos parches de estimulación cardíaca y trasladamos .
En el hospital analítica con Troponinas normales. en la revisión del marcapasos se comprueba aumento del umbral de estimulacion ventricular hasta los 1,75 V a 0,4 ms, ajustándose salida manualmente en 4 V a 0,4 ms. El resto de parámetros (impedancia y detección) han permanecido estables. Se activa control de captura y se reprograma en DDD. Se tramita monitorización domiciliaria del marcapasos.
Diagnóstico: BAV completo por pérdida de captura ventricular por aumentó del umbral del cable ventricular.
Tratamiento: continuar con su tratamiento habitual , salvo bisoprolol.
Revisones en Cardiologia.

CONCLUSIONES

Los bloqueos auriculoventriculares son una patologia cada vez mas frecuente en las urgencias cardiovasculares.
En los pacientes portadores de marcapasos el malestar general y los síncopes nos advierten de una posible disfunción del marcapasos.

P. #136

PERICARDITIS Y BUSCAS

Sonia María Gayol Huerga, Jacinto Rodríguez Albo, Francisco Romero Barrio, Mónica Loreto Santos Orus, Juan Manuel Santos Escudero, Rubén López González

Hospital de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente de 62 años que acude a Urgencias por tos y febrícula.
Diagnosticada hace un mes de pericarditis aguda no complicada de etiología sin filiar. Durante este episodio se descartó tromboembolismo pulmonar mediante angioTAC, que evidenció derrame pericárdico de 5 mm, sin datos de derrame pleural.
Aún en tratamiento con Ibuprofeno y Colchicina, al realizar una radiografía de tórax se objetiva un derrame pleural izquierdo de moderada cuantía.
Con nuestra máxima de integrar la patología en un único diagnóstico a ser posible, ¿asumimos que el derrame pleural es consecuencia de la pericarditis? Bajo esta premisa, se comenta el caso con Cardiología. Tras su valoración (incluído ecocardiograma transtorácico) recomiendan mantener tratamiento, revisión ambulatoria por su parte y estudio del derrame pleural.
Debido a esa última recomendación, solicitamos interconsulta a Neumología que, tras realizar ecografía torácica y tóracocentesis, concluye que: por evolución compatible, aumento de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 132) y febrícula, el derrame pleural es secundario a pericarditis.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una de esas situaciones habituales en nuestro servicio en la que otras especialidades echan balones fuera. Debemos orientar a nuestro criterio la patología del paciente, pero no nos libraremos de "negociar" con otros compañeros.
Repasemos de paso la patología mencionada.
La pericarditis es la inflamación del pericardio.
Puede deberse a numerosos trastornos (infecciones, enfermedades autoinmunitarias o inflamatorias, uremia, traumatismos, infarto de miocardio, cáncer, radioterapia, fármacos), pero a menudo es idiopática.
Los síntomas incluyen dolor torácico (suele agravarse con el movimiento del tórax, la tos, la respiración o la deglución; y aliviarse cuando el paciente está sentado y al inclinarse hacia delante), fiebre y, a veces, disnea.
El diagnóstico se basa en los síntomas, el hallazgo de un roce pericárdico, los cambios electrocardiográficos (elevación cóncava hacia arriba de los segmentos ST y depresión de los segmentos PR) y los signos de acumulación de líquido pericárdico en la radiografía de tórax o el ecocardiograma.
El tratamiento depende de la causa, pero las medidas generales incluyen antiinflamatorios no esteroideos y colchicina.
Los pacientes con pericarditis pueden desarrollar derrame pleural, normalmente bilateral con predominio izquierdo. La causa es la inflamación a nivel pleuropericárdico. El tratamiento es el de la pericarditis.

P. #143

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO Y EXTRASÍSTOLES FRECUENTES EN UNA PACIENTE CON ESTRÉS AGUDO

Plinio Abel Montes De Oca Jiménez, María Rodríguez Gallego

Centro De Salud De Sepúlveda, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA:
Paciente femenina de 45 años de edad, que acude a urgencias refiriendo un Pulso anormal y palpitaciones, dolor centro torácico intenso. El cuadro de dolor torácico lo describe de tipo punzante, irradiado a la espalda, de corta duración y que se alivia con el reposo. Sin cortejo vegetativo asociado ni disnea. Refiere episodios previos leves relacionados con el estrés. Antecedentes de consumo elevado de café (más de 6 tazas/día) y tabaquismo crónico. En el contexto de conflictos personales recientes, la paciente reporta un aumento de la ansiedad y el insomnio.
Exploración física: Tensión arterial: 138/68 mmHg. Frecuencia cardíaca: 82 lpm. Saturación de oxígeno: 96%. Tórax sin alteraciones significativas. Tono cardíaco arrítmico sin soplos. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal, frecuencia cardíaca de 81 lpm, extrasístoles ventriculares frecuentes con buena recuperación post-extrasístole. Analítica: Troponina y CK negativas. Glucosa y electrolitos dentro de rangos normales. Rx de tórax: Sin infiltrados ni consolidaciones.
La paciente presentó un buen estado hemodinámico durante su estancia hospitalaria. La correlación clínica sugiere que el estrés agudo, el exceso de cafeína y el tabaquismo contribuyeron al cuadro clínico. Se recomendó una modificación en los hábitos de vida, así como seguimiento con Holter ambulatorio mediante Holter de 24 horas para cuantificar la carga arrítmica.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
El caso presentado subraya la importancia de identificar y manejar factores desencadenantes de arritmias benignas, como el estrés agudo, el consumo excesivo de cafeína y el tabaquismo. Estudios recientes estiman que las arritmias ventriculares benignas afectan al 2-5% de la población general y tienen un pronóstico favorable en ausencia de cardiopatía estructural (Al-Khatib et al., 2018). La evaluación integral del dolor torácico atípico es crucial para descartar patologías graves y evitar procedimientos innecesarios, como se refleja en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, 2015). El uso de herramientas diagnósticas como el ECG, la analítica y el Holter permite una caracterización precisa de las arritmias y orienta un manejo adecuado. La monitorización ambulatoria con Holter identifica episodios asintomáticos y mejora la estratificación del riesgo. Además, una reducción del consumo de cafeína por debajo de 200 mg diarios ha mostrado disminuir la frecuencia de arritmias en un 30% en estudios clínicos recientes (Freedman et al., 2021). Por último, la modificación de factores de riesgo y la educación del paciente son fundamentales para prevenir recurrencias y garantizar un mejor pronóstico.

P. #151

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LA EFICACIA DE LA ADENOSINA Y RECIDIVA DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR TRAS ADMINISTRACIÓN DE ADENOSINA EN LA EDAD PEDIATRICA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIAS

Juan José Fernández Domínguez, Eva Hidalgo González, Pilar Medina Díaz, Ana Checa Nieto, Myriam González Barea, Ana María Martín Quintana

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) es la segunda arritmia no sinusal más frecuente en la edad pediátrica detrás de las extrasístoles. Aproximadamente el 60% de los niños con taquicardia supraventricular desarrolla su primer episodio durante el primer año de vida.

OBJETIVO

Conocer la eficacia de la adenosina en el tratamiento de las taquicardias supraventriculares en la edad pediátrica.
Conocer la recidiva de taquicardia supraventricular tras la administración de adenosina en la edad pediátrica.

MÉTODO

Se realizó la revisión de las historias clínicas con la codificación CIE-9 MC 427.0, correspondiente al diagnóstico "taquicardia paroxística supraventricular/taquicardia sinusal" durante el periodo comprendido entre 2021 y 2022.
se reevaluaron los datos acotando la edad desde el nacimiento hasta los 18 años incluidos.
Con la codificación indicada se registraron, en el periodo seleccionado, un total de 25 historias clínicas las cuales se pusieron a disposición de los investigadores una vez anonimizadas por parte del Departamento de Informática.
En aquellos casos en los que no se disponía de trazados archivados pero la descripción del electrocardiograma por el facultativo era sistemática y coincidía con el diagnóstico final, la identificación de la arritmia se dio por correcta.
Para obtener los resultados se diseñó una tabla de recogida de datos con los apartados anteriormente mencionados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se administró adenosina a 8 pacientes, lo que supone un total del 32% de la muestra.
La taquicardia desapareció en 7 casos, lo que supone una tasa de efectividad del 87,5% y de fracaso del 12,5% (1 caso).
El número de dosis necesarias para revertir la arritmia a ritmo sinusal fueron:
- 1 dosis en 5 casos (62,5%)
- 2 dosis en 2 casos (25%)
- 3 dosis en 1 caso (12.5%).

Respecto a los pacientes que precisaron una sola dosis, la administración fue de: 3mg en 1 caso (20%), 6mg en 3 casos (60%), 12mg en 1 caso (20%). Finalmente, sólo un paciente precisó la administración de tres dosis, con la siguiente secuencia, 6 mg + 6 mg + 12 mg. En el único caso donde la adenosina no fue eficaz sólo se había administrado 1 dosis de 6mg.
Hubo recidiva de la TSVP tras la administración de adenosina en 1 único caso de los 7 casos donde había sido eficaz previamente. Esto supone un grado de seguridad del 85,72%.

CONCLUSIONES

Los resultados respaldan la eficacia de la adenosina en el tratamiento agudo, y además suele ser efectiva con una sola dosis de 6mg y con muy pocas probabilidades de recidiva, demostrando que la adenosina es un fármaco seguro y eficaz en el tratamiento de las taquicardias supraventriculares en la infancia.
Tras ver los datos, llegamos a la conclusión de que la dosis con mayor índice de éxito es 6 mg, si bien es cierto que según aumenta la edad del paciente, la dosis de adenosina tiende que ser mayor (12 mg), equiparándose en el caso de la adolescencia a las dosis de la edad adulta.

P. #159

DISECCION AORTICA ABDOMINAL

Clara García Justicia, María Ródenas Baquero, José Oya Martínez, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato, Francisco Torres Bautista

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 62 años trasladado a Urgencias tras referir episodio de dolor abdominal brusco muy intenso irradiado a espalda, mientras estaba dando clase en un colegio. Como antecedentes de interés hipertensión arterial, dislipemia sin tratamiento por decisión propia, obesidad, esófago de Barret, ulcera duodenal. Actualmente en tratamiento con olmesartán y Meloxicam debido a condromalacia rotuliana.
A su llegada a urgencias se traslada al Box Vital presentando un mal estado genera con diaforesis. Se encontraba mal perfundido con un dolor muy intenso a nivel abdominal, distendido con datos de irritación peritoneal. No se conseguía medir la saturación, presentando una tensión arterial de 73/39 mmHg.
Se realizo una gasometría arterial presentando una hemoglobina de 17, PH 7,3, Bicarbonato de 18 y un lactato de 2.7; se administro analgesia, se obtuvieron pruebas cruzadas y se decidió la realización de un TAC abdominal urgente donde se objetivo una rotura de ahora abdominal infra renal de unos 74 mm de diámetro con sangrado activo.
En cuanto al resto de la analítica una creatinina de 1.38, cloruro de 117.
Tras la valoración de las imágenes por parte de radiología se contacta con cirugía vascular de guardia, el paciente fue trasladado de manera urgente a quirófano para la realización de una exclusión del aneurisma aórtico abdominal mediante endoprótesis bifurcada que se realizó bajo anestesia general.
Tras la cirugía fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos presentando buena evolución siendo dado de alta al 5° día de ingreso dada la buena evolución clínica ya analítica
En las analíticas posteriores de control presento anemización de 7 puntos con buena respuesta a la infusión de hierro intravenoso.
Se realización dos AngioTAC de control que evidencia exclusión completa de aneurisma de aorta abdominal roto por endoprótesis sin endofugas.
Se planteo en un futuro próximo segunda intervención de reparación de eje izquierdo y colocación de endoprótesis/ Stent cubierto, en origen de arteria renal izquierda para evitar complicaciones trombóticas futuras, siendo dado de alta asintomático.

CONCLUSIONES

Esta patología requiere un diagnóstico precoz debido a su alta mortalidad en las primeras horas, un 60%. Pudiendo llegar hasta el 92% en los dias siguientes, por lo que la supervivencia dependerá de la rapidez en la instauración del tratamiento médico, quirúrgico o ambos.
El síntoma más frecuente: dolor torácico grave (85% de los casos), de comienzo súbito, desgarrarte, pulsátil, migratorio siguiendo el sentido de la disección. La localización del dolor puede orientar al tipo de disección.
El electrocardiograma es normal en la mayoría de los casos, pero es fundamental para el diagnóstico diferencial con el infarto agudo de miocardio. En la radiografía de tórax, menos del 30% de los pacientes presentan signos inequívocos de disección (ensanchamiento mediastínico, derrame pleural, dilatación del contorno aórtico)
La técnica diagnóstica de elección es la TAC.
El tratamiento médico inicial de la disección de la aorta va enfocado al control del dolor, la hipertensión arterial y disminuir la velocidad y la fuerza de eyección del ventrículo izquierdo con el fin de evitar la progresión de la misma y la rotura de la aorta mediante morfina, nitroprusiato o Bbloqueantes
La supervivencia a los 5 años de los pacientes dados de alta del hospital es del 85%, siendo las complicaciones tardías más frecuentes la disección recurrente, la dilatación aórtica y la rotura. Por tanto, en estos pacientes es fundamental un adecuado control de las cifras de presión arterial y un seguimiento semestral o anual de la aorta mediante técnicas de imagen.

P. #174

DOLOR TORÁCICO EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO: MIOCARDITIS FULMINANTE

Sabina Aranda Guerrero, Miguel Gónzalez Ureña, Juan Carlos Ríos Pérez, José Oya Martínez, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, con sobrepeso, que padece un adenocarcinoma colorrectal serrado infiltrante de colon ascendente estadio IIIB, tratado quirúrgicamente mediante una hemicolectomía derecha vía laparoscópica.
El paciente acude a Urgencias por vómitos incoercibles y dolor en hemitórax izquierdo tras recibir su primer ciclo de quimioterapia con FOLFOX (ácido folínico, fluorouracilo y oxaliplatino) hace dos días. Se trata de un dolor torácico continuo que aumenta con la palpación y que no se modifica con la mecánica respiratoria.
Se realizan pruebas complementarias, objetivándose en el electrocardiograma una taquicardia sinusal a ciento sesenta latidos por minuto sin otras alteraciones y en la analítica de sangre una elevación de troponina de alta sensibilidad de 7920 ng/L, leucocitosis con neutrofilia, dímero D de 1072 ng/mL y una creatinina sérica de 1,41 mg/dL. Tras dicho hallazgo analítico se traslada al box vital, donde entra en taquicardia supraventricular, administrándose adenosina, frenándose a 150 lpm. Se realiza un ecocardiograma transtorácico que evidencia una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente deprimida que, junto con dicha elevación de troponina de alta sensibilidad, apoya el diagnóstico de una miocarditis aguda fulminante.
Ante la situación de shock cardiogénico, en la Unidad Coronaria se realiza un cateterismo urgente y se coloca un balón intraórtico de contrapulsación. Al introducir el pig-tail para la biopsia entra en fibrilación ventricular que se revierte, requiriendo un implante de una oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) venoarterial periférico.
Tras dicha intervención comienza una disminución de la troponina de alta sensibilidad con persistencia de la disfunción ventricular severa del principio. Es en el segundo día de ingreso cuando se objetiva una franca mejoría ecocardiográfica, teniendo en dicho momento una FEVI estimada del 45%, permitiendo la retirada de la ECMO y el balón intraaórtico de contrapulsación.
Después de varios días tras el destete se realiza una resonancia magnética cardíaca que con la que se calcula una FEVI del 50-55%. Se mantiene estable clínica y hemodinámicamente en todo momento, por lo que se decide alta con tratamiento anticoagulante y seguimiento ambulatorio por parte de Oncología y Cardio-Oncología.

CONCLUSIONES

1. Identificación de miocarditis secundaria a quimioterapia. El paciente presentó miocarditis fulminante secundaria al tratamiento con FOLFOX (ácido folínico, fluorouracilo y oxaliplatino). Este régimen, especialmente el fluorouracilo, se ha vinculado con toxicidad cardíaca, incluyendo miocarditis y espasmo coronario. Es fundamental realizar una monitorización cardiovascular estrecha en pacientes con factores de riesgo o clínica sugestiva .
2. Importancia del manejo multidisciplinario. El manejo exitoso del paciente involucró una respuesta multidisciplinaria que incluyó especialistas en Oncología, Cardiología y Anestesia. La colocación de dispositivos avanzados, como la ECMO y el balón intraaórtico de contrapulsación, fue decisiva para estabilizar al paciente en una situación de shock cardiogénico .
3. Rol de los biomarcadores y técnicas de imagen. La troponina elevada, junto con los hallazgos en el ecocardiograma, permitieron confirmar el diagnóstico y monitorizar la evolución del paciente . Estos estudios son esenciales para evaluar la extensión del daño miocárdico y guiar la toma de decisiones terapéuticas.
4. Recuperación funcional del miocardio. La mejoría gradual de la función ventricular, alcanzando una fracción de eyección del 50-55% al alta, sugiere una recuperación significativa tras la fase aguda de la miocarditis. Este hecho subraya la importancia de un manejo intensivo inicial y un seguimiento estrecho para optimizar los resultados a largo plazo

P. #185

SÍNDROME DE KOUNIS: CUANDO LA ALERGIA ATACA AL CORAZÓN

Lucía Linares Obarrio, Marta Giraldez Villar, Fatima López López, Belén González Pérez

SERGAS, Pontevedra, España

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis, descrito por primera vez en 1991 es la asociación de síndrome coronario agudo secundario a una reacción de anafilaxia, la cual es producida por mediadores inflamatorios y vasoactivos liberados principalmente por activación y degranulación de mastocitos que actúan en el sistema cardiovascular.

Es una patología poco reconocida y subdiagnosticada en los servicios de urgencias, debido a la amplia gama de síntomas y signos clínicos que presenta, lo que puede hacerla potencialmente mortal. Por ello es tan importante realizar un diagnóstico temprano, basado principalmente en las manifestaciones clínicas cardiovasculares y alérgicas, complementándose con pruebas de laboratorio y estudios de imagen.

Aunque se desconoce su incidencia exacta, el síndrome es común en pacientes que sufren anafilaxia. La falta de estudios científicos, así como la ausencia de sospecha diagnóstica y la dificultad para reconocer los síntomas clínicos, complica su diagnóstico.

OBJETIVO

Revisar y unificar la bibliografía reciente sobre el Síndrome de Kounis para actualizar los conocimientos existentes acerca del diagnóstico y abordaje.

MÉTODO

Revisión de la literatura médica entre el 2015 y el 2024. Búsqueda en Pubmed. Artículos seleccionados para la síntesis cualitativa 8.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los estudios revisados muestran un aumento en el reconocimiento del síndrome en la práctica clínica, aunque la variabilidad de síntomas dificulta el diagnóstico temprano en pacientes con anafilaxia. Se subraya la importancia de la educación médica continua para capacitar a los profesionales de la salud en la identificación del síndrome. Además de resaltar la necesidad de futuras líneas de investigación para comprender mejor el síndrome, optimizar su abordaje y prevenir complicaciones.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Kounis representa una entidad clínicamente relevante pero subdiagnosticada, en la que una reacción de hipersensibilidad desencadena un síndrome coronario agudo. Su reconocimiento temprano es crucial, dado que el diagnóstico diferencial con otras causas de isquemia miocárdica puede ser complejo. El manejo debe ser individualizado, equilibrando el control de la respuesta alérgica con la protección cardiovascular, evitando fármacos que puedan agravar la isquemia. Aunque existen reportes y revisiones sobre su fisiopatología y tratamiento, se requieren estudios clínicos adicionales para establecer protocolos terapéuticos más precisos y mejorar los desenlaces en estos pacientes.

P. #193

INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO VS DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

Carme Ruiz Ramírez, Alba Gangolells Sabata

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España

HISTORIA CLÍNICA

Afectada de 35 años sin antecedentes de interés que mientras cenaba, sobre las 22 h, inicia dolor centro torácico opresivo intenso que irradia a hombros, acompañado de sudoración y un vómito. Ante la persistencia del dolor llaman al 112. Una Unidad de soporte vital avanzado acude a domicilio. Se realiza exploración física donde destaca palidez y sudoración siendo el resto normal. El electrocardiograma (ECG) muestra supradesnivel del segmento ST en cara anterior, de V1 a V4. Se activa Código Infarto y se traslada para coronariografía emergente, que muestra lesión sugestiva de Hematoma/Disección coronaria en arteria Descendente Anterior media con flujo preservado. Se decide tratamiento conservador y traslado a su hospital de referencia. Al séptimo día de ingreso en la unidad de hospitalización de cardiología, inicia en reposo nuevo episodio de dolor centro torácico de características opresivas con diaforesis. El ECG muestra supradesnivel del segmento ST en cara anterior e inferior, con imagen especular en D1 y AVL. Se activa Código Infarto y se traslada nuevamente para coronariografía emergente con una Unidad de soporte vital avanzado. El resultado de la prueba muestra progresión del hematoma con una estenosis del 99% en la arteria descendente anterior proximal, del 100% en la descendente anterior media y del 100% en la circumfleja tercio proximal. Implantándose esta vez tres stents vasoactivos solapados, precisando soporte hemodinámico con balón de contrapulsación intraaórtico, quedando con una fracción de eyección ventricular (FEVI) del 30%. Durante el segundo ingreso la paciente se mantiene estable, sin episodios de angina, con mejoría progresiva de la FEVI. Se indica estudio para descartar posible conectivopatía y/o etiología genética.

CONCLUSIONES

La disección coronaria espontánea (DCS) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo. Su forma de presentación suele ser como infarto agudo sin elevación del segmento ST. Aunque en ocasiones, como muestra nuestro caso, puede comportarse tanto clínicamente como electrocardiográficamente como un infarto con elevación del segmento ST. Siendo la estrategia terapéutica inicial conservadora.
Así pues, ante un dolor torácico de características anginosas, en mujeres < 50 años sin factores de riesgo, debemos incluir siempre como diagnóstico diferencial la DSC.

P. #213

SÍNDROME CORONARIO AGUDO: TODO BAJO CONTROL

Gerrald Martes.

Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral De La Mata, Cáceres, España

HISTORIA CLÍNICA

03:48h de la madrugada ´´Todo bajo control´´ le digo a mi residente mayor mientras terminé de tratar un paciente intoxicado por benzodiacepinas y ella atendiendo un poli traumatizado. Pasando por delante del box de la reanimación (REA) veo moviendo la cortina y me asomé ´´Que pasa aquí´´, le duele el pecho desde hace unas semanas y ha vuelto a consultar me responde la enfermera. Veo un paciente de 50 años en la cama de la REA que le están haciendo un electrocardiograma (ECG) aparentemente asintomático en ese momento, fumador activo quien refiere dolor que le ha despertado a las 03:00h de carácter opresivo centro torácico irradiado en banda y sin otra sintomatología. Dudoso el ECG con elevación del ST en cara lateral borderline 2mV y descenso del ST en cara posterior, igualmente borderline 0,5mV permaneciendo el paciente asintomático y hemodinámicamente estable. Pues a solicitar analítica, iniciar tratamiento paracetamol, omeprazol. Resulta que es un paciente que acudió a su centro de salud en varias ocasiones en las semanas previas por malestar torácico inespecífico al hacer tareas en su finca, con ECG indeterminado y según el han dicho que ´´tiene algo, pero no saben decírselo con exactitud´´. Días previos ha sido valorado en urgencias por cuadro similar con estudios normales, troponinas normales y ECG descrito como normal (no había ECG digitalizado aun de ese episodio u otros previos del centro de salud). A los minutos viene la enfermera y me dice el paciente esta con dolor, definitivamente con signo de Levine y diaforético, por la cual solicito nuevo ECG (además de derivaciones posteriores) que resulta similar a previo sin embargo esta vez con cambios >2mV en cara lateral y levemente >0,5mV en cara posterior. Por la cual inicio protocolo de código y el manejo como SCACEST pautando Adiro 300mg VO, Ticagrelor 180mg VO, Atorvastatina 80mg VO, Dolantina 25mg IV y aviso al adjunto de turno. Durante la valoración del caso con mi adjunto traen el ECG con derivaciones posteriores con clara elevación del ST y primera troponina en 13ng/L (límite superior 14ng/L), decidimos contactar con servicio de hemodinámica quienes están de acuerdo con el diagnóstico inicial (SCACEST inferior y postero-lateral) y se decide traslado urgente. El paciente vuelve a presentar angina por la cual se instaura perfusión de nitroglicerina (NTG) 25mg en 250ml de suero glucosado a 5 ml/h. Visto que el centro de referencia se encuentra a mas de una hora y descartando factores de riesgo se decide fibrinolisis con Alteplase ajustado al peso 15mg (bolo) -> 50mg (30 minutos) ->35mg (60 minutos). Previo traslado el paciente presenta mejora clínica persistiendo leve molestia aún por la cual se pauta de nuevo Dolantina y se ajusta perfusión de NTG a 7ml/h permaneciendo hemodinámicamente estable en todo momento. Durante el traslado no documentan nuevas incidencias, troponina control 35mg/L y a su llegada al centro de referencia se documenta normalización del ECG y de los cambios del ST previos. Eco trans torácico en el destino

documenta hipocinesia basal inferior, infero-lateral y medio-ventricular posterior, sin valvulopatías y sin alteraciones de cavidades derechas. El paciente es ingresado al servicio de coronario agudo para coronariografía programada y estando ingresado presenta nuevo episodio de dolor torácico por la cual se decide ACTP de rescate con una obstrucción del 90% de la OM1, se implanta stent farmacoactivo con buen resultado. Permanece asintomático y se pasa a planta de cardiología con buena evolución. Sí, sí. ¡Todo bajo control!

CONCLUSIONES

No todo tiene que salir mal, identificación temprana, tratamiento temprana, pedir siempre derivaciones posteriores y/o derechas en caso de dudas y no perder de vista al paciente en el momento agudo.

P. #219

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS AGUDAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN ANEURISMA DE AORTA TIPO A I CON DISECCIÓN

Guadalupe Pajares Carabajal[1], José Casas Muñoz[1], María Fernández Castellanos[2]

1. Hospital general de Villalba, Madrid, España
2. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años sin antecedentes de interés, acude a la urgencia por dolor retroesternal, mareo y malestar general de 3 horas de evolución.
A su llegada presenta mal aspecto en triaje, con cifras de tensión arterial de 80/40, palidez y sudoración.
Se decide pasar al box de urgencias donde se constatan cifras de tensión y se visualiza una dilatación llamativa de venas yugulares de manera bilateral. Se realiza electrocardiograma con la presencia de cambios agudos de la repolarización que sugieren isquemia aguda con rachas de extrasístoles ventriculares.
Ante dichos cambios agudos que sugieren isquemia, se decide dar anti agregación de urgencias y comenzar con sueroterapia.
Se realiza extracción de análisis urgente con hemograma y bioquímica completa. Se solicitan marcadores de daño miocardio y d- dinero.
El paciente comienza con incremento de dolor y mantiene la ingurgitacion yugular bilateral y una llamativa coloración violácea facial sugestiva de congestión / edema facial.
Ante esta situación se desplaza al paciente al box vital sospechando patología aórtica aguda.
Se estabiliza al paciente y se analgesia además de avisar al servicio de cuidados intensivos del hospital.
Se realiza placa de tórax portátil urgente y ecocardiocopia a pie de cama con mal acceso sonografico pero lo suficiente como para descartar taponamiento cardíaco.
En la radiografía, se visualiza un llamativo ensanchamiento del mediastino.
Se solicita Tc de Aorta + protocolo tep con resultado concluyente: aneurisma de raíz aórtica (afectación valvular, con disección y dilatación de más de 6 cm)
Se activa el protocolo de traslado a hospital con cirugía cardiaca y vascular presencial para proceder a la valoración de cirugía urgente con recambio protésico.
Se contacta previamente con dicho servicio para transferir rápidamente todas las pruebas complementarias y facilitar preaviso de la situación del paciente y así preparar el quirófano mientras se traslada al paciente en ambulancia UVI con protocolo de colchón de vacío.
Se consigue el traslado con éxito y se procede a realizar el acto quirúrgico de manera inmediata.
La cirugía cursa sin complicaciones graves, el paciente se recupera en planta de hospitalización y es dado de alta a los pocos días con una evolución más que satisfactoria.

CONCLUSIONES

El abordaje urgente de patologías tiempodependientes por equipos cualificados, coordinados y entrenados para la estabilización, estudio y tratamiento de estos pacientes en un corto espacio de tiempo, permitió en poco más de dos horas que el paciente tuviera el diagnóstico exacto y fue trasladado al centro especializado donde se realizó la cirugía.
En este caso predominó la suma del trabajo de todos por encima de la individualidad .

P. #226

CUANDO EN LUGAR DE LÍQUIDO HAY AIRE

Yolanda Aranda García, Andrea Lorda Valle, Patricia Alva García, Cristina De La Casa Resino
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años, acude al servicio de urgencias por presentar dolor centro torácico opresivo de inicio brusco 5h antes de consultar, que empeora con el decúbito y mejora con la sedestación. Niega antecedente traumático. Ha estado en tratamiento con penicilina por un cuadro de amigdalitis en los días anteriores. Es valorado por su médico de primaria, le realiza un EKG en donde se objetiva repolarización precoz en todas las derivaciones, y ante la sospecha de pericarditis le deriva para valoración.
A su llegada a urgencias se encuentra estable clínica y hemodinámicamente, afectado por dolor, afebril
Se realiza ecocardiografía a pie de cama. No se visualiza derrame pericárdico. Contractilidad y FEVI visual conservadas.
Se realiza electrocardiograma, sin alteraciones salvo la repolarización precoz.
Sospecha diagnóstica: pericarditis aguda
Se solicita analítica y radiografía de tórax y se pauta analgesia con antiinflamatorios.
Pruebas complementarias
Analítica:
Bioquímica: Glucosa 67 mg/dL , Creatinina 0.75 mg/dL , Sodio 138 mmol/L (135 - 145), Potasio 4.02 mmol/L Bilirrubina Total 0.84 mg/dL ,AST/GOT 30 U/L , ALT/GPT 13 U/L ,GGT 30 U/L , LDH 201 U/L , Fosfatasa Alcalina 85 U/L (53 - 128),Proteína C-reactiva 5.9 mg/L
Hemograma: Hemoglobina 17.60 g/dL ,Plaquetas 242.00 10^3/µl, Leucocitos 13.10 10^3/µl , Neutrófilos 8.99 10^3/µl (1.5 - 6.5), Linfocitos 2.17 10^3/µl (1.1 - 3.5).
Coagulación: TP (Tiempo de Protrombina) 11.90 s I.N.R. 1.05 Fibrinógeno derivado 489.0 mg/dL
Rx tórax: ICT dentro de límites normales, no derrame pleural, no condensaciones neumónicas. Se objetiva neumopericardio
Ante el hallazgo radiológico se completa el estudio con TAC tórax.
TAC tórax: Neumomediastino, que se extiende a recesos pericárdicos y árbol traqueobronquial principal, sin compromiso de ramas lobares, ni de la pleura. No condiciona efectos de masa sobre los grandes vasos ni estructuras mediastínicas adyacentes. No se observan adenopatías mediastínicas, axilares o supraclaviculares. No hay derrame pleural ni derrame pericárdico. En el parénquima pulmonar no se observan consolidaciones.

CONCLUSIONES

Juicio clínico
Neumomediastino sin signos de complicación.
Evolución
El paciente mejora con analgesia pautada. Permanece estable en todo momento.
Se solicita valoración por cirugía torácica. Se decide ingreso para vigilancia. Ante el antecedente de amigdalitis se inicia cobertura antibiótica con amoxicilina/ac clavulánico.

P. #254

DOCTORA, MI MARIDO HACE COSAS RARAS

María Albero Albero, Patxi Lucio Dávila, Javier Terol Vera
Hospital Virgen De Los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente de 67 años de edad sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales, destacar hipertensión arterial y dislipemia. Sin antecedentes familiares de interés.
Acude al servicio de urgencias por haber presentado cuadro de agitación, desorientación, actitud "extraña" y dolor centrotorácico (cerca de escotadura esternal), junto con relajación de esfínteres. Niega cefalea y/o otra clínica asociada.
Exploración física:
A su llegada a urgencias el paciente está estable clínica y hemodinámicamente
TA 105/60 mmHg, FC 90 lpm, afebril (Tª 36.2 °C), SatO2 96% sin tiraje ni signos de obstrucción al flujo aéreo.
Presenta regular estado general. Normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Desorientado en tiempo, lugar y espacio. Discurso incoherente. Agitación psicomotriz.
Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos ni roces audibles.
Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos
Abdomen timpánico, molesto a la palpación de forma generalizada
Pruebas complementarias:
* Analítica sanguínea: bioquímica, hemograma y coagulación con resultados dentro de la normalidad.
* TC cerebro: No se observan signos de hemorragia intracraneal
* TC vascular arteria aorta: Disección de aorta ascendente desde raíz (tipo A de Stanford) con luz verdadera de pequeño calibre. Se extiende hasta cayado, tronco bovino y arteria subclavia izquierda y sin alcanzar la aorta descendente (De Bakey tipo II).
Evolución:
Se trata de un paciente con cuadro de desorientación y agitación psicomotriz que precisa contención mecánica y administración de varias dosis de midazolam.
Ante hallazgos de pruebas de imagen solicitadas desde el servicio de urgencias, se contacta con Cirugía Cardiaca del Hospital General de Valencia para gestionar traslado para realizar cirugía urgente.
El paciente experimenta gran empeoramiento clínico y hemodinámico, con disminución del estado de consciencia, por lo que se procede a administrar midazolam y rocuronio con posterior intubación orotraqueal previo al traslado por parte del SAMU
En el HGU Valencia, presenta una parada cardiorrespiratoria durante el inicio de la incisión, requiriendo apertura emergente con masaje cardíaco directo, administración de adrenalina y desfibrilación tras salida en taquicardia ventricular. Se implanta marcapasos epicárdico. Se realiza sustitución de aorta ascendente y hemiarco por arteria femoral izquierda.
Tras salida del quirófano, presenta inestabilidad hemodinámica con disfunción derecha, precisando dobutamina y noradrenalina. Requerimiento de octaplex, 4 concentrados de hematíes, 3 de plasma fresco congelado, plaquetas y fibrinógeno.
Ingresa a cargo del servicio de Medicina Intensiva, donde permanece ingresado durante 2 meses hasta ser trasladado a su hospital de referencia y posteriormente a Hospital de media y larga estancia para mejor cuidado y recuperación.
Diagnóstico final:
Disección aórtica tipo A de Stanford/II De Bakey

CONCLUSIONES

* Importancia de realizar una correcta anamnesis, tener una sospecha clínica y solicitar pruebas complementarias para actuar en el mínimo tiempo posible
* Necesidad de disponer de un equipo multidisciplinar para poder actuar con la mayor brevedad posible.
* Importancia de incluir la disección aórtica (sobre todo la tipo A) dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con manifestaciones neurológicas, ya que se han reportado hasta en un 20-30% de estos pacientes.

P. #275

MIOMAPATÍA DE TAKOTSUBO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

Patricia Cayuela García, María Del Carmen Marín Infer, Pedro Jara Navarro, Elena García Gutiérrez, Marta Arrufat Sánchez, Lourdes Ruiz Parra

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 68 años, en estudio en cardiología por dolor torácico tipo ángor de esfuerzo de un año de evolución. Estudio completado con ecocardiograma y coronariografía donde no se observan alteraciones. Acude al servicio de urgencias por dolor torácico opresivo de aparición brusca, irradiado a ambos hemitórax, de una hora de evolución. El dolor fue desencadenado tras una sesión de pilates. Acompaña sudoración profusa y disnea leve. No fiebre, palpitaciones ni síncopes previos.
A la exploración física, la paciente está consciente y orientada, tensión arterial 114/73 mmHg, frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno del 92% ambiente. No ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, campos pulmonares limpios. Abdomen sin hallazgos relevantes, pulsos periféricos presentes y simétricos.
En el electrocardiograma se observa morfología de bloqueo completo de rama izquierda del haz de Hiss (BCRIHH) ya conocido con elevación del segmento ST mínimo de V1 a V3. Troponina I ultrasensible 100 ng/L (valores normales < 34). Se decide ingreso para completar estudio con ecocardiograma y coronariografía.
Ecocardiograma: hipocinesia de septo medio apical aislado con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) normal.
Se administra Ácido Acetil Salicílico (AAS) 300mgr junto con Clopidogrel 600mgr, al no disponer de Prasugrel ni Ticagrelor y se realiza coronariografía urgente.
En la coronariografía urgente se observan las arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas.
Se establece diagnóstico de miocardiopatía de Takotsubo. Se inicia tratamiento con betabloqueantes (bisoprolol 2.5 mg/día), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (enalapril 2.5 mg/día) y diuréticos si hay signos de sobrecarga de volumen. Se recomienda evitar situaciones de estrés y realizar seguimiento con ecocardiograma seriado.
Evolución favorable y normalización de la función ventricular en control ecocardiográfico al mes.

CONCLUSIONES

1. La miocardiopatía de Takotsubo es una causa infrecuente de dolor torácico que puede simular un infarto agudo de miocardio.
2. La ausencia de lesiones coronarias obstructivas en la angiografía y la disfunción apical transitoria son características distintivas de esta patología.
3. Su diagnóstico precoz en urgencias es clave para instaurar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones.
4. La terapia inicial debe incluir medidas de soporte, antiagregación y anticoagulación hasta descartar cardiopatía isquémica, tras lo cual se instaura tratamiento betabloqueante e IECA para la recuperación de la función ventricular.

P. #281

MANIFESTACIÓN INICIAL INUSUAL DE UNA PERICARDITIS SUBAGUDA

María De Los Milagros Montoya Linares, Rosa Baz Carranza, Sonia García Castro, June Ibargutxi Villadangos

Servicio Urgencias HUA, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años que acude a la urgencia por cuadro de 10 días de evolución de malestar general, astenia, disnea de moderados esfuerzos, dolor torácico bilateral de características pleuríticas y dolor abdominal epigástrico, todo ello iniciado tras vacunación antigripal.
Como Antecedentes Personales destacan Alergia a Penicilinas, Hiperlipidemia en tratamiento dietético y Gastritis Crónica antral ;único tratamiento diario con Omeprazol 20 mg .
La Exploración Física no llama la atención; se encuentra afebril, eupneico, con saturaciones de 96% aire ambiente, con cifras tensionales de 124/86 mmHg y con una frecuencia cardiaca a su llegada de 120.
En las Exploraciones Complementarias se objetivan rachas paroxísticas y recurrentes de un ritmo compatible con un Flutter auricular atípico de conducción variable alternando con ritmo sinusal; como alteraciones analíticas a destacar una GPT de 110, una GOT de 69, una PCR de 18 y una linfopenia leve (900) ; en la radiografía de Tórax no se aprecian alteraciones reseñables.
Se decide alta con el diagnóstico de Futter Auricular Paroxístico Recurrente, con anticoagulación oral (presenta un Chads vac2) y se recomienda completar estudio de hipertransaminasemia.
Acude a la urgencia 4 días después por astenia persistente y progresión de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos; aunque se mantiene estable hemodinámicamente y eupneico en el servicio y no presenta Ingurgitación Yugular ni roce pericárdico a la exploración, se objetiva en imagen radiológica (Rx) aumento de silueta cardiaca con respecto a Rx previa y derrame pleural bilateral; en Electrocardiograma (ECG) ritmo sinusal con bajos voltajes, por lo que, ante la sospecha de derrame pericárdico, se realiza Ecocardiograma Transtorácico (ETT), que confirma la presencia de derrame pericárdico severo en esos momentos sin datos de taponamiento cardiaco, por lo que ingresa a cargo del servicio de Intensivos.
Durante su estancia en dicho servicio se procede a realizar Pericardiocentesis por presentar aumento del derrame pericárdico acompañado de congestion hepática y deterioro de la función renal, obteniendo 500 cc totales de un derrame de aspecto hemático. Se retira el drenaje tras mejoría clínica, analítica y comprobación ecocardiográfica de ausencia de derrame.
Pasa a planta de Cardiología, donde se mantiene estable hemodinámicamente, sin recurrencia de la sintomatología ni nueva aparición de líquido pericárdico.
Se realizan estudios complementarios pertinentes: en estudio de derrame pericárdico (hemático) sólamente se aprecian parámetros de inflamación crónica (linfocitos) ;se descartan neoplasias ocultas y etiología autoinmune.
Monitorizado durante toda su estancia en el servicio (más de 1 semana) sin volver a objetivar trastornos del ritmo, por lo que se

suspende anticoagulación.
Presenta mejoría radiológica del derrame pleural bilateral tras instauración de tratamiento diurético, así como mejoría de su capacidad respiratoria junto al inicio de fisioterapia respiratoria.
Se decide alta con el diagnóstico de:
Pleuropericarditis subaguda 2° a vacunación antigripal que cursa con derrame pericárdico severo probablemente empeorado tras el inicio de anticoagulación.
Se instaura tratamiento con Colchicina e Ibuprofeno en pauta descendente.

CONCLUSIONES

- La pericarditis es una de las patologías responsables de asistencia a un servicio de urgencias.
- La Pericarditis puede clasificarse en Aguda, Subaguda o Crónica según el tiempo de presentación.
- Pensar en una pericarditis ante alteraciones electrocardiográficas sugestivas, incremento del indice cardiotorácico, clínica de dolor torácico pleurítico y auscultación de roce pericárdico.
- Buscar siempre las posibles complicaciones de una Pericarditis y tratarlas :apoyarnos en el uso de Ecoscopia/Ecocardiografía
- Una de las manifestaciones de la Pericarditis pueden ser arritmias del tipo Flutter-Fibrilación auricular dada la proximidad del nodo sinusal al epicardio auricular y de éste al pericardio parietal inflamado.

P. #296

UN GRAN DISGUSTO

Laia Llaberia Declara, Rosa María Serrano Martos
Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años sin antecedentes de interés, que es traída a urgencias por dolor torácico (DT) y disnea súbita, iniciada después de la noticia de la muerte de un familiar próximo. A su llegada a urgencias, presenta taquicardia (frecuencia cardíaca (FC) 120lpm) y saturación de oxígeno (SatO2) 88% con frecuencia respiratoria (FR) 30rpm, con musmullo vesicular conservado y algún sibilante aislado a l'auscultación respiratoria. Inicialmente orientada como disnea mixta e iniciados tratamientos broncodilatadores con salbutamol y bromuro de ipratropio, junto con furosemida endovenosa. Durante su estancia inicia empeoramiento clínico con aumento de la FR, empeoramiento de la saturación de oxígeno e hipertensión arterial, empeoramiento en la auscultación pulmonar con crepitantes generalizados, que hacen pensar en la instauración de un edema agudo de pulmón (EAP), requiriendo ventilación mecánica no invasiva (VMNI) e inicio de perfusión de nitroglicerina; se realitza electrocardiograma sin alteraciones agudas de coronariopatía. Analítica que destaca troponina 38ng/L y dímero D positivo (3294mcg/L), por lo que se realiza angioTAC pulmonar que descarta tromboempolismo pulmonar (TEP). EVOLUCIÓN. La paciente presenta mejoría clínica en urgencias, pudiendo retirar VMNI a las 6h de su inicio y la perfusión de forma progresiva. Se procede a su ingreso en planta de cardiología para estudio, realizándose una ecografía cardíaca objetivando prolapso de valva posterior mitral con insuficiencia mitral (IM) grave, llamado Síndrome de Barlow.

CONCLUSIONES

El DT es una causa común de consulta en los servicios de urgencias, presentando también un diagnóstico diferencial amplio, que como profesionales debemos tener en cuenta; considerando que los pacientes no son estancos sino que tienen clínica dinámica que puede mejorar y empeorar a lo largo de su ingreso en nuestro servicio. En este caso, el desconocimiento de la valvulopatía del corazón de la paciente, nos hizo iniciar un tratamiento orientado en otra rama en el diagnóstico diferencial del dolor torácico. El síndrome de Barlow es una de las causas de insuficiencia mitral primaria, junto con la degenerativa, que se debe tener en cuenta en gente joven que inicien insuficiencia cardíaca de causa desconocida.

P. #319

TUMOR FANTASMA PULMONAR SIMULANDO SÍNDROME TÓXICO

YOSMAIRY YOSELYN Ferrini Briceño, Claudia Abad Galecio, XIMENA Maulen Radovan

Hospital Comarcal del Ripolles, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 85 años con antecedentes patológicos de canal lumbar estrecho L4-L5, artrosis, polialtralgias, cardiopatía hipertensiva con hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo FEVI normal, refiere mientras terminaba de comer, comenzó con un dolor abdominal intenso que se irradiaba desde el estómago hacia las piernas, difícil de describir claramente. Desde entonces, ha presentado anorexia con ingestas mínimas y una pérdida de peso de 4 kg en el último mes, sin síntomas digestivos específicos. Asimismo, refiere fatiga y disnea que le han impedido realizar sus actividades habituales, pasando muchas horas en cama o sentado en un sillón.
Examen Fisico: TA: 185/74mmhg FC: 75 Tª 36.5 satO2 94% basal.
Exploración fisica sin alteración significativa.
Rx de Torax: ICT al límite, pinzamiento de ambos senos costofrénicos, presencia de una imagen en forma de masa redondeada en la región de la cisura derecha que podría ser compatible con un tumor fantasma. Infiltrado en la base derecha, en la radiografía de control desaparece la masa y queda únicamente cissuritis."
ECG ritmo sinusal a 80 lpm, bloqueo de rama derecha, ondas T negativas de V1-V6, no presentes en ECG previo.
Analítica: Hb: 16.1, Ht: 47.9, plaq: 166, leucos: 9.05 (N 74%), INR: 1.13, Fibrinogen: 634, G: 113, urea: 82.09, creat: 2.17 FG: 26.73, Bb: 1.19, GOT: 16, GPT: 15, GGT: 25, FA: 68, Amilasa: 57.32, Na: 138, K_ 4.01, Cl 105, ca iònic: 4.57, lactat: 16, Trop T: 89 120, NT-pro-BNP: >35.000, PCR: 1.76
GSA basal: Ph: 7.44, PCO2: 39, PO2: 71, HCO3: 26.5, satO2 95%.

CONCLUSIONES

El "tumor fantasma" o "tumor evanescente" es una entidad radiológica que se caracteriza por la acumulación de líquido en el espacio pleural interlobar, generando una imagen que puede simular una masa pulmonar. Este hallazgo es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva descompensada y tiende a resolverse con el tratamiento adecuado, principalmente con diuréticos.
El principal reto que presenta el tumor fantasma es su diagnóstico diferencial con otras patologías pulmonares, como neoplasias, abscesos o quistes pulmonares. El artículo de la Revista Colombiana de Cardiología destaca la necesidad de un correcto reconocimiento de esta entidad para evitar procedimientos diagnósticos invasivos innecesarios, los cuales pueden aumentar la morbimortalidad del paciente y los costos en salud (1).
El paciente que inicia un cuadro de bajas ingestas que podrían llevar a hipoalbuminemia y falta de volumen, lo que condiciona una insuficiencia cardíaca congestiva en forma de tercer espacio, con acumulación de líquido, presentando derrame pleural, cisuritis en forma de "tumor fantasma" y un mínimo derrame pericárdico, con escasa sintomatología.
Se inicia tratamiento diurético con albúmina previamente y, al mismo tiempo, hidratación para incrementar los volúmenes. Asimismo, se inicia tratamiento con enalapril, bisoprolol y dapagliflozina. Se observa una mejoría progresiva con desaparición de la fatiga y la disnea, así como una mejora lentamente progresiva de los parámetros analíticos.

P. #327

SÍNDROME DE KOUNIS. UNA ANGINA ALÉRGICA

Isabel Jiménez Ruiz[1], Jorge Beltrán Hortelano[1], Carmen María Jiménez Ruiz[2], María Vallo Arjonilla[3], Carolina Carvajal Valenciano[4], Ana Isabel Osuna García[1]

1. Complejo Asistencial de Soria, Soria, España
2. Hospital Infanta Margarita, Cabra, España
3. Hospital Universitario La Línea de la Concepción, La Línea De La Concepción, España
4. Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 71 años, con antecedentes personales de urticaria crónica por déficit de Inmunoglobulina A y poliartritis indiferenciada, que acude a urgencias trasladada por Unidad Médica de Emergencias por episodio de edema de mucosa labial, sensación de cuerpo extraño faríngeo, disfonía, sin edema de úvula, que ha precisado tratamiento con Metilpredninsolona 80 mg, Actocortina 100 mg y Adrenalina 1 mg en Centro de atención primaria, con escasa respuesta.

En el trayecto desde el pueblo en el que vive comienza con dolor en región torácica izquierda, no opresivo, con irradiación a miembro superior izquierdo y mandíbula, con sensación de palpitaciones, náuseas sin vómitos.

La paciente refiere episodios similares previos durante los meses anteriores que se desencadenaban con el ejercicio y cedían en reposo.

A su llegada a Urgencias, presenta nuevamente sensación de carraspeo y cuerpo extraño faríngeo, que remite con administración de Actocortina 100 mg, Pantoprazol 40 mg y nebulización con Atrovent y Salbutamol.

Ante la clínica anginosa que presenta que administra dosis de carga con Ácido acetilsalicílico 300 mg, Clopidogrel 300 mg y Atorvastatina 80 mg, se coloca segunda vía periférica y se extrae muestra sanguínea.

Durante el último mes había sido atendida en atención primaria por lesiones cutáneas habonosas en 4 ocasiones, con remisión con metilprednisolona y dexclorfenilamina.

En esta ocasión niega ingesta de tratamiento analgésico ni antiinflamatorio ni otra medicación de nueva introducción. No ingesta de alimentos alérgenos.

A la exploración mantiene constantes vitales en rango de normalidad, y presenta edema de mucosa labial, discreto edema de párpados, con úvula sin alteraciones y auscultación cardiopulmonar anodina.

Electrocardiograma sin alteraciones en Urgencias. Radiografía de tórax sin alteraciones. Seriación enzimas cardiacas a su llegada 10 pg/mL, primera hora 38 pg/ml y tercera hora 57 pg/ml. Ante la elevación progresiva ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos bajo monitorización continua. Durante su estancia presenta nuevo episodio similar con ECG en el momento del dolor con mínima elevación del ST <1MM en cara inferior que fue transitoria y cedió espontáneamente.

Se realiza ecocardiograma sin cardiopatía estructural y se remite a hospital de referencia para realización de cateterismo cardiaco sin lesiones angiográficas.

Durante su ingreso es valorada por alergología para descartar anafilaxia secundaria a lanzoprasol, inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 y frutos secos.

Evoluciona de forma favorable, manteniéndose asintomática y se asume como síndrome coronario agudo tipo 2 en contexto de alergia o síndrome de Kounis.

CONCLUSIONES

El síndrome de Kounis es la asociación de síndrome coronario agudo secundario a una reacción anafiláctica.

Es causado por mediadores inflamatorios como histamina, triptasa, productos del ácido araquidónico, factor activador de plaquetas y una variedad de citoquinas y quimiocinas liberadas durante el proceso de activación y degranulación de mastocitos que actúan en el sistema cardiovascular.

Su etiología puede ser multifactorial.

Para su diagnóstico se solicitan desde urgencias los mismos estudios que para cualquier síndrome coronario.

Existen tres variantes: tipo I arterias coronarias normales, tipo II enfermedad aterosclerótica preexistente, tipo III trombosis del stent coronario. La angiografía coronaria permite diferenciar entre patrón tipo I o II y así guiar la terapia.

No existen guías de tratamiento para los pacientes con síndrome de Kounis, aunque el manejo en su fase aguda, debe involucrar el tratamiento del síndrome coronario agudo y la supresión de la reacción alérgica.

P. #354

DERRAME PERICÁRDICO CRÓNICO SEVERO IDIOPÁTICO, SIN TAPONAMIENTO CARDIACO

Marina María Mendoza Jiménez[1], Javier Jalvo Lorente[1], Paloma Fernández Martín[1], Celia Lara Montes[1], Ana María Mendoza Jiménez[2], María Teresa Alcolea Sáez[3]

1. Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España
2. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón De Ardoz, España
3. Hospital Universitario del Henares, Coslada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 83 años que acude a Urgencias por disnea progresiva de 2 meses de evolución con franco empeoramiento en la última semana presentando disnea de reposo, sin clara ortopnea. Se acompaña de discreto aumento de edemas en miembros inferiores.
No dolor torácico. No palpitaciones, mareo ni síncope.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Talla (cm): 172, Peso (kg): 90.2, IMC (kg/m2): 30.49, Tensión sistólica (mm Hg): 123, Tensión diastólica (mm Hg): 81, Temperatura (°C): 36.40, Frecuencia cardiaca (lat/min): 75, Saturación de oxígeno (%): 95 Basal.
Paciente con buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas. Eupneico en reposo. Normohidratado, perfundido y coloreado.
Cuello: ingurgitación venosa yugular hasta ángulo mandibular.
Auscultación cardiaca: arrítmico, con tonos apagados, sin soplos.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Miembros inferiores: edemas bilaterales con fóvea hasta rodillas sobre cambios tróficos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica de sangre: Cr 1,7 (previa 1,2), PCR 40, pro-BNP 1300. Hemoglobina 12,5. INR 3,13.
- Analítica de orina: no infecciosa
- Radiografía de tórax: aumento de tamaño de silueta cardiaca, en probable relación con derrame pericárdico. Derrame pleural derecho.
- Radiografía de abdomen: no signos claros de obstrucción.
- ECG: fibrilación auricular con bajos voltajes.
- Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico severo circunferencial máximo a nivel posterior (3.9mm) con fibrina adherida, con variaciones espirofásicas significativas de los flujos transmitral y transtricuspídeo, pero sin colapso diastólico de cavidades derechas ni datos de interdependencia. Vena cava inferior dilatada sin colapso inspiratorio. FEVI global limítrofe.

Ante derrame pericárdico severo, sin taponamiento clínico, pero con desarrollo de síntomas (disnea de esfuerzo) y deterioro de función renal, se plantea pericardiocentesis diagnóstica y terapeútica con extracción de 240 cc de líquido pericárdico y se deja drenaje pericárdico.
EVOLUCIÓN:
A las 24 horas:
Auscultación cardiopulmonar: crepitantes en ambas bases pulmonares.
- Drenaje pericárdico: obtención de 1890 cc de líquido serohemático.
- Ecocardiografía transtorácica: persistencia de derrame pericárdico ligero circunferencial con fibrina adherida y vena cava no colapsable.
- Analítica de sangre: mejoría de función renal, Cr 1.15. CA 15.3, CA 19.9 y CEA normales.
- Análisis de líquido pericárdico: compatible con exudado con ADA elevado y glucosa baja. Anticuerpos antinucleares y factor reumatoide negativos
- Cultivo de líquido pericárdico: negativo. No se detecta ácido nucleico de Mycobacterium tuberculosis complex.

Se introduce furosemida y dapaglifozina. Ante probable etiología inflamatoria del derrame pericárdico, se introduce ácido acetilsalicílico 500 mg cada 8 horas y colchicina 0,5 mg cada 12 horas.
A las 72 horas:
- PET – TAC: negativo para malignidad.
- Morfología de sangre periférica: sin alteraciones significativas.
- Proteinograma C3 y C4 normales. Ig G, A y M normales; cadenas ligeras Kappa y Lambda normales. Patrón electroforético normal. Inmunofijación: No se detecta componente monoclonal.
- Citología de líquido pericárdico: negativo para malignidad.

Al mes:
- Ecocardiograma transtorácico: resolución completa del derrame pericárdico.

CONCLUSIONES

- El derrame pericárdico es la acumulación de más de 50 cc de líquido en el espacio pericárdico.
- Los síntomas de taponamiento cardiaco consisten en la tríada de Beck: ruidos cardíacos disminuidos o incluso abolidos, hipotensión e ingurgitación yugular.
- Los pacientes con derrame pericárdico crónico severo idiopático se suelen encontrar asintomáticos durante un largo periodo de tiempo, pero pueden desarrollar taponamiento cardiaco en un momento puntual, lo que requiere actuación urgente.

P. #388

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN LA VALORACIÓN DE LA DISNEA EN URGENCIAS

Pedro Alejandro Gonzales Flores, Sebastián Melgar Torena, Oswaldo Franco Ybarcena Álvarez

Hospital de Mollet, Mollet Del Vallès, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 78 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas.
Antecedentes: Hipertensión arterial, dislipemia y reflujo gastroesofágico.
Tratamiento habitual: Enalapril/hidroclorotiazida 20/12.5 mg, simvastatina 20 mg y omeprazol 40 mg al día.
Enfermedad actual: Paciente acude al servicio de urgencias por sus propios medios refiriendo sensación disneica. Explica cuadro compatible con reflujo gastroesofágico 5 días previo al ingreso. 4 dias antes de llegar a urgencias explica sensación de opresión torácica, sin vegetatismo acompañante y desde entonces disnea de esfuerzo, inicialmente a mediados esfuerzos que fue evolucionando hasta hacerse de pequeños esfuerzos.
Exploración fisica: TA 105/56 mmHg, FC 86/min, FR 22/min, SpO2 94% (AA)
Ap. Respiratorio: Crepitantes bibasales en ambos campos pulmonares.
Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Soplos sistólico III-IV/VI foco mitral. No edemas de miembros inferiores. No ingrugitación yugular.
Neurológico: Conciente y orientado. No signos meníngeos ni de focalización.
Exploraciónes complementarias
Rx tórax: Silueta cardiaca dentro de la normalidad. Redistribución de flujo.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 86/min con bloqueo de rama izquierda del haz de Hiss.
Analítica: Hb 12,3 g/dL, leucocitos 9760 mm3, glucosa 134 mg/dL, urea 24 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL, CK 190 U/L, troponina I 245 pg/mL, NT-proBNP 5760 pg/mL
Orientación diagnóstica:
1. Infarto agudo de miocardio Killip 2 en fase subaguda: Dolor torácico, electrocardiograma con bloqueo de rama izquierda no conocido y troponinas positivas.
2. Insuficiencia cardiaca aguda: Auscultación compatible con dicho proceso y NT-proBNP elevado.
Evolución:
Se decide doble antiagregación con aspirina y clopidogrel, anticoagulación con fondaparinux, diuréticos y se decide ingreso en la unidad de semicríticos para monitorización a la espera de cateterismo cardiaco.
A las pocas horas del ingreso presenta disnea progresiva a pesar el tratamiento, requiriendo cada vez más aporte de oxigeno. Además presenta tendencia a la hipotensión.
Se realiza ecocardioscopia que muestra hipocinesia septal, fracción de eyección ligeramente disminuida (FE 45%) y prolapso de valva posterior de válvula mitral que al administrar doppler color muestra una insuficiencia mitral severa. TAPSE 21 mm. No se evidencia derrame pericárdico. Vena cava inferior 18 mm no colapsable
Se realiza ecografia pulmonar y se aplica el protocolo BLUE, objetivando abundantes lineas B en todos los campos explorados, con mínimo derrame pleural derecho.
Debido al empeoramiento clínico y la insuficiencia mitral severa como posible complicación mecánica post infarto, se decide traslado urgente a hospital terciario para manejo en la unidad coronaria.
En hospital terciario se realiza cateterismo cardiaco que muestra oclusión medial de la arteria circunfleja por lo que se realiza angioplastia con balón medicado, sin colocación de stent, y la ecocardiografía reglada muestra prolapso de velo posterior por rotura de cuerda tendinosa, con fracción de eyección de 51% e hipocinesia septal y apical.
El paciente queda ingresado para cirugía de recambio valvular.
Comentario:
El síndrome coronario agudo es una emergencia vital que requiere un diagnóstico rápido y adecuado, una monitorización estricta para vigilar la posible mala evolución y complicaciones, que por lo general son graves.

CONCLUSIONES

1. La disnea es un síntoma poco específico pero muy común a diversas patologias, como en el presente caso, debido a una insuficiencia cardiaca.
2. La utilización de la ecografía (en el presente caso, ecocardioscopia) permite realizar una mayor aproximación diagnóstica lo cual permite una actitud terapeútica más adecuada.
3. Los pacientes con síndrome coronario agudo, pueden presentar complicaciones, por lo cual ha de seguirse una una estricta monitorización.

Bibliografía

1. Byrne R, Rosello X, Coughlan J et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 44 (2023): 3720-3826.
2. Quitian J, Ariza D, Rugeles T, Bermudez L. Complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio: aunque infrecuentes, potencialmente letales. Rev Col Card. 2017; 24 (5): 505-509.

P. #396

MORIR DE AMOR

María González López[1], Iris Valle Escamilla[2], María Labian Roman[1], Blanca Ros Gómez[2]

1. Hospital General, Ciudad Real, España
2. GUEST, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años que acude a nuestro servicio por presentar edemas de miembros inferiores. Como antecedentes personales, Hipertension arterial no controlada, obesidad mórbida e ingreso un mes y medio previo a la consulta por derrame pleural a estudio, que según indica la paciente, fue secundario a infección respiratoria de vías bajas. Refiere ser fumadora de unos 10 cigarrillos al dia desde hace muchos años y no realiza ningun tipo de deporte.
A su llegada tensiones arteriales de 192/127 con frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto. Saturacion normal, nos encontramos a la paciente en anasarca, con edemas generalizados. La auscultacion es normal, sin dolores generalizados, no se palpan masas ni megalias, solo edemas con fóvea hasta mitad de abdomen.
En analitica de urgencias se objetiva una leucocitosis de 16000, hiperbilirrubinemia, leve hiperglucemia, Troponina de 25,4 y un Pro-BNP de 4920 (segun laboratorio de referencia de nuestro hospital, se considera Insuficiencia Cardiaca por encima de 450). Resto de analitica dentro de valores normales.
En radiografia de torax, se observa un patron de insuficiencia cardiaca sin derrames ni pinzamientos costofrenicos, pero con Cardiomegalia marcada.
Reinterrogamos a la paciente, que comienza con labilidad emocional y nos explica que lleva tres años encerrada en casa, sin contacto social salvo su hermana y sus padres, ya que ha pasado por un proceso de divorcio complicado, del cual, refiere no se ve capaz de salir ni avanzar. No ha solicitado ayuda a profesionales ya que lo considera una perdida de tiempo y no desea explicar sus problemas a personas ajenas a ella. Incluso explica que abandono el tratamiento de Endocirnologia y la lista de espera para la cirugia Bariatrica. Se intenta explicar la importancia de la salud mental y, se le explica, que su corazon esta fallando en el momento actual por el sedentarismo y el aumento de peso tan grande que ha tenido, intentando hacerle ver, que quedarse en casa no es la solucion al problema que le rodea y que poco a poco, puede morir, o incluso, comenzar con limitaciones de vida y empeoramiento considerable de la calidad de vida.
Se avisa a cardiologo de Guardia, que le realiza ecocardiografia urgente con resultado de Cardiopatia dilatada a Filiar con una FEVI estimada menor del 40%, motivo por el que queda Ingresada a su Cargo.
Durante el Ingreso, responde correctamente a tratamiento con furosemida, la paciente perdio en torno a 17 kilos y se le diagnostica de Cardiopatica Dilatada a filiar con FEVI menor del 20%.
En la actualidad, la paciente se encuentra en seguimiento y tratamiento, iniciando tratamiento con Endocrinologia para valorar cirugia Bariatrica.

CONCLUSIONES

- Importancia de la Salud Mental en los pacientes, ya que muchas enfermedades pueden verse empeoradas por la mala calidad de esta.
- Fomentar la importancia del ejercicio y la buena alimentacion, educando a la poblacion en ello para evitar complicaciones cardiacas o endocrinas a temprana edad.

P. #402

DOCTOR, ESTE DOLOR DE PECHO SERÁ LA EMOCIÓN DE LA BODA DE MI HIJA

Felipe Quilez López, Irene Fuensanta López Martínez
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 53 años con antecedentes personas de hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán/amlodipino y con hipertiroidismo en seguimiento por parte de endocrinología, refiere que estando en la boda de su hija el día anterior, comienza de madrugada con episodio de dolor torácico en hemitórax izquierdo, de tipo opresivo, irradiado a miembro superior izquierdo, acompañado de náuseas. Cede a los pocos minutos, motivo por el que no consulta.
A la mañana siguiente, nuevo episodio de idénticas características, pero mayor intensidad, con sensación de muerte inminente y disnea de reposo, por lo que avisan a los servicios de emergencia extrahospitalaria, que administran cafinitrina sublingual y trasladan a urgencia hospitalaria donde llega asintomática.
Constantes al Ingreso: Tensión Arterial 172/96 mmHg; Frecuencia Cardiaca: 133 lpm; Saturación: 95 %;
Auscultación cardiaca: Rítmica, sin soplos ni extratonos audibles.
Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.
Extremidades: Sin edemas.
Se realiza electrocardiograma (ECG), en el que destaca onda T isodifásica en V2-V4 y se serian marcadores de daño miocardio, que asciende hasta 1.239 ng/L, administrando doble antiagregación (Acido Acetilsalicílico 300mg y Ticagrelor 180mg).
La paciente termina ingresando en Unidad Cuidados Intensivos (UCI) donde se continúa tratamiento con doble antiagregación, anticoagulación, betabloqueante e IECA. Asintomática desde su ingreso en UCI. Se solicitó coronariografía preferente que no mostraba lesiones coronarias así como monitorización de enzimas cardiacas que muestra valores de troponina máximos de 1500 que van en descenso. Se realiza ECG al alta mostrando un ritmo sinusal 60 latidos por minuto, PR normal, QRS estrecho, ondas T negativas muy profundas V2-V5, I y aVL por lo que es dada de alta de la UCI, ingresando en planta de cardiología.
En plata de cardiología, permanece asintomática y estable. Tras coronariografía sin lesiones significativas, se solicitó RMN cardíaca, en la que no se aprecian signos de realce tardío subendocárdico, aunque sí zonas de hipocinesia septal basal-media, con fracción de elección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada.
Dado que los datos de imagen no son concluyentes con respecto a miocardiopatía de estrés versus infarto de miocardio repermeabilizado, desde la unidad de cardiologías optan por mantener tratamiento con doble antiagregación y tratamiento para la prevención secundaria de cardiopatía isquémica.

CONCLUSIONES

El Sindrome de Wellens (SW) se describe como angina inestable con anomalías en las ondas T en derivaciones precordiales.
El SW se correlaciona en más del 90% de los casos con lesión en al menos el 50% de la arteria descendente anterior.
El SW se puede dividir en dos tipos de acuerdo a las características del ECG: tipo 1(24% casos) consta de T bifásicas en V2-V3 y el tipo 2 (76%) caracterizado por la inversión de la onda T, profundas y simétricas de V1-V4. Además, se deben cumplir los siguientes criterios: antecedentes de dolor torácico, niveles normales de enzimas cardiacas o mínimamente elevados y ECG sin ondas Q, sin elevación significativa del segmento ST.
Este signos electrocardiográfico tiene gran valor diagnóstico y pronóstico, dado que si no se revasculariza, puede evolucionar a infarto de miocardio anterior extenso con elevada morbimortalidad.

P. #404

NO TODO ES ELEVACIÓN DE ST

Damián Jesús González León[1][2], Enrique Noé Navarro Jiménez[1], Raquel Rodríguez Sánchez[1], David García Garcimartín[1], Alba García - Páramo Bernáldez[1][2], Alfonso Sabrido Torres[1][2]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España
2. Gerencia Atención Primaria de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción: Varón de 60 años independiente, vida activa, aunque hace 3 meses le colocaron una artroplastia de cadera que lo mantuvo más inactivo, ex fumador e hipertenso en tratamiento con enalapril que refiere haber presentado 4 episodios de dolor torácico.
Anamnesis: El paciente sufrió dos episodios de dolor en reposo el día anterior de unos 2 - 3 minutos de duración y de características opresivas, sin irradiación, sin cambios con los movimientos o con la respiración y asociando sudoración y ligera sensación nauseosa en los momentos de dolor. El día de hoy ha presentado otros dos episodios de características similares a los previos pero sin náuseas y que mejoraron ligeramente al tumbarse. Por el 2° dolor del día de hoy, que tuvo mayor duración, acudió al centro de salud donde lo terminan derivando a urgencias y por el que le dan una medicación sublingual con la que ha cedido el dolor, aunque no especifican ni el paciente qué medicación es.
Exploración: En la exploración el paciente estaba consciente, alerta, colaborador, en buen estado general, totalmente asintomático, orientado en las tres esferas, estable hemodinámicamente, con buena coloración mucocutánea, eupneico, bien perfundido, afebril, hidratado, nutrido y con una exploración física completamente normal, si ningún dato que indique patología aguda. Tras la anamnesis y exploración, se dejó al paciente monitorizado y se solicitaron electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax, analítica con troponina y proBNP y gasometría venosa (GSV).
Diagnósticos diferenciales: Tras esto se plantean diferentes diagnósticos entre los cuales se encontraban: una sobrecarga muscular o traumatismo costal, una infección respiratoria, una neumonía, un neumotórax, un espasmo esofágico difuso, la presencia de reflujo gastroesofágico, una pericarditis, un síndrome aórtico, una angina inestable o un síndrome coronario agudo.
Pruebas complementarias: Todas las pruebas complementarias fueron normales, incluso la troponina con valores de 14.00 ng/L. Sin embargo, en el ECG se observaba un ritmo sinusal a 85 lpm, PR normal, eje normal, QRS normal pero con unas ondas T bifásicas de V2-V4 y una T negativa en III, no presentes en ECGs previos.
Diagnóstico final: Tras analizar todos los resultados y teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales planteados al comienzo, se llegó a la conclusión de que se trataba de un Síndrome de Wellens tipo II. Se trata de un subtipo de angina inestable con muy alto riesgo de progresión a infarto agudo de miocardio en cara anterior. Esto se debe a que el Síndrome de Wellens nos indica, con una alta sensibilidad y especificidad, un grave compromiso en la arteria descendente anterior conllevando una urgencia vital para el paciente.
Conclusión del caso: Tras esto se habla con el servicio de cardiología que realiza coronariografía urgente donde se observa lesión de tres vasos: arteria descendente anterior con lesión severa (90%) en segmento medio, arteria circunfleja con una lesión severa (90%) distal, oclusión subtotal (99%) de arteria descendente posterior y coronaria derecha escasamente desarrollada, difusa y severamente enferma. Tras los hallazgos se procede a realizar intervención cardiaca percutánea (ICP) con STENT farmacoactivo en arteria descendente anterior y arteria circunfleja. La coronaria derecha no era revascularizable.

CONCLUSIONES

Una buena anamnesis es de vital importancia para el correcto enfoque de la patología que sufre un paciente.
Una rápida, cuidadosa y correcta interpretación de las pruebas complementarias es básica para el correcto diagnóstico y abordaje.
En cualquier dolor torácico, el ECG, realizado en menos de 10 minutos, es una prueba indolora y rápida que nos aporta gran información.
La familiarización con ECGs menos típicos.
Es fundamental un correcto enfoque, análisis y puesta en común de todos los datos y toda la información de la que disponemos para llegar al problema final del paciente.

P. #475

MAREO A ESTUDIO: TAQUICARDIA VENTRICULAR POR FEOCROMOCITOMA

Marina Monje De Velasco, Maialen Gutiérrez Serrano, Ana Romero Alonso, Celia Villanueva Llorente, Izaskun Echevarría Sainz-Ezquerra, Miren Amaia Ruiz Echebarria

Hospital San Eloy, OSI Barakaldo Sestao, Osakidetza, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 30 años, sin antecedentes médicos personales ni familiares de interés. Acude por cuadro de 15 días de evolución de episodios autolimitados de segundos de duración de palpitaciones asociadas a cefalea, mareo, visión borrosa, sin dolor torácico, cefalea ni síncope asociados. En EF CyC sin IY, AC rítmica sin soplos AP con mvc sin ruidos añadidos. Abdomen sin soplos y EEII sin edemas. TA 129/84, FC 85, Temp 37.0, SO2 99AA FR 17.
Dejamos en observación con monitorización por el mareo que refiere y realizamos AS con TSH, Dimero D, TnI y hemograma siendo todo normal incluido perfil hepático y renal. Durante su estancia en urgencias, se observan en monitor, rachas de segundos de duración de taquicardia de QRS ancho monomorfa con BRIHH y frecuencia mayor de 300lpm, durante las cuales presenta la clínica referida por la paciente. Se decide comentar con Coronarias en hospital terciario de referencia y se traslada a su centro para ingreso y estudio, dejando en unidad de Coronarias por no poder descartar cardiopatía estructural ni carácter maligno de las mismas.
Durante el ingreso en planta se realiza Ecocardiograma, TAC coronario y RM normales, salvo hallazgo casual de masa suprarrenal de 4.5 cm sugestiva de feocromocitoma en TAC abdominal. Se inicia alfabloqueo con fenoxibenzamina y betabloqueo con esmolol con disminución progresiva de las arritmias y cese finalmente de las mismas. Se realiza cirugía de adrenectomía laparosópica. Durante los análisis de control, se observa disminución progresiva de catecolaminas, altas en analítica de rutina inicial y se mantiene solo medicación betabloqueante tras correcta evolución clínica.

CONCLUSIONES

El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas que procede de las células cromafines del sistema nervioso simpático. Habitualmente deriva de la médula adrenal y tiene una incidencia baja.
El feocromocitoma se presenta clínicamente con cefalea, sudoración y palpitaciones asociadas a hipertensión, insuficiencia cardiaca y arritmias debidas a la secreción de catecolaminas. La presencia de taquicardia ventricular (TV) y shock cardiogénico es menos frecuente pero tiene mayor mortalidad.
La taquicardia ventricular es un ritmo cardíaco rápido que se produce en uno de los ventrículos del corazón. Es una especie de cortocircuito eléctrico que se mueve rápidamente en un círculo en frecuencias que oscilan los 150-250 lpm. Puede ser momomorfa o polimorfa y sostenida o no sostenida. Es un ritmo cardiaco potencialmente mortal.

P. #511

UNA OMALGIA QUE TERMINA EN UCI

Lucía Salgado Pérez[1], Laura Viaño Iglesias[1], Irene Inglés Macebo[2], Olga Estremera López[2], José Costell Jaime[2], Eva Pérez Valle[2]

1. Hospital INFANTA LEONOR, Madrid, España
2. Hospital infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un varón joven de 20 años, natural de Marruecos, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedente reciente de viriasis tras un viaje a Marruecos, que pasan a área de pacientes leves con triaje “omalgia izquierda”. Al valorarlo, refiere dolor torácico opresivo irradiado al hombro izquierdo, con un vómito al inicio del cuadro.
El ECG inicial mostró un patrón sugestivo de afectación miocárdica, lo que motivó su traslado a box vital para monitorización estrecha y valoración por Cardiología. Las pruebas complementarias revelaron una elevación significativa de biomarcadores de daño miocárdico (troponina I 14971 pg/mL, CPK 1478 U/L), así¬ como alteraciones segmentarias en el ecocardiograma, compatibles con un proceso inflamatorio miocárdico.
Ante la sospecha de miocarditis aguda, el paciente ingresa en UCI para monitorización y tratamiento con antiinflamatorio y analgésico con AAS + paracetamol. La evolución fue favorable, con descenso progresivo de enzimas cardí¬acas (TnI 14971–43969–32594– >13773) y estabilidad clí¬nica, lo que permitió su traslado a planta de Cardiología y posterior alta hospitalaria.
La resonancia magnética cardíaca confirmó el diagnóstico de miocarditis aguda. El estudio inmunológico y serológico fue negativo, sin hallazgos sugestivos de etiologí¬a autoinmune o infecciosa específica. En el seguimiento ambulatorio por Cardiología, el paciente presentó buena evolución sin recurrencias.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de considerar la miocarditis en pacientes jóvenes con dolor torácico y alteraciones electrocardiográficas, incluso en ausencia de factores de riesgo cardiovascular, y la importancia de realización de una buena historia clínica para valorar los posibles pacientes graves que se mande en áreas hospitalarias de pacientes leves tras un triaje inicial.
También subraya el papel clave de la monitorización estrecha y la resonancia magnética en su diagnóstico y manejo.

P. #514

DISECCION DE AORTA, HAY QUE TENER ALTA SOSPECHA

María Del Carmen Orts Cansino, Ana Bayo Sevilla, Paloma Arias García

MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años natural de Argentina. Como antecedentes de interés; trasplante renal, HTA, asma, trastorno de ansiedad.
Acude a urgencias por disnea, "pinchazos" a nivel retroesternal que irradian a zona cervical y mal estar general de horas de evolución, y que relaciona con estado de nerviosismo por problema personal. Afiebre. No cortejo vegetativo acompañante. No clínica respiratoria ni digestiva.
Constantes: tensión arterial 133/90, frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto y Saturación de oxígeno del 100%.
Exploración: consciente y orientada, normocoloreada y normohidratada, eupneica en reposo. Normofonesis pulmonar sin ruidos patológicos. Tonos cardiacos rítmicos con soplo sistólico II/VI en foco aórtico. Exploración neurológica normal.
Se administra lorazepam 1mg sublingual y paracetamol endovenoso.
En las analíticas realizadas en Urgencias se mostraba hemograma, coagulación, bioquímica con perfil hepático, enzimas de daño miocárdico, glucemia, función renal e iones normales.
El electrocardiograma no presentaba alteraciones.
En la radiografía de tórax de observó un ensanchamiento mediastínico, y la paciente no había mejorado con la medicación administrada, presentando dolor más intenso (EVA 8/10) y diaforesis profunda. Por este motivo se realiza angioTAC de tórax urgente en el que destaca; disección de aorta torácica ascendente que se extiende por aorta abdominal hasta bifurcación aortoiliaca, hipertrofia concéntrica ventricular izquierda severa y obstrucción segmentaria de la arteria iliaca común. (Disección de aorta tipo A de Stanford).
Se realizo interconsulta con el servicio de cirugía vascular que realiza cirugía de urgencia y posteriormente la paciente ingresa en UCI.
Tras 3 días en UCI, presenta incapacidad para movilizar extremidades inferiores junto a perdida de sensibilidad a nivel de D5-T1; confirmándose que presentaba mielopatía isquémica aguda desde D5 a T1.

CONCLUSIONES

La disección aórtica aguda es una urgencia médica asociada a una alta mortalidad, por lo que es fundamental el diagnóstico precoz. El dolor torácico es el síntoma más frecuente. El tratamiento inicial consiste en el control de la presión arterial y el dolor. La prueba diagnóstica de elección es la ecocardiografía transesofágica, pero de urgencia puede usarse la TAC torácica.
El dolor torácico es una de las principales causas de consulta en las urgencias hospitalarias. Una historia clínica detallada, los hallazgos en la exploración física y las pruebas de imagen y electrocardiográficas son pilares fundamentales para el diagnóstico de la disección aórtica aguda, ya que se puede manifestar de forma variable y los signos clásicos están con frecuencia ausentes, siendo fundamental tener un alto índice de sospecha.
Las principales causas de dolor torácico, y que siempre hay que tener presentes a la hora del diagnóstico diferencial, son la cardiopatía isquémica, la pericarditis aguda, la disección aórtica, el tromboembolismo pulmonar, la enfermedad esofágica y la afección osteomuscular.

P. #515

DIAGNÓSTICO DIFRENECIAL ENTRE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMETO ST E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TIPO II A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Paula San José Alonso[1], Sebastián Felipe Ipiña Vega[2], Christian Baizán Díaz[3], Jorge Gracia Ochotorena[2]

1. 061 Cantabria, Santander, España
2. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
3. Emergencias 112 Castilla y León, Ponferrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años sin antecedentes médicos importantes, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por crisis hipertensiva y parestesias en brazo y pierna izquierdos. Se realiza electrocardiograma (ECG) que no resulta patológico, y analítica con hallazgo de troponina elevada que se mantiene en meseta en las primeras horas. Se decide ingreso en Cardiología con dos diagnósticos de sospecha a valorar: Infarto Agudo de Miocardio Sin elevación del segmento ST (IAMSEST) versus crisis hipertensiva con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) tipo II. Durante el ingreso se realiza cateterismo con hallazgo de oclusión completa de una rama marginal de la arteria circunfleja, decidiéndose por la localización de dicha oclusión y tiempo de evolución, tratamiento médico. Es finalmente diagnosticado de Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) y Cardiopatía coronaria con enfermedad de un vaso.

CONCLUSIONES

El caso presentado subraya la complejidad diagnóstica que puede surgir en pacientes con crisis hipertensiva y elevación de troponina, pero sin los síntomas clásicos de un Síndrome Coronario Agudo. Aunque la crisis hipertensiva por sí misma puede generar daño miocárdico y elevación de marcadores de daño miocárdico debido al estrés hemodinámico, la presencia de una oclusión coronaria confirmada mediante cateterismo en este paciente indicó claramente que el diagnóstico correcto era un SCASEST.

La troponina es el marcador más sensible y específico de daño miocárdico, pero su elevación no siempre implica un infarto tipo I. En contextos de estrés hemodinámico severo, como una crisis hipertensiva, la elevación de troponinas puede ser secundaria a la sobrecarga de presión o a la alteración del flujo sanguíneo miocárdico sin daño aterosclerótico, lo que se asocia con un peor pronóstico si no se maneja adecuadamente la causa subyacente.

El cateterismo coronario, que reveló una oclusión total de una rama de la arteria circunfleja, fue decisivo para confirmar el diagnóstico de SCASEST, a pesar de la ausencia de dolor torácico típico y un ECG inicial normal. La literatura muestra que el dolor torácico atípico o ausente se observa en hasta el 30% de los pacientes con infarto de miocardio, especialmente en aquellos con comorbilidades como hipertensión, diabetes o en los ancianos. Estos pacientes suelen presentar mayores complicaciones debido al retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que refuerza la importancia de la evaluación temprana con biomarcadores y estudios de imagen invasivos en casos donde exista sospecha clínica elevada.

En resumen, aunque este paciente presentó inicialmente una crisis hipertensiva sin dolor torácico típico y con un ECG normal, el hallazgo de una oclusión coronaria completa en el cateterismo confirmó el diagnóstico de SCASEST. Esto subraya la necesidad de mantener un alto grado de sospecha clínica y utilizar todas las herramientas diagnósticas disponibles en casos de crisis hipertensivas con elevación de troponinas, ya que un diagnóstico oportuno puede impactar significativamente el pronóstico del paciente.

P. #519

PICADURA DE INFARTO

Fernando Guil Giménez, Ángela Pedreño Lorente, Patricia Martínez Cañavate, Ingrid María Muñoz Serrano, Elena Belda López, Oleg Kyrychenko X

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

En la práctica clínica, hay situaciones en las que la toma de decisiones no es sencilla. Se presenta el caso de una paciente de 94 años, que es atendida en su domicilio, por un cuadro de malestar inespecífico tras dos caídas accidentales.

Se recibe un aviso del Centro Coordinador de Urgencias sobre una paciente de 94 años que ha sufrido dos caídas accidentales en el aseo de su domicilio esa mañana. La paciente no refiere traumatismo craneoencefálico ni síntomas asociados a cortejo vegetativo. Sin embargo, menciona una sensación de malestar torácico posterior a la comida, no constante y sin irradiación. Además, indica haber sufrido una picadura de garrapata el día anterior, la cual fue extirpada y curada por una vecina. Finalmente, refiere un estado de ánimo decaído en los últimos días debido al fallecimiento de un familiar.

Como antecedentes personales, la paciente es hipertensa en tratamiento. Vive sola y no presenta deterioro cognitivo.

En la exploración inicial, se encuentra consciente y orientada, con constantes vitales estables. La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos y murmullo vesicular conservado. La exploración neurológica no muestra signos de focalidad. Se identifica la herida de la picadura de garrapata en proceso de cicatrización. El electrocardiograma no presenta hallazgos relevantes.

Se administra lorazepam sublingual y se indica a la paciente acudir a Urgencias de su hospital de referencia para la realización de un control analítico, dado que la sintomatología presenta una evolución tórpida.

A su llegada a Urgencias, la paciente refiere un incremento en la intensidad del dolor torácico, de características opresivas, sin irradiación y sin cortejo vegetativo. Se repite el electrocardiograma, observándose elevación del segmento ST en cara inferior y descenso especular en cara anterolateral. En la analítica se objetiva una elevación de troponinas I de 6208 picogramos por mililitro. Ante estos hallazgos, se avisa a la Unidad de Cuidados Intensivos, que administra una carga de ácido acetilsalicílico de 300 miligramos (mg) y clopidogrel de 600 mg, y se contacta con el servicio de Cardiología de un hospital de tercer nivel para la realización de una angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Durante la intervención, se halla una oclusión trombótica aguda de la coronaria derecha proximal, donde se implantan dos stents. Posteriormente, la paciente es trasladada de nuevo a su hospital de referencia para ingreso. En planta, se completa el estudio, permaneciendo asintomática, sin clínica de patología cardíaca. Finalmente, se da de alta a domicilio con tratamiento anticoagulante, antiagregante y antidislipémico.

Este caso demuestra lo complicado que puede ser el manejo de los pacientes de edad avanzada. En este grupo, los síntomas clínicos pueden ser atípicos y confundirse fácilmente con patología benigna, dificultando así el proceso diagnóstico. Al no encontrarse hallazgos en el primer electrocardiograma sugestivos de patología isquémica, se tuvo una sensación de no urgencia. Sin embargo, la evolución de los síntomas y la reevaluación en el hospital reveló un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), requiriendo una intervención inmediata.

El diagnóstico y el manejo temprano del IAMCEST es crucial para disminuir su tasa de mortalidad. La angioplastia con colocación de stents demostró ser vital para garantizar un buen pronóstico. Este caso destaca la necesidad de una buena coordinación entre los distintos servicios hospitalarios.

CONCLUSIONES

- En pacientes geriátricos, la anamnesis y la exploración deben ser lo más completas posibles para evitar errores.
- La actuación de los servicios de Urgencias en la detección de patología urgente resulta crucial para el pronóstico de los pacientes.
- Los síntomas típicos del infarto pueden tardar en aparecer, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento.
- El trabajo en equipo entre distintos profesionales sanitarios nos hace mejores.

P. #522

CRISIS HIPERTENSIVA CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO INESPERADO

Sebastián Ipiña Vega[1], Paula San José Alonso[2], Christian Baizán Díaz[3], Jorge Gracia Ochotorena[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. 061 Cantabria, Santander, España
3. Emergencias 112 Castilla y León, Ponferrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73 años, con antecedentes de presentar hace 1 mes recambio valvular aórtico por prótesis biológica y anuloplastia mitral acude a urgencia, derivada de centro de salud (CS) por cifras elevadas de tensión arterial (TA). Paciente comentó que registró en domicilio cifras de tensión arterial sistólica (TAS) en torno a 170-200 mmHg y tensión arterial diastólica (TAD) de 65-80 mmHg. Durante su estancia en urgencias la paciente negó dolor torácico, disnea, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No manifestaciones visuales, urinarias ni digestivas. Como único síntoma refirió tensión occipito-cervical.

Al examen físico se evidenció TA 200/70 mmHg, frecuencia cardiaca persistente en torno a 50-60 latidos por minuto (lpm) en varios registros, frecuencia respiratoria (FR) 24 respiraciones por minuto (rpm), saturación de oxígeno 96%. Afebril. Presentó silencio auscultatorio en base pulmonar inferior derecha, con ruidos cardiacos rítmicos con soplo II/VI en todos los focos de predominio aórtico. Se palpó simetría de pulsos radiales. En miembros inferiores (MMII) tuvo edema grado II/IV con fóvea, con pulsos presentes y simétricos. Exploración neurológica sin apreciar focalidades ni déficits.

Se administró captopril 25 mg. La analítica evidenció cifras de NT-proBNP 2056 pg/ml, con ionograma normal y preservación de su función renal. La radiografía de tórax evidenció un derrame pleural derecho con escaso líquido en seno costrofenico izquierdo. El electrocardiograma (ECG) mostró bloqueo auriculoventricular (BAV) de tercer grado con ritmo de escape a 45 lpm.

El control a los 30 minutos fue de una TA 185/75 mmHg, repitiendo la toma de captopril 25 mg. A la hora de la primera dosis, presentó TA de160/100 mmHg. Se decidió interconsulta con Cardiología para control con telemetría, monitoreo de TA y posterior implante de marcapasos.

CONCLUSIONES

En España, se estima que aproximadamente entre el 1-7% de las urgencias atendidas corresponden a crisis hipertensivas. Mientras que en la población adulta española la prevalencia de HTA se encuentra entre un 20-30%, aproximadamente ente el 1-2% de dichos pacientes desarrollarán una crisis hipertensiva en algún momento de su vida.

En los casos de crisis hipertensivas, es importante confirmar la elevación de la TA y descartar o confirmar lesión de órgano diana. En este sentido, es importante realizar sistemáticamente las exploraciones complementarias básicas: hemograma, bioquímica sanguínea, función renal, iones, sistemático y sedimento urinario, electrocardiograma y radiografía de tórax.

En este caso, gracias a la rigurosidad a la hora de solicitar las pruebas complementarias, se descubrió la presencia de un BAV completo en el ECG realizado en urgencias. Al investigar los ECGs de la paciente, previo a la cirugía, presentaba ritmo sinusal con frecuencias cardiacas de entre 90 y 100 lpm. Sin embargo, en los ECGs realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tras el alta de Cirugía Cardiaca, se observó la presencia de BAV completo, sin verse reflejado en los evolutivos ni en el informe de alta.

Es importante extrapolar este caso a la practica de urgencias, y a cualquier nivel asistencial, ya que la correcta interpretación y la no omisión de pruebas puede conllevar grandes diferencias pronósticas y terapéuticas de los pacientes.

P. #530

BRADIARRITMIA GRAVE EN PACIENTE POLIMEDICADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Liliana Claudia Rocha Castro
Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 85 años, independiente para actividades de la vida diaria, con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con oxígeno domiciliario 24hs a 2 litros, anemia normocítica normocrómica. En tratamiento actual con Espironolactona 25 mg, Empagliflozina 10 mg, Atorvastatina 20 mg, Bisoprolol 2.5mg, Atrovent 250 mcg/ml, Azitromicina 500 mg, Furosemida 40 mg, Beclometasona/Formoterol/Glicopirronio (Trimbow) 87/5/9 mcg, Amlodipino/Olmesartan/Hidroclorotiazida (Sevikar) 40/5/24mg.
Acude al servicio de urgencias por astenia y malestar general de meses de evolución asociado a cefalea, náuseas, vómitos y mareo sín pérdida de conocimiento desde hace 24hs, sin otra sintomatología asociada.
A la exploración física destaca afebril, tensión arterial 115/70, frecuencia cardiaca (FC) 32 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, saturación basal 96%. Crepitantes pulmonares bibasales, dolor a la palpación abdominal generalizada sin semiología de irritación peritoneal y edemas pretibiales bilaterales. En pruebas complementarias electrocardiograma (ECG) con ritmo nodal a 33 lpm y ondas T picudas de 5.5 mm en DI, AVL, V1,V2,V4. Se completa analítica, destacando anemia normocítica-normocrómica, urea 178 mg/dL, creatinina 2,54 mg/dL, pro-BNP 5644 pg/mL, potasio 7,44 mmol/L, magnesio 0,96 mmol/L, sodio 137 mmol/L, osmolaridad 294 mosmol/kg, resto sin alteraciones.
Ante estos hallazgos, se administra atropina 1 mg ve asociado a tratamiento deplectivo, se confirma hiperpotasemia grave de 7.66 mmol/L, por lo que se administran tratamiento con insulina rápida ve, gluconato cálcico 10%, resincalcio y salbutamol nebulizado, consiguiendo mejoría electrolítica progresiva (potasio 7,66 mmol/L, 6,31 mmol/L, 4,20 mmol/L). Se calcula gradiente transtubular de transporte de potasio (TTGK) de 3.74 y Excreción fraccional de sodio > 2%, orientándose como Ritmo nodal de causa farmacológica asociado a insuficiencia renal aguda (IRA) con hiperpotasemia grave, durante su estancia en urgencias mejoría de FC 56-58 lpm conforme se corrige alteración electrolítica. Se decide ingreso en Medicina interna, durante la hospitalización presenta pausas sinusales de 10 segundos con posterior ritmo de escape a 30 lpm, por lo que se decide implantar marcapasos definitivo VVIR.

CONCLUSIONES

-Un arritmia es un motivo de consulta frecuente en urgencias, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente y requiriendo una actuación rápida. Los síntomas más frecuentes de una bradiarritmia son síncopes y mareo, aunque pueden ser asintomáticas.
-Un ritmo nodal también denominado ritmo de la unión auriculoventricular (AV), se produce cuando la actividad eléctrica del nódulo sinusal es menor que la automaticidad del nódulo AV, en la mayoría de los casos es un mecanismo compensatorio del cuerpo debido a enfermedades (Síndrome del seno enfermo, enfermedades del tejido conectivo), fármacos (Betabloqueantes, Digoxina, calcioantagonistas, amiodarona…) o trastornos electrolíticos (hiperpotasemia).
- Su diagnóstico precoz es fundamental, ya que las bradiarritmias pueden evolucionar a una parada cardiorrespiratoria; por ello el tratamiento debe iniciarse inmediatamente, especialmente en presencia de síntomas.
-Una identificación temprana de la causa subyacente, así como una historia clínica detallada, evaluación rigurosa de la medicación y revisión de antecedentes personales son esenciales para instaurar el tratamiento adecuado. En pacientes con polimedicación y múltiples comorbilidades, es crucial realizar un diagnóstico diferencial del ritmo nodal (fibrilación auricular bloqueada, bloqueo AV de tercer grado, bradicardia sinusal o síndrome taquicardia-bradicardia) para establecer una mejor estrategia terapéutica.

P. #531

MANEJO EXITOSO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO EN ENTORNO RURAL

Tatiana Navarro Cano, Sara Vélez Hevías, Clara García Cuenca, Griselda Alarcón Frápolli, Lucía Manzanares Sánchez, Elena Sánchez Egea

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

En entornos rurales, la atención médica inmediata a pacientes con infarto y parada cardiorrespiratoria es crucial debido a las limitaciones en la infraestructura y el tiempo de traslado. Este caso describe la gestión exitosa de un paciente que sufrió un infarto agudo de miocardio y parada cardiorrespiratoria en un centro de salud rural, seguido por múltiples episodios de PCR en el trayecto hacia el hospital de referencia.

Paciente de 51 años con antecedentes de HTA y Fumador de 1paq/día acude a SUAP por dolor torácico típico retroesternal y en muñecas. Le realizan un ECG donde se objetiva RS a 75 lpm, con ascenso del punto J en V1-2 y descenso mínimo en cara inferior. A los 10 minutos comienza con aumento del dolor y en segundo ECG se visualiza ascenso del ST en I, aVL, V2-6. Se contacta con cardiología del hospital de referencia que acepta traslado para ACTP. En ese momento se administra Clopidogrel 600mg+AAS 100mg+Cafinitrina sl +Captopril.

Antes de la llegada de la UME, el paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria con un primer ritmo de fibrilación ventricular (FV). Tras 2-3 minutos de RCP y una desfibrilación, se recuperó parcialmente. A los minutos, los servicios de emergencia llegan al lugar y estabilizan al paciente mediante RCP avanzada y desfibrilación. Se realiza un traslado urgente al hospital de referencia con monitorización continua.

Durante el trayecto, el paciente experimentó 4 episodios adicionales de FV, con retorno de la circulación tras cada desfibrilación y un intervalo de 2-3 minutos entre cada episodio. Se emplearon 25 minutos de RCP, durante los cuales se administraron 2 dosis de adrenalina, 300 mg de amiodarona e intubación orotraqueal rápida. Además, se administró fibrinólisis con 9000 U de Tenecteplase, 30 mg de Enoxaparina intravenosa, y 1 mg/kg de Enoxaparina a los 15 minutos de la fibrinólisis. Posteriormente, la presión arterial se estabilizó en 90/60 mmHg sin deterioro de la función ventricular. Hubo una normalización progresiva de las alteraciones de repolarización y el paciente se adaptó bien a la ventilación mecánica invasiva (VMI).

Al llegar al hospital de referencia, hemodinámicamente estable. Se realiza ETT donde se objetiva disfunción ventricular moderada con FEVI de 35%, sin trombo apical ni complicaciones mecánicas. Se seda al paciente y previo a ACTP el paciente presenta FV que requiere 1 desfibrilación y se administra segunda carga de 300mg de amiodarona iv. Tras ACTP + stents el paciente se encuentra hipotenso, precisando perfusión de noradrenalina.

ECG post-revascularización: mejoría significativa de la elevación del ST aunque persistiendo elevación residual en V2-3. El paciente pasa a servicio de UCI y posteriormente a planta de Cardiología de su hospital de referencia. Después de la intervención, el paciente se estabilizó completamente, y su recuperación fue satisfactoria.

CONCLUSIONES

La intervención rápida y efectiva inicial fue crucial para la supervivencia del paciente. La parada cardiorespiratoria es una situación de emergencia en la que cada segundo cuenta. La respuesta temprana, la toma de decisiones acertadas y la coordinación multidisciplinar aumenta significativamente el éxito y disminuye las complicaciones neurológicas. En este caso, la atención inmediata en el centro de salud rural y la rápida activación del servicio de emergencias permitieron iniciar la RCP y la desfibrilación, lo que fue determinante para la recuperación del paciente.

El manejo en entornos rurales presenta retos, debido a la distancia y tiempo de traslado hasta un hospital de referencia. Coordinación y protocolos de atención prehospitalaria fueron los principales pilares para resolver este caso.

Las lecciones aprendidas en este caso pueden ser aplicables para mejorar la atención de futuras emergencias en áreas rurales y resaltar la importancia de un enfoque integral, coordinado y bien entrenado frente a las emergencias cardiovasculares.

P. #533

AL CORAZÓN NADA LO DETIENE

Francisco Andrés Romero Cortez[1], Paula Iluís Griñó[2], William Bladimir Cordova Quishpe[3], Shirley Baqueros Paz[4], Judith Ginesta Gil[3], Luis Norberto Vergez Pinto[5]

1. ICS Catalunya Central - HSJD Manresa, Manresa, Ecuador
2. ICS Catalunya Central - CAP Artés, Manresa, España
3. ICS Catalunya Central - CAP Bages, Manresa, España
4. ICS Catalunya Central - CAP Sagrada Familia, Manresa, España
5. Hospital Sant Joan de Deu Manresa - Althaia, Manresa, España

HISTORIA CLÍNICA

Alertan al 112, por paciente de 54 años portador de DAI (Desfibrilador Automático Implantable), con activación del mismo e intenso dolor precordial.
Como antecedente, figura, implantación de DAI por prevención secundaria a Cardiopatía Arritmogénica del Ventrículo Derecho. Medicación habitual: bisoprolol cada 12 horas.
A la llegada del equipo de SEM, el paciente se encuentra, estirado en el suelo, diaforético y pálido. Refiere intenso dolor retroesternal irradiado hacia el cuello de 10/10, acompañado de nausea y disnea. La esposa comenta que el inicio ha sido súbito, tras correr un poco del coche a la puerta de su casa.
A la exploración, se ausculta ruidos cardiacos rítmicos con taquicardia. No se objetivan signos de sobrecarga cardiaca, pero al palpar pulsos, estos son filiformes. Mediante constantes vitales se objetiva una frecuencia cardiaca de 200lpm, taquipnea a 24rpm e imposibilidad para la obtención de una medida de presión arterial (PA).
Al coloca el monitor se objetiva una taquicardia ventricular monomorfa (TV), sin embargo, de manera súbita, el paciente cursa con un declive de su estado general, motivo por el cual, se decide colocar imán para desactivar el DAI e iniciar con cardioversión a 150J.
Tras primera descarga, persiste la TV, por lo que se decide realizar una segunda descarga a 200J, mientras se prepara medicación antiarrítmica.
Al esperar el inicio de la tercera descarga, mejora el estado del paciente, por lo que se prioriza el uso de Amiodarona. Tras pocos minutos de administrada, se objetiva retorno a ritmo sinusal con PA de 135/92mmHg, por lo que finalmente, se realiza traslado a centro de referencia.
Durante su estancia en la unidad de referencia, paciente repite episodios de TV sintomática, por lo que indican cardio-intervencionismo. Poco tiempo después, paciente no vuelve a repetir episodios de TV y es dado de alta a domicilio.

CONCLUSIONES

Dentro de los protocolos de reanimación, se recomienda priorizar el uso de fármacos antes que la cardioversión eléctrica en pacientes portadores de DAI.
De ser necesario administrar cardioversión, se debe tomar en consideración utilizar el mínimo voltaje y no sobrepasar los 200J. Además, se recomienda espaciar las descargas en al menos cinco minutos y colocar los parches lejos del dispositivo (Preferiblemente Antero-Posterior).
En la medicina de urgencias extrahospitalaria, los medios son limitados y en muchas ocasiones las decisiones se deben tomar en base a la clínica y poco tiempo, por lo que es importante tener conocimientos firmes y adaptarse a las distintas situaciones.

P. #534

SÍNDROME DE QT LARGO SECUNDARIO A ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS EN PACIENTE CONSUMIDOR CRÓNICO DE OH

María Del Carmen Sánchez Beltrán, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Mónica Martín De Miguel, Cristina Domíguez Lubillo

Hospital Severo Ochoca, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años con antecedentes de hábito enólico, HTA, DM2, DL, IAM anterolateral con stent en descendente anterior en 2019, miocardiopatia dilatada isquémica con FEVI:27% y parada cardiorrespiratoria en fibrilación ventricular (FV) en contexto de QT largo por lo que se implanto desfibrilador automático implantable (DAI) en 2023.

Acude al Servicio de Urgencias derivado por episodios de somnolencia, con desconexión del medio posterior y acompañado de espasmos en miembros de segundos de duración, desde hace 10 días. A la exploración física, hemodinámicamente estable, sin alteraciones llamativas.

Analíticamente, presentaba: Mg: 1.23 mg/dL; K: 3.3mEq/L. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, Q en cara anterior. QTc 600ms. En registro cardiaco se objetivó taquicardia ventricular (TV) sostenida con pulso y descargas del DAI por lo que pasó a box vital. Se realiza interconsulta a Cardiología quienes objetivan rachas de TV que degeneraban en FV con descarga del DAI. Se interrogó el DAI, con 60 descargas en los últimos días.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de tormenta arritmogénica. Se corrigieron las alteraciones iónicas. Se inició tratamiento con Esmolol, Procainamida y se aumentó la frecuencia de salida del DAI con objetivo de disminuir el QT.

Se derivó a centro útil (posibilidad de soporte mecánico) donde fue diagnosticado de síndrome de QT largo adquirido secundario a hipomagnesemia e hipopotasemia en paciente consumidor crónico de OH. La progresión fue favorable y fue dado de alta con Ranolazina y betabloqueantes.

CONCLUSIONES

La TV polimórfica es un ritmo rápido y que puede causar inestabilidad hemodinámica. Además del tratamiento inicial (cardioversión farmacológica/eléctrica (CVF/CVE) en función de la situación hemodinámica del paciente), es util descubrir el sustrato que precipita la misma. En el caso de las arritmias por prolongación del QT, el tratamiento se basa en la eliminación del sustrato arritmogénico mediante: la administración de magnesio, medidas para acortar el QT (farmacológicas o eléctricas), la CVE en el paciente inestable o la sedación y las asistencias extracorpóreas en el caso de tormenta arrítmica.

El síndrome de QT largo (SQTL) se caracteriza por un QT corregido > 450 ms en varones y QT corregido > 470 ms en mujeres, que predispone al desarrollo de arritmias ventriculares. Se diferencian dos grandes grupos: el QT largo congénito, asociado con mutaciones en determinados genes, y la variante adquirida, asociada con factores ambientales.

La principal causa de QT largo adquirido es farmacológica. Otras causas incluyen los trastornos electrolíticos (fundamentalmente hipopotasemia, hipomagnesemia e hipocalcemia), tóxicos como los organofosforados, trastornos endocrinos como el hipotiroidismo o el feocromocitoma, la anorexia nerviosa o en relación con bradiarritmias.

La hipomagnesemia es común en pacientes con un trastorno por consumo de alcohol, siendo la prevalencia en algunos estudios de hasta el 30%. El defecto en la excreción urinaria parece reflejar una disfunción tubular inducida por el alcohol que es reversible dentro de las cuatro semanas posteriores a la abstinencia. Además, la hipomagnesemia está presente en hasta el 40% de los pacientes con hipopotasemia.

En nuestro caso, el paciente presentaba hipomagnesia e hipopotasemia probablemente secundaria su habito enólico, los cuáles serían el desencadenante de dicha arritmia. En nuestro caso se resalta la importancia de descubrir el sustrato arritmogénico y tratar, de manera específica, la arritmia en función de su causa.

P. #554

DISECCIÓN AÓRTICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO AGUDO

María Eveline Nicolaita Colacel[1], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], Rebeca Díaz Cortés[2], Noelia De Sousa Pérez[1], Sara Isabel Cosío De Los Arcos[1], Carmen Montejo González[1]

1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Varón de 73 años que acude por dolor interescapular intenso desde hace menos de 24 horas.

- Antecedentes personales: hipertensión arterial a tratamiento con antihipertensivos, hiperplasia benigna de próstata a tratamiento con tamsulosina.
- Anamnesis: El paciente refiere dolor dorsal continuo e intenso de más de un día de evolución, sin irradiación, no empeora con los movimientos ni la inspiración profunda y está presente tanto en decúbito como sentado. Asocia sensación de disnea y dificultad a la hora de hablar producida por el dolor. Niega fiebre. No presenta dolor centrotorácico ni palpitaciones. No asocia episodio sincopal. Niega náuseas o vómitos. Sin otra clínica acompañante.
- Exploración física: Presenta mal estado general debido al dolor. Está normocoloreado, normohidratado y normoperfundido. Taquipnéico en reposo. Presenta las siguientes constantes: tensión arterial (TA): 123/82 mmHg; frecuencia cardíaca: 74 latidos por minuto; saturación de oxígeno: 97%; temperatura: 36.5°C. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de defensa. No se palpan masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Puño-percusión renal bilateral negativa. En miembros inferiores no se objetivan edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Pruebas complementarias: Se realiza inicialmente electrocardiograma en la que se objetiva hemibloqueo anterior izquierdo, sin otras alteraciones de la repolarización. En analítica se objetiva hemograma con hemoglobina ligeramente disminuida (12,7 g/dl). Bioquímica: LDH 251 U/L, resto de parámetros analíticos normales. Coagulación: Dímero-D elevado (36231 ng/ml), resto de parámetros normales. Radiografía de tórax: botón aórtico de 57 mm, sin notas alteraciones. Radiografía abdominal: normal. Angio-tomografía computarizada (TC) de arterias pulmonares: disección de aorta torácica aguda tipo B según la clasificación de Stanford: se origina distal a la salida de la arteria subclavia izquierda que sigue su curso descendente hasta aorta abdominal infrarrenal.
- Juicio diagnóstico: Dolor en región intrescapular secundario a disección de aorta tipo B.

Evolución: Dado el mal estado general del paciente y la persistencia del dolor y disnea a pesar de tratamiento, se amplía analítica con D- dímero ante sospecha de síndrome aórtico agudo y posteriormente se realiza prueba de imagen en la que se objetiva disección aórtica. Ingresa a cargo de Cirugía Vascular para posterior intervención mediante reparación aórtica endovascular torácica (TEVAR) que se lleva a cabo sin complicaciones y es dado de alta tras varios días de buena evolución post operatoria.

Bibliografía:

- Burgos Lunar C, Ruedas López A. Disección aórtica tipo A: dos formas de presentación clínica inusuales. Semergen. [2]00[6];[3][2]([9]):[4][5][3]-[6].

CONCLUSIONES

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias (5-20%). Las principales tres causas del mismo, debido a su gravedad son: el síndrome coronario agudo, el tromboembolismo pulmonar y el síndrome aórtico agudo (SAA). La disección aórtica es una de las causas principales de SAA. Afecta principalmente a varones con edad media de unos 65 años. Se define como la salida de sangre a través de un desgarro en la capa íntima de la aorta, con separación de las capas íntima y media y la aparición de una falsa luz. Puede producirse en cualquier porción de la aorta y se extiende en dirección proximal o distal hacia otras arterias. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo (80%) seguida del tabaquismo (45%). La clínica se caracteriza por dolor torácico o dorsal lacerante de comienzo súbito irradiado hacia mandíbula, brazos o espalda y, en ocasiones, hacia el abdomen si progresa distalmente. La prueba diagnostica de elección es la angio- TC y el tratamiento consiste principalmente en el control de la tensión arterial e intervención quirúrgica por su alta mortalidad.

P. #585

NO SE PUEDE TENER TODO, ¿O SÍ?

Marta García De Prado Cwierz, Elena López Garzón, Luján Llorente De Santiago, Olga Jiménez Alfonso, Elena María Pérez Castro, Francisco José Alvarado Lavado

Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 92 años. Hipertensión arterial. Antecedentes personales: valvulopatía aórtica, fibrosis pulmonar idiopática progresiva. En 2022, tromboembolismo pulmonar (TEP) con ingreso en Unidad cuidados intensivos. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, apendicectomía, artroplastia total de rodilla. Tratamiento: oxigenoterapia, pantoprazol, mirtazapina, candesartán, bisoprolol, amlodipino.. Acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de dos días de evolución, con cambio de coloración y frialdad en tercio distal. Además disnea y mayor ortopnea. Exploración física: Afebril, Frecuencia cardíaca: 85, Tensión arterial: 115-60, saturación O2 94% con Gafas nasales a 2lpm. Auscultación cardíaca: Arrítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sibilantes y crepitantes campos medios-basales bilaterales, 32rpm. Abdomen: normal. MII: No edemas, no se palpa cordón venoso, frialdad desde tercio distal de pierna y livideces. Fuerza conservada en ambas extremidades. Pruebas complementarias: Test Ag Covid/gripe/VRS: negativo. Electrocardiograma: Fibrilación auricular (FA) a 84lpm, hemibloqueo anterior izquierdo, sin alteraciones agudas en la repolarización. Analítica: Leucos 16.83x103/mm3; Hemoglobina 12.30g/dl, Dímero D cuantificado 2.68µg/ml (<0.50). Gasometría: pH venoso: 7.331; PO2 arterial: 51.2mmHg, PCO2 arterial:26.8 mmHg, ácido láctico: 3.40mmol/l (0.50-2.20). Bioquímica: Glucosa 217mg/dl, PCR: 5.20 mg/dl(<0.60), propéptido natriurético BN term: 28250.6pg/ml (<300.0). Seriación de troponinas: 1° 288.10pg/ml, 2° 313.30pg/ml. TAC arterias pulmonares: TEP subsegmentario y segmentario bibasal. Tratamiento: Pautamos enoxaparina a dosis anticoagulante y tratamiento deplectivo Juicio clínico (JC): FA de origen incierto con RVC+ TEP agudo subsegmentario y segmentario bibasal+ Sospecha isquemia arterial aguda MII+ Insuficiencia cardíaca (IC) descompensada NYHA III-IV. Otros: anemia macrocítica hipercrómica, insuficiencia renal aguda. Evolución: Se realizó interconsulta a Cirugía vascular y se acordó traslado a hospital de referencia para valoración. Allí se realizó Angio TAC de MII urgente. JC: Defecto de repleción de arteria poplítea izquierda. Extensa ateromatosis en eje iliofemoral y ramas distales. Se cambió tratamiento a bolo de heparina sódica 5000UI iv y se pospuso cirugía debido al alto riesgo del paciente. Días después, el paciente presentó episodio de disminución de consciencia, sufrió una parada cardiorrespiratoria y falleció.

CONCLUSIONES

La IC se asocia frecuentemente con la FA, siendo la arritmia sostenida más frecuente. Diferentes estudios han observado que en algunos pacientes con descompensación de su IC que se encuentran en ritmo sinusal, pueden llegar a tener episodios de FA paroxística "silente". Además esto explica el incremento en el riesgo de presentar ictus o tromboembolismo,

Por otro lado, se ha visto que en un número elevado de casos coinciden las dos situaciones: FA y enfermedad tromboembólica venosa que comprende la trombosis venosa profunda y la embolia de pulmón como le ocurrió a nuestro paciente. Según diferentes estudios, esto se produce debido a que la FA es un estado en el que la inflamación es un factor patogénico. Además observaron que el aumento de PCR en sangre estaba relacionado con la presencia de trombos en la aurícula izquierda. Por lo que la inflamación puede ser un factor patogénico independiente para la trombogenia. Es por ello, que algunos pacientes a pesar de estar anticoagulados sufren episodios trombóticos.

Por todo ello, el médico de urgencias tiene un papel importante: En la sospecha de TEP, siendo los factores predisponentes más frecuentes: la insuficiencia cardíaca, FA, antecedentes quirúrgicos, trombosis venosa profunda y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En ocasiones, resulta difícil identificar un episodio de TEP puesto que los síntomas y signos tienen una sensibilidad y especificidad bajas. Siendo la tasa de mortalidad en no diagnosticados de un 30%.

En la isquemia aguda, ya que es una emergencia vascular debido a que la destrucción tisular que ocasiona no sólo se produce en la extremidad sino en todo el organismo.

P. #589

DISNEA EN PACIENTE JOVEN, NO TODO ES ANSIEDAD

Cristina Onsurbe Belló, Antonio Rodríguez Megia, Sara Calle Fernández, Esther Ballesteros Muñoz
Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años que acude a Urgencias por aumento de su ansiedad de base en relación a periodo laboral estresante. Además refiere disnea de moderados esfuerzos, ortopnea, aumento de perimétro abdominal, edemas en miembros inferiores. No dolor torácico, no cortejo vegetativo, no cuadros infecciosos previos. No otra sintomatología.
En la toma de constantes destaca tensión arterial elevada 194/164mmHg, Afebril.
En la exploración física se encuentra eupneico, destaca abdomen globuloso distendido y edemas con fóvea hasta glúteo.
En el estudio de pruebas complementarias destaca minima leucocitosis, con coagulaopatía leve, hipertransaminasemia leve, leve terioro de función renal,troponina 113.8, péptido natriurético B (BNP) 15387. Electrocardiograma taquicardia sinusal a 120 latidos por minuto (lpm) eje izquierdo imagen de bloqueo completo rama izquierda del Haz de Hiss (BCRIHH). En radiografía de tórax destaca Cardiomegalia, con pinzamiento de senos costfrénicos y signos de redistribución vascular.
Se inicia tratamiento diurético con Furosemida IV + Valium 5mg IV + Inicio bomba de perfusión de nitroglicerina, mejorando sintomatología y cifras tensionales.
Comentado el paciente con Cardiología se decide ingresar para completar estudio hospitalizado.
El paciente es disgnosticado de emergencia hipertensiva con debut de insuficiencia cardíaca secundaria, Cardiomegalia. Insuficiencia renal leve asociada.
Se ingresó en consultas para completar estudio.

CONCLUSIONES

El paciente era un paciente joven sin antecedentes previos, con sobrepeso que había tenido ansiedad, por tanto el empeoramiento de su disnea, lo asociaba a un empeoramiento de su ansiedad, por lo que, no consultó hasta que clínicamente había empeorado con disnea de mínimos esfuerzos. Este caso pone en evidencia la importancia del médico de urgencias a la hora de hacer una buena historia clínica, exploración física y estudio de pruebas complementarias para realizar un manejo adecuado del paciente joven, cuya salud se vio comprometida con una disnea causada por una emergencia hipertensiva con insuficiencia cardíaca de novo y no por empeoramiento de ansiedad. Estamos en un momento en el que hay un aumento considerable de patología en relación con la salud mental, pero no hay que perder de vista lo importante que es una buena historia clínica y una buena exploración física para que este tipo de patologías no escondan patología subyacentes que comprometen seriamente la vida del paciente y cuyo tratamiento es muy distinto.

P. #594

DOCTOR, ME DUELE EL PECHO CUANDO RESPIRO

Luis Vergez Pinto
HOSPITAL SANT JOAN DE DEU, Manresa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 71 años con asma grave persistente e HTA.
-CONSULTA: Dificultad respiratoria intensa de 48 horas. Durante el traslado opresión precordial irradiada al brazo izquierdo que aumenta cuando respira.
-EXPLORACIÓN: TA 149/88, SatO2 88% FiO2 0,21 FC 100x' FR 35x' Afebril. Taquipnea con uso de musculatura abdominal. Intensos sibilantes bilaterales. No signos de ICC.
-PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
ECG: taquicardia sinusal con supradesnivel del ST inframilimétrica de cara anterolateral sin imagen especular.
AS: Hemoglobina 13.2, Leucocitos 7000, Plaquetas 230000, Glucosa 135, Urea 40, Creatinina 1,1, PCR 73, Tn T 197.
PCR Gripe: A+
GSA 0,21: pH 7.45, pCO2 28, pO2 58.
-VALORACIÓN: Infección respiratoria aguda viral y dolor torácico con características mixtas (coronarias y pleuríticas) con onda de lesión subepicárdica anterolateral sin criterios de código IAM y elevación de troponina que plantea diagnóstico diferencial con un SCA tipo I y tipo 2.
-DIAGNÓSTICO:
GRIPE A + I. RESPIRATORIA
SINDROME CORONARIA AGUDO A ESTUDIO
-PLAN: ante la persistencia del dolor se solicita valoración cateterismo urgente en centro terciario de referencia que se acepta.
-EVOLUCIÓN: se traslada a U. Coronaria donde se realiza cateterismo coronario que no objetiva lesiones coronarias significativas. El ventriculogrtama muestra un patrón típico de Tako-Tsubo. Ingresa en U. Coronaria para monitorización.

CONCLUSIONES

El síndrome de Tako-tsubo (discinesia apical transitoria) fue definido por Sato et al en 1990 por la imagen en la sístole ventricular izquierda en el ventriculograma de estos pacientes que recordaba a la vasija utilizada por los pescadores de pulpos japoneses.
Hoy se engloba en los MINOCA (Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries).
Solo representa el 1% de los SCA, y afecta mayormente a mujeres postmenopáusicas con pocos factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia femenina se relaciona con la disminución del nivel de estrógenos que afecta al sistema simpático con tendencia al vasoespasmo y la disfunción endotelial a esas edades que favorece el aturdimiento miocardio mediado por catecolaminas.
El 75% presentan como desencadenantes un estresante emocional (muerte de un familiar) o físico (exacerbación de procesos sistémicos como el Asma).
Clínicamente se caracteriza por dolor torácico de intensidad variable, no siempre típico. Un 44% puede tener signos de ICC,

de los que un 7-20% pueden evolucionar a Shock cardiogénico.
El ECG típico muestra onda de lesión epicárdica anterolateral con rápida evolución a ondas T negativas profundas y onda Q. No suele asociar imagen especular en cara inferior. En la evolución puede aparece alargamiento del QT por la variabilidad de la repolarización en la zona afectada. Pude durar semanas.
El diagnóstico es de sospecha y puede orientarse por un ecocardiograma con una discinesia apical del VI, con normalidad o hipocinesia basal.
El diagnóstico de certeza se basa en coronariografía con coronarias sanas y ventriculograma compatible.
El tratamiento inicial es el del SCA-EST hasta que se confirma el diagnóstico. Después la monitorización estrecha en unidad coroanria.
Los betabloqueantes en ausencia de ICC grave se pueden utilizar para anatomizar el exceso de catecolaminas.
Los anticoagulantes se reservan para prevenir aparición de trombos o aneurismas en acinesias severas con lenta recuperación.
El pronóstico es bueno pasada la fase aguda (1% de mortalidad) y se recomienda control ETT en 3-6 semanas para obejtivar la normalización de las alteraciones de la contractilidad.
Conclusión: el TakoTsubo es un cuadro poco frecuente, pero no raro, en Urgencias, indistinguible en muchos casos de un IAM. Su conocimiento y alto nivel de sospecha, incluyendo la ecocardiografía por los profesionales de Urgencias a su estudio precoz puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios como la fibrinolisis e incluso el cateterismo en la fase hiperaguda.

P. #597

LOS PROTOCOLOS ESTÁN PARA CUMPLIRLOS

Patxi Lucio Dávila[1], Gema Picó Sueiro[2], Águeda Payá Martí[1], Javier Terol Vera[1], Ana Rosa Álvarez Rubio[1], Immaculada Tomás Caballero[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, Alcoy, España
2. Hospital General Universitario de Elda, Elda, España

HISTORIA CLÍNICA

Datos del paciente:
- Sexo: Masculino
- Edad: 84 años
- Antecedentes personales: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) estable, Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento farmacológico, ACxFA anticoagulada en tratamiento con cronotropos negativos a bajas dosis.

Motivo de consulta:
Hombre de 84 años que refiere que, en las últimas dos semanas ha presentado dos episodios sincopales, con pérdida de conciencia de segundos de duración y recuperación espontánea. El paciente comenta que ha presentado varios episodios de mareo sobre todo con los cambios posturales y giros bruscos.
Exploración en urgencias:
A su llegada al servicio de urgencias, el paciente se encuentra consciente y orientado. Los signos vitales muestran una tensión arterial de 144/87mmHg y una frecuencia cardiaca de 64 lpm. Se realizan las diferentes tomas de TA siguiendo el protocolo de síncope y dada la sintomatología referida por el paciente, se procede a la realización de un masaje del seno carotídeo bajo monitorización, observándose bradicardia extrema con pausas sinusales prolongadas y caída de la tensión arterial, lo que confirma el diagnóstico de hipersensibilidad del seno carotídeo con respuesta cardioinhibitoria.
Diagnóstico:
Hipersensibilidad del seno carotídeo con respuesta cardioinhibitoria, manifestada como síncope recurrente.
Evolución:
Dado el riesgo de recurrencia de los episodios sincopales y la bradicardia extrema identificada, se decide ingreso con telemetría en el servicio de cardiología donde posteriormente se decide implantación de un marcapasos definitivo VVI. Tras la colocación del dispositivo, el paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios de mareo o síncope. Se mantiene en seguimiento con ajuste de tratamiento según evolución clínica.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de los protocolos establecidos en los servicios de urgencias es fundamental para garantizar una atención eficaz, segura y basada en la evidencia. Estos protocolos permiten una identificación rápida de patologías, optimizan la toma de decisiones y reducen el margen de error.
En este caso, el paciente presentaba una hipersensibilidad del seno carotídeo con respuesta cardioinhibitoria, una causa frecuente pero subdiagnosticada de síncope en adultos mayores

y, la realización del masaje del seno carotídeo siguiendo el protocolo de síncope y sobre el que se está realizando un importante estudio a nivel nacional (EMERG-Sync), permitió diagnosticar con precisión la patología del paciente y brindar el tratamiento adecuado de la forma más rápida y eficaz posible. Aplicar y respetar los protocolos mejora la calidad asistencial, disminuye la morbimortalidad y optimiza el uso de recursos sanitarios.

P. #617

CUANDO EL DOLOR LUMBAR ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG: DISECCIÓN AÓRTICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Zoila Victoria Rentería Zabarburu, Rafael Iglesias Retamar, Diego Villegas Bernaola
OSAKIDETZA, Donostia, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES:
Bronquiectasias, Lumbociatalgia, Clínica catarral desde hace 3 días.
HISTORIA:
Mujer de 81 años, que mientras realizaba su caminata habitual en el monte, presenta episodio de mareo, visión borrosa e inestabilidad, con posterior pérdida de consciencia de segundos de duración. Refiere recuperación completa sin relajación de esfínteres. No dolor torácico. No disnea. No palpitaciones.
Acude a centro de salud y objetivan tensión arterial (TA): 60/30mmHg y bradicardia sinusal de 55 lpm, administran 1500ml de suero fisiológico, remontando solo a TA: 80/40mmHg por lo cual se decide traslado a hospital terciario.
EXPLORACIÓN (Hospitalaria):
TA: 89/54mmHg Frecuencia Cardiaca (FC): 50 lpm Saturación O2: 95% Frecuencia respiratoria: 18, Temperatura: 35.9°
Consciente y orientada en 3 esferas. Bien hidratada y perfundida. Normocoloración cutáneo-mucosa. Eupneica en reposo.
- Exploración neurológica: Glasgow 15. No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normal. No dismetrias. Mingazzini y Barré no claudica.

Exploración por aparatos:
- AC: Ruidos cardiacos rítmicos, no extratonos.
- AP: Murmullo vesicular conservado.

Resto de exploración anodina.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- EKG: Bradicardia sinusal a 50 lpm. BAV 1° grado. Similar a previos.
- Gasometría venosa: pH 7.34. pCO2 47. Bicarbonato 24.2. Lactato 1.
- Analítica: Glucosa 127. Cr 0.74. Urea 45. Iones en rango. PCR: 1.60, proBNP: 513

Troponinas: 12, Hb 13.4, Leucocitos 4.300 (Neutrófilos: 65.10%). Plaquetas 135.000. Coagulación: INR 1
- Rx tórax portatil: No se aprecian alteraciones pleuroparenquimatosas.
- PCR virus respiratorios: Gripe A (+)

EVOLUCIÓN:
Durante su estancia en observación la paciente permanece clínicamente estable, sin mareos y con mejora de TA: 112/59mmHg. A las horas, presenta episodio de lumbalgia que inicialmente se maneja con paracetamol y dexketoprofeno sin clara mejoría.
Posteriormente ante la conocida asociación de tromboembolismo pulmonar (TEP) con gripe A, se decide ampliar la analítica y solicitar Dímero D (DD): 7266 ng/mL. Al evidenciar un DD tan elevado se solicita AngioTomografía (AngioTAC) de Arterias pulmonares (AP).
AngioTAC de AP: No se identifican signos de TEP agudo. Sin

embargo, se objetiva una imagen sugestiva de disección aórtica por lo que se completa estudio con AngioTAC de aorta tóraco-abdominal: Disección aórtica tipo A. Aparente origen a nivel supravalvular aórtico con afectación hasta tercio medio-distal de aorta torácica. Extensión hacia tronco braquiocefálico derecho, arteria carótida (AC) derecha y origen de AC izquierda. Arterias coronarias derecha y tronco coronario con origen de luz verdadera.
JUICIO CLÍNICO:
Disección Aórtica tipo A.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TEP, lumbalgia mecánica.
Se decide traslado a policlínica para valoración por cirugía vascular.

CONCLUSIONES

- La disección aórtica tipo A es una rotura de la capa íntima de la aorta que afecta la porción ascendente de la misma.
- Debemos recordar que, pese a que la clínica típica es dolor torácico súbito, lancinante que puede estar irradiado a cuello, mandíbula o espalda también hay un menor porcentaje con clínica atípica entre las que están el dolor lumbar, síncope, confusión, insuficiencia cardiaca aguda o isquemia visceral.
- Asimismo, tener en cuenta que la imagen de elección es la AngioTAC y que el Dímero D tiene un elevado valor predictivo negativo.
- Las complicaciones que se pueden objetivar son: Taponamiento cardiaco, insuficiencia aórtica grave, ictus, isquemia visceral y muerte súbita.
- Finalmente cabe resaltar que debemos mantener un control estricto de la TA y la FC y que el tratamiento definitivo es quirúrgico y urgente ya que la mortalidad de este cuadro es del 50% en las próximas 48 horas.

P. #654

CORAZONES ROTOS POR LA EPINEFRINA

Nathanael Camilo Guzman, Kilian Griñan Ferrer, Ángel Herruzo Martin

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Caso clínico Paciente mujer de 46 años exfumadora desde hace 2 años, con antecedentes de asma en tratamiento con fluticasona/vilanterol inhalada, remitida desde el centro de atención primaria por palpitaciones. Explica inicio de síntomas posterior a un procedimiento odontológico el día anterior, durante el cual recibió múltiples inyecciones de epinefrina y lidocaína para la colocación de 12 implantes dentales. Posteriormente, desarrolló dolor epigástrico, malestar general, palpitaciones y vómitos repetidos (más de 10 episodios) con contenido alimentario, que se autolimitaron. A la exploración destaca paciente con presión arterial límite de 106/75mmHg si bien la paciente es delgada, taquicárdica, manteniendo saturaciones de oxígeno del 90% al aire ambiente, eupneica. A la exploración abdominal destaca epigastralgia a la palpación profunda con sequedad de mucosas. Se realiza ECG que muestra taquicardia sinusal a 130lpm con ondas T negativas en cara lateral y ondas Q de V1-4. Analíticamente destacan troponinas de 186ng/L, hiperlactacidemia de 5,2 mmol/L y leucocitosis de 23,790/mm3 sin reactantes de fase aguda. Se realiza curva de troponinas con posterior valor de 139 ng/L. La Radiografía de tórax no muestra hallazgos relevantes. Se consulta con la unidad de cuidados intensivos, realizándose ecocardiografía a pie de cama, que evidencia disfunción ventricular severa con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 25-30% y acinesia global. Se activa código IAM y se administra doble antiagregación con AAS y Ticagrelor. La paciente es trasladada vía SEM para coronariografía urgente, la cual revela arterias coronarias sin lesiones. Se concluye con el diagnóstico de síndrome de Tako-Tsubo.

CONCLUSIONES

El síndrome de Tako-Tsubo es una entidad caracterizada por una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo, sin evidencia angiográfica de enfermedad coronaria obstructiva. Clínicamente es una patología que se presenta de forma similar a un IAM por lo que es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial y descartar primariamente un infarto agudo o una disección de aorta, destacando la importancia de una evaluación integral en urgencias. Debe considerarse en el diagnóstico en pacientes de sexo femenino, jóvenes, sin factores de riesgo cardiovascular, con clínica sugestiva de IAM y antecedentes de estrés físico o emocional. En este caso, la administración de epinefrina en el contexto de un procedimiento odontológico pudo actuar como desencadenante. Su fisiopatología aún no está completamente esclarecida, aunque se han propuesto diversos mecanismos, como vasoespasmo difuso, disfunción de la microcirculación, toxicidad directa de las catecolaminas y activación de las vías de supervivencia del miocardio. El diagnóstico se confirma mediante coronariografía

que no evidencia lesiones obstructivas significativas y ecocardiografía, que muestra una alteración, normalmente, de la contractibilidad media y apical, con abombamiento apical y disminución de la FEVI. Aunque su pronóstico suele ser favorable con tratamiento de soporte, es fundamental reconocer y tratar las posibles complicaciones, como insuficiencia cardíaca o arritmias. La concienciación sobre esta patología puede contribuir a una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica en la práctica clínica.

P. #682

PERICARDITIS RECURRENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena Sánchez Egea, Griselda Alarcón Frápolli, Sara Vélez Hervías, Lucía Manzanares Sánchez, Clara García Cuenca, Tatiana Navarro Cano

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La pericarditis aguda es la forma más común de enfermedad pericárdica, representando un 5% de los dolores torácicos no isquémicos en urgencias. Este caso ilustra el diagnóstico y manejo de esta patología en el contexto de un origen atípico.
Descripción del caso
Mujer de 29 años con antecedentes de tres episodios de pericarditis aguda en los últimos cinco años, tratadas con ácido acetilsalicílico y colchicina durante los episodios, y con estudio negativo de autoinmunidad. Sin tratamiento crónico.
Acude a servicio de Urgencias por dolor centrotorácico opresivo irradiado al cuello con la respiración y acompañado de cortejo vegetativo y disnea de 4 horas de evolución. Empeoramiento en decúbito y mejoría con la flexión ventral del tronco. También fiebre hasta 38°C. Intervenida por videotoracoscopia en mediastino anterior tres semanas atrás.
En la exploración física encontramos constantes vitales adecuadas, auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni roce pericárdico. En la auscultación pulmonar hay hipofonesis en la base derecha.
En las pruebas complementarias realizadas se observa:
Electrocardiograma con ritmo sinusal a 100 latidos por minuto. Ondas T aplanadas de forma generalizada.
Analítica con troponinas negativas, proteína C reactiva 9 y leucocitosis de 16100 de predominio neutrofílico.
Radiografía tórax posteroanterior y lateral con índice cardiotorácico aumentado y senos costofrénicos pinzados.
Ecografía clínica: derrame pericárdico moderado.
Establecemos tratamiento con ácido acetilsalicílico, colchicina y prednisona. La paciente precisó pericardiocentesis evacuadora subcostal tras evolución del derrame pericárdico hasta hacerse severo.
Se realiza estudio de autoinmunidad posterior que resulta positivo y estudio anatomopatológico compatible con pericarditis crónica. Se establece como diagnóstico definitivo "pericarditis aguda en paciente con pericarditis crónica y recidivante con derrame pericárdico severo y derrame pleural bilateral, en el contexto de intervención mediastínica reciente y Lupus Eritematoso Sistémico".
Al alta se confirmó la resolución de derrame pericárdico y pleural y se pautó AINEs, corticoides orales en pauta descendente y sulfato de hidroxicloroquina.

CONCLUSIONES

Discusión
La pericarditis en nuestro medio se origina predominantemente por causas idiopáticas o virales, aunque también podemos observar fuentes traumatológicas/postquirúrgicas, autoinmunes y metabólicas.
El diagnóstico de pericarditis precisa al menos dos de los siguientes: 1. Dolor torácico agudo y pleurítico, que mejora al sentarse e inclinarse hacia delante y empeora con el decúbito. 2. ECG con elevación cóncava generalizada del ST y sin depresiones del segmento ST, excepto en las derivaciones V1 y aVR; tras unos días los segmentos ST y PR vuelven a la normalidad y la onda T se aplana de forma generalizada. 3. Derrame pericárdico en el 60% de los casos. 4. Roce pericárdico en un tercio de los casos.
Es imprescindible descartar daño miocárdico mediante troponinas y realizar un ecocardiograma para confirmar la presencia o ausencia de derrame pericárdico que en su mayoría es leve (<10 mm). Los grandes derrames y el daño miocárdico, así como taquicardia o dolor desproporcionados, se asocian con mayor frecuencia a pericarditis constrictiva, taponamiento cardíaco y shock cardiogénico.
En cuanto al tratamiento, la base son AINEs, colchicina y ácido acetilsalicílico durante el episodio. En pericarditis recurrente podrán ser necesarios corticosteroides e inmunomoduladores. La pericardiocentesis está indicada en casos de derrame pericárdico severo y taponamiento cardíaco, con el fin de restablecer el llenado ventricular y mejorar el gasto cardíaco.

CONCLUSIONES

El conocimiento de etiologías menos frecuentes de pericarditis, enfermedades que incluyen la reiteración de síndromes pericárdicos y factores precipitantes de los mismos, permitieron sospechar que algo se escondía detrás de esta pericarditis de repetición. El uso de la ecografía clínica confirmó de forma precoz la patología y descartó riesgo vital inmediato, permitiéndonos establecer un manejo preciso de la situación.

P. #691

UN PASE QUE NO DOLIO PERO QUE LO MATO

Diego Alejandro Posada Orjuela, Yaliuska Alixin Ayala Caro, Laura Daniela Rueda Mendez
Hospital de la Cerdanya, Puigcerda, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un hombre de 78 años de edad, Con factores de riesgo cardiovascular importantes.
Ingresa al servicio de urgencias por cuadro consistente en disnea de pequeños esfuerzos, incrementa a disnea en reposo y sensación de lipotimia, sin ángor ni vegetalismo,refiere sensación distérmica no cuantificada, y se mantiene en domicilio por persistir la sensación de desvanecimiento decide activar servicios de emergencia seis horas después de el inicio de los síntomas.
Ingresa un paciente al servicio de urgencias consciente alerta en regular estado general polipneico pálido diaforético pupilas mioticas hipotenso. Hipotérmico hipo perfundido saturando 94 al medio ambiente.
Cardiopulmonar: cardiaca sin soplos Fa con rta ventricular controlada hipofonia global, no agregados
Abdomen: Blando no doloroso a la palpación pulso femoral presente, radial débil con lívido reticulares en extremidades inferiores.
Se orienta como shock séptico de origen a esclarecer y se solicita analítica:
Proteína c reactiva en 79 valora normal hasta 0.5 mg/L,Leucocitosis de 18.9 neutrofiliaCoagulograma alterado, Fn renal alterada 1.39 perfil hepático alterado transaminitis,Glicemia 156
Gases arteriales: acidosis metabólica severa PH: 7.11 HCO3 11.4 BE: - 15.
Dímero D >20.000
Uroanálisis: no patologica
Inicia Ab de amplio espectro y se solicita paso de vía Central por imposibilidad de acceso periférico.
Vía central subclavia Izquierda eco guiada sin complicaciones PVC: absortiva, deciden en servicio de urgencias Reanimación con volumen.
Rx de tórax post catéter sin condensaciones ni liquido libre.
Paciente que niega consumo de psicotrópicos, sin embargo, ante la duda se solicita Drogas de abuso en orina.
Se decide inicio de norepinefrina a 0.25 mcg/k/min. Por no respuesta a volumen
Se Re interroga al paciente por algún síntoma especifico y niega excepto lo descrito.
Se ordena EKG, durante la realización del EKG
Presenta deterioro rápido de su estado de conciencia pasando de Glasgow 15 a 7, diaforesis marcada, sin ángor, se ordenan troponinas y se realiza IOT, EKG evidencia supra ST inferolateral baja y anteroseptal con imagen espicular en DI y AVL
Paciente en Shock cardiogénico se mantiene soporte de norepinefrina + dobutamina a dosis media 10 mcg/k/m.
Se comunica con hospital de referencia y a SEM quienes descartan CODI IAM por ausencia de dolor, se envían imágenes y se descarta código IAM.
Sin embargo, ante alta sospecha se solicita autorización para trombólisis y se niega por Parte de centro regulador y hospital

de traslado.
Se traslada en ambulancia del SEM SVA con soporte dual y ventilado.
Durante el Traslado requiere ajuste de dosis inotrópicas y inodilatador para mantener TAM por encima de 60.
Durante traslado se informa Tóxicos en Orina Positivo para Cocaína.
Al ingreso a Urgencias de Hospital de referencia se identifica por Ecografía aquinesia del VI con fevi severamente deprimida se activa código IAM
Persiste dependiente de soporte Inodilatador y de soporte inotrópico.
Cateterismo evidencia Enfermedad de 3 vasos (DA lesión del 100%, CD oclusión del 100%, Dominancia coronaria Derecha. DP oclusión proximal 100%)
Se realiza ICP e los 3 vasos pasa a UCI, donde la Evolución del Paciente es Tórpida se desestima Asistencia circulatoria externa.
Falla orgánica múltiple y fallece 24 hs después.
Diagnostico:
1. IAM inferolateral Killip IV
2. Shock cardiogénico + shock distributivo
3. Falla multiorgánica por hipoperfusión
4. Ingesta de Psicoactivos.(cocaína)

CONCLUSIONES

- El dolor en el Código Infarto, debe tratarse con cuidado, el desenlace en la demora de una activación de una emergencia cardiaca es potencialmente mortal, mas en pacientes con comorbilidades cardiovasculares.
-El paciente puede "mentir", la habilidad del clínico en identificar estos posibles baches de información durante su examen clínico es vital
-El enfoque clínico ante paciente dudoso debe ser amplio y sin limitantes, el tiempo es precioso para la sobrevida, especialmente en paciente critico.

P. #697

WOLCOTT ESCONDÍA UN AS BAJO LA MANGA. LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN

Alberto Flores Camuñas, David García Gacimartín, Iván Leitón Bautista, Luis-Alejandro Santoyo Contreras
Hospital Universitario De Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 27 años, dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria excepto comer y escribir. Alérgica a Paracetamol. No hipertensa, no dislpémica, no hábitos tóxicos, diagnosticada de síndrome de Wolcott-Rallison con debut de Diabetes Mellitus (DM) hereditaria insulinodependiente a los 3 meses de nacimiento con mal control glucémico, 3 episodios de hepatitis agudas en relación con procesos infecciosos, válvula aórtica bicúspide, acidosis tubular renal tipo IV, displasia de cadera bilateral, estenosis de agujero magno y luxación atloaxoidea.
Acude a urgencias por presencia de dolor torácico de 1 día de evolución que refiere como centrotorácico opresivo Eva 8/10, irradiado a hemitórax derecho, brazo derecho y mandíbula, asociado con nauseas sin vómitos. Se acompaña con sensación de disnea y distermia sin fiebre termometrada. La paciente había acudido previamente por cuadros similares dándose de alta como dolor torácico inespecífico. No clínica infecciosa en los últimos días. No otra sintomatología asociada.
En la exploración física únicamente destaca tendencia a la hipertensión con tensión arterial de 150/100 mmHg, taquicardia con un soplo sistólico 3/6 en foco aórtico y borramiento del segundo ruido, así como dolor a la palpación en la zona condrocostal.
Tras la valoración inicial de la paciente se pauta 1 ampolla de dexketoprofeno intravenoso para control del dolor torácico.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma (EKG) inicial con dolor: ritmo sinusal a 65 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones agudas de la repolarización.
- Radiografía de tórax: sin alteraciones.
- Bioquímica: sin alteraciones salvo elevación de troponina con valor de 29.
- Hemograma y coagulación sin alteraciones.

Tras los resultados de las pruebas complementarias se decide realizar seriación de troponinas para valorar si se trata de un evento coronario agudo sin elevación del ST. Durante el intervalo entre la primera y la segunda determinación de troponina se reevalúa a la paciente que se encuentra con el mismo o mayor dolor Eva 9/10, pálida, sudorosa y nauseosa, así como taquicárdica. Se decide realizar un nuevo EKG donde se objetiva taquicardia sinusal a 124 lpm, eje normal, QRS estrecho, Q en III y elevación del ST en II, III y aVF en derivaciones derechas, con descenso especular en V2 y cara lateral alta (I y aVL). Ante los hallazgos compatibles con SCACEST se administra dosis de carga (300 mg de ácido acetilsalicílico y 180 mg de ticagrelor), 40 mg de pantoprazol IV y cafinitrina sublingual y se decide comentar caso con cardiología que tras su valoración deciden realizar coronariografía urgente donde se objetiva enfermedad severa de coronaria derecha con una oclusión del 90% en región

proximal y oclusión completa (100%) de la región distal por lo que se repermeabiliza y se implantan dos stents farmacoactivos en región proximal y distal. Tras ello la paciente evolucionó favorablemente tanto en la unidad coronaria, así como en la planta de cardiología por lo que pudo ser dada de alta.

CONCLUSIONES

- En este caso fue fundamental la reevaluación clínica en urgencias ya que se pudo detectar de manera prematura un SCACEST, que al inicio no presentaba.
- El síndrome de Wolcott-Rallison es una enfermedad rara, autosómica recesiva que se caracteriza por DM insulinodependiente precoz en la infancia + displasia ósea + hepatitis agudas recurrentes. Manifestaciones que presentaba nuestra paciente.
- Posiblemente los cuadros de dolor torácico previos fuesen cuadros de angor no diagnosticado.
- Dada la baja incidencia de la enfermedad, no existen estudios que valoren la asociación de la enfermedad con eventos coronarios. En esta paciente posiblemente se debiese al mal control glucémico.
- En este caso fue fundamental la actuación conjunta del servicio de urgencias con el de cardiología.

P. #701

NO TODO ES UN CÓLICO RENAL

Lara Dhaene .[1], Alexandra Llusià Rodríguez .[1], Alma Vázquez Serrano[2]

1. Hospital Doctor José Molina Orosa, Arrecife, España
2. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

CASO:
Paciente varón de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica portador de 4 stents, aneurisma aorta abdominal infrarenal (diámetro 8cm), cólicos renales de repetición y Enfermedad renal crónica en contexto de glomerulonefritis membranosa.
En tratamiento con bisoprolol, perindopril y ácido acetilsalicílico. Acude a Servicio de Urgencias por dolor en flanco renal izquierdo tipo cólico, 3 días de evolución. Síncope al levantarse hace 2 días. Visita urgencias el primer día de inicio del dolor, con deterioro de la función renal en analítica e hidronefrosis bilateral en la ecografía; se fue de alta con diagnóstico de sospecha de cólico renal izquierdo. Acude nuevamente por falta de mejoría con analgesia pautada tras anterior visita. Niega clínica miccional, fiebre, disnea y/o clínica gastro-intestinal. Sin otros síntomas.
EXPLORACIÓN:
Constantes: Tensión Arterial 140/77mmHg, Frecuencia Cardíaca: 60 latidos por minutos, SpO2: 96% basal.
Presenta aceptable aspecto general, consciente y orientado, ligera palidez cutánea, normohidratado, leve taquipnea en reposo sin tiraje, afebril. Exploración cardio-pulmonar sin hallazgos. Abdominal: no soplos, blando, depresible, masa pulsátil, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, puñopercusión renal negativa. Pulsos femorales y distales simétricos y fuertes, no signos TVP, ni isquemia. No presenta lesiones cutáneas.
Ante la sospecha de rotura de Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) se traslada paciente a la zona de observación con monitorización continua. Se canaliza dos vías de 18G, se pauta analgesia con fentanilo y se inicia oxigenoterapia. Se solicita un TC abdominal urgente, que confirma la sospecha diagnóstica. Se objetiva un gran aneurisma aórtico infrarrenal (8x12x11cm) con extenso hematoma intramural, abundante hemo-retroperitoneo y hematoma asociado en vientre muscular del psoas izquierdo. Se activa el protocolo de transfusión masiva y se avisa a cirugía y cirugía vascular, que llevan al paciente directamente al quirófano para reparación abierta.

CONCLUSIONES

- La rotura de AAA es una emergencia médica con una alta mortalidad, hasta 80-90%.
- Factores de riesgo de rotura de una AAA son diámetro > 5,5cm, progresión >0,5cm/año, fumar,
hipertensión, sexo femenino y pacientes sintomáticos.
- El cólico renal es el gran imitador, hay que observar cuidadosamente este diagnóstico.
- La típica tríada de rotura AAA (dolor abdominal/flanco/lumbar), masa pulsátil e hipotensión) sólo se

suele ver en la mitad de los casos.
- En la exploración física se debe comprobar la presencia de hematomas. Un hematoma retroperitoneal extenso puede provocar extravasación sanguínea a los tejidos subcutáneos produciendo los signos de Grey-Turner, Cullen, Fox y de Bryant.
- La mayoría de los pacientes con AAA son asintomáticos. Dolor abdominal, lumbar o en flanco en un

paciente con un aneurisma aórtico abdominal conocido, debe considerarse como rotura de AAA hasta que se demuestre lo contrario, solicitando una prueba de imagen.
- La prueba de imagen a elegir dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente. En pacientes sin antecedentes conocidos con inestabilidad hemodinámica se debe realizar una ecografía clínica. En pacientes con aneurisma conocido e inestabilidad se debe ir directamente a quirófano. En pacientes con estabilidad hemodinámica se debe realizar un TC abdominal.
- El manejo inicial de estos pacientes es según la ABCDE, activando el protocolo de transfusión masiva, que incluye administrar ácido tranexámico y fibrinógeno. Se recomienda hipotensión permisiva para prevenir mayor sangrado y prevención de progresión de la rotura. En caso de hipertensión se usará esmolol de preferencia.

P. #706

FIBRILACION VENTRICULAR SECUNDARIA A VASOESPASMO CORONARIO

Elena María Jiménez González, Javier Cazalilla Exposito, Francisco Moral Villar, Rocío Ortega Gutiérrez, Beatriz Zafra Olmo

HAR Alcalá la Real, Alcalá La Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 52 años valorado en Urgencias por cuadro de mareo, epigastralgia y palpitaciones. Relata que ha tenido episodios similares anteriores aunque de menor intensidad.
A su llegada se encuentra un ritmo de fibrilación auricular (FA) rápida en el electrocardiograma que cede con bisoprolol y en analítica se detecta una elevación de troponinas, por lo que es derivado para valoración por Cardiología.
Aunque se considera que los episodios de FA paroxística podrían explicar la clínica del paciente, dados los factores de riesgo cardiovascular se le ofrece ingreso para completar estudio con coronariografía, pero el paciente prefiere continuar con estudio ambulatorio.
Esa noche, al llegar a casa tras el alta sufre episodio sincopal. La familia inicia reanimación cardiopulmonar y avisan a dispositivo de urgencias quienes al llegar encuentran al paciente en fibrilación ventricular (FV) por lo que realizan desfibrilación
El paciente ingresa en unidad de cuidados críticos y posteriormente en planta de Cardiología. Se realizan ecocardiografía y coronariografía sin hallazgos relevantes.
Sin embargo, durante su estancia en planta sufre nuevo episodio sincopal precedido de dolor torácico en contexto de retirada de calcioantagonistas y parche de nitroglicerina para realización de test de vasoespasmo. Se revisa telemetría y se observa episodio de elevación de ST seguido de de taquicardia ventricular monoforma sostenida con salida espontanea a ritmo sinusal, que se repite en otra ocasión más con clínica similar (dolor torácico seguido de episodio sincopal)
Finalmente se diagnostica de FV secundaria a vasoespasmo coronario (posiblemente agravado por el uso de betabloqueantes para la fibrilación auricular) , por lo que se optimiza el tratamiento y se implanta desfibrilador automático implantable con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES

Pese a que el uso de betabloqueantes esta ampliamente extendido en el tratamiento de la fibrilación auricular en este caso produjo un vasoespasmo que agravó la situación basal del paciente.
Es de vital importancia el conocimiento de las maniobras de RCP por la población general (como en este caso inició la familia), así como la rápida detección de las fibrilaciones ventriculares por los equipos de urgencias, ya que ambas técnicas combinadas suponen una actuación vital en casos como los de estos pacientes

P. #709

EPILEPSIA Y TORSADES DE POINTES

María José Páez Romero, Consuelo Domingo Marco
Hospital General de Castellón, Castellón De La Plana, España

HISTORIA CLÍNICA

Es un hecho aceptado que la epilepsia aumenta el riesgo de muerte, en particular en aquellas personas en las que el control de sus crisis es pobre. La muerte puede obedecer a diferentes motivos; los más frecuentes son los traumatismos, los accidentes, el ahogo por inmersión en agua o por sofocación en el lecho, el suicidio y la muerte súbita (MS). Esta última ha despertado la atención de los investigadores en los últimos pocos años, puesto que entre el 15 y el 30 % de las muertes la tienen a ésta por causa. Se entiende como MS a toda aquella muerte súbita, inesperada, no traumática, con o sin evidencias de una crisis epiléptica, no producida por ahogo ni por un estado de mal epiléptico y con exámenes post-mortem que no revelan un compromiso estructural o toxicológico, como causa de muerte.
Su principal causa es una arritmia cardiaca llamada fibrilación ventricular, que hace que el corazón pierda su capacidad de contraerse de forma organizada, por lo que deja de latir. Y dentro de la familia de la Fibrilacion ventricular, nos encontramos con la Torsades de Pointes.
El término clínico "Torsades de Pointes" hace referencia a una taquicardia ventricular caracterizada por complejos QRS de amplitud variable, con frecuencias entre 200 y 250 latidos/minuto y cuyo eje eléctrico parece girar alrededor de la línea isoeléctrica y se asocia de una repolarización ventricular prolongada con intervalos QT mayores de 500ms. Los pacientes con un intervalo QTc >440 ms tienen un riesgo 2-3 veces mayor de sufrir una muerte súbita cardiaca que los que tienen un QTc < 440 ms.
Los factores que alargan el QT son múltiples y muy diversos, siendo uno de ellos los fármacos. Los antiarrítmicos se han relacionado con frecuencia a este efecto adverso, pero también lo pueden causar algunos antiepilépticos, antipsicóticos, antidepresivos, antibióticos, antivirales, antimicóticos y antieméticos, entre otros.

A CONTINUACIÓN EXPONEMOS NUESTRO CASO CLÍNICO:

Varón de 49 años, natural de Rumanía, que acude a Urgencias tras ser encontrado por un conocido inconsciente. A su llegada al hospital, se encuentra consciente y orientado y relata que no es la primera vez que le ocurre "eso de despertarse en el hospital". Es epileptico conocido (diagnosticado en 2021), en tratamiento con Levetiracetam 500mg pero con mal cumplimentación del tratamiento por problemas económicos. Como otros antecedentes médicos presenta una hepatopatía alcohólica (actualmente consumo de alcohol ocasional) y miocardiopatía dilatada en seguimiento por Cardiología. Durante la exploración física, se descarta TCE; sí presenta mordedura de lengua. Analíticamente se descarta cualquier alteración o parámetros de infección, excepto por el hecho de que en el ECG se identifica alargamiento QT (482ms) ya presente en ECG previos.
Durante su estancia en el servicio de Urgencias, el paciente permanece estable clínica y hemodinámicamente llegando a casi cumplir las 6 horas de observación. De forma súbita, presenta una disminución del nivel de conciencia y se visualiza en el monitor taquicardia; se le coloca el desfibrilador y se inician maniobras de RCP avanzada. Se objetiva en la tira de ritmo una trazado electrocardiográfico compatible con una Torsades de Pointes, administrandose posteriormente Sulfato de Magnesia 2g y efectuando hasta 3 descargar eléctricas no efectivas. Finalmente el paciente fallece.

CONCLUSIONES

El levetiracetam no se encuentra dentro de los fármacos que prolongan el QT, muchos antidepresivos sí. Se recomienda que antes de pautar cualquiera de estos fármacos, realizar un ECG con el fin de conocer el intervalo QT y en casos de tratamientos crónico poder monitorizar dicho intervalo y así sustituir ante variaciones.
En el caso de nuestro paciente, se podía observar un QT alargada desde hacía años incluso previamente al diagnostico de epilepsia.

P. #736

FIEBRE Y DOLOR TORÁCICO

Sofía Rodríguez Ibáñez, Lara Lamoneda Gadea
HGUE, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 48 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a urgencias por dolor en hemitórax derecho, no irradiado, que ha ido aumentando de intensidad en las últimas horas. Empeora con los movimientos y con la inspiración profunda. Presenta fiebre de 38,9°C y comenta que desde hace una semana presenta proceso gripal con tos y mucosidad. En exploración física a su llegada presenta tensión arterial de 134/71 mmhg, frecuencia cardíaca 119lpm, Saturación O2 98% sin oxigeno y Temperatura 38,9°C. Tiene buen estado general y se encuentra consciente y orientado. Se extrae analítica con CK, LDH, dimero D y troponina ultrasensible, se realiza electrocardiograma y radiografía de tórax. Se administra Paracetamol IV y pasa con monitorización continua al área de observación. En la analítica no se observan hallazgos reseñables, con valores dentro de la normalidad y troponina negativa. En rx tórax no se observan infiltrados ni opacidades. En cambio, en el ECG destaca RS a 115lpm, eje 60°, pr<0,2, qrs estrecho rSR´en V1 y V2 con elevación del ST en dichas derivaciones y T negativa. Hallazgos compatibles con patrón brugada tipo I. Resto sin alteraciones de la repolarización. Durante su estancia en observación es valorado por Cardiología, quienes realizan una ecocardioscopia: VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI preservada y sin alteraciones de la contractilidad segmentarias. VAO trivalva con apertura conservada y sin insuficiencia. VM con ligera enlongación de los velos con apertura conservada e IM trivial. VD no dilatado con FDVD preservada. IT ligera. VCI no dilatada con adecuado colapso respiratorio. No derrame pericárdico.
Finalmente, permanece estable durante su estancia en observación, afebril, se repite nuevo ECG tras resolución de fiebre por la mañana donde continua presentando cambios mencionados previamente. Por parte de Cardiología, le ofrecen una cita en consulta de arritmias para estudio genético y control posterior. Se entrega lista de fármacos para evitar. Es dado de alta.

CONCLUSIONES

- Se trata de un sindrome febril. En ECG Patrón Brugada tipo I
- Importancia de realizar una adecuada anamnesis y exploración física.
- Importancia de realizar ECG en paciente con fiebre y dolor torácico aunque sea atípico y el paciente tenga clínica infecciosa respiratoria.
- Importancia repetir ECG una vez normalizada la temperatura corporal.
- Avisar de fármacos que deben evitar estos pacientes.

P. #742

EDEMAS EN MIEMBROS INFERIORES Y DISNEA. NO SIEMPRE SE TRATA CON DIURÉTICO

Alejandro Valencia Dutor, Alfredo Alexander Medina Medina
Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, España

HISTORIA CLÍNICA

No alergias a medicamentos
Enfermedades de interés: AP: No RAMC
FRCv: HTA desde hace años, No DM, DLP. No habitos tóxicos
Hª Cardiología: Valoración 07/2019 por HTA
Cirugias previas: Niega
ECOTT (01/2021): Ventrículo izquierdo no dilatado, no hipertrófico salvo hipertrofia de 14mm a nivel medio del septo interventricular con función sistólica global y segmentaria conservadas. FEVi 65%
.
IM leve. Resto sin hallazgos significativos salvo hipertrofia de 14mm a nivel medio del septo interventricular en el cuatro cámaras.
Tto habitual:
AMLODIPINO 5 MG
ATOLME PLUS 40 MG/12,5 MG
HA: Paciente que acude a urgencias por distención abdominal que se asocia edema escrotal y en miembros inferiores . Refiere disnea en distancias cortas y ortopnea . Niega dolor abdominal. Niega vómitos ni diarrea.
EF:
TA: 134/116 mmhg, Fc: 90 lpm, sAT: 96% basal.
AP: ruidos resp, presentes, disminuido en base derecha.
AC: rítmivca sin soplos.
Abdomen: distendido, poco depresible, matidez a la percusión, RHA disminuidos . No doloroso a la palpación. No peritonismo.
MMII: edema que deja fóvea hasta rodillas.
Pruebas complementarias.
Hemograma sin alteraciones. Hb 14,1
Urea: 65 mg/dl (20 - 50); Creatinina: 1.56 mg/dl (0.60 - 1.20); Proteínas totales: 8.8 g/dl (5.7 - 8.2); Sodio: 130 mmol/L (136 - 145); Potasio: 3.5 mmol/L (3.5 - 5.3); Cloruro: 95 mmol/L (99 - 109); Bilirrubina total: 0.7 mg/dl (0.3 - 1.2); Bilirrubina conjugada: No procede por Bilirrubina Total < = 1.2 - GPT (ALT): 60 U/L (10 - 49); GOT (AST): 60 U/L (< 37); Fosfatasa alcalina: 178 U/L (46 - 116); alfa-Amilasa: 54 U/L (30 - 118); Lipasa: 66 U/L (16 - 77); Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI): 51 ml/min/1.73m2 Clasif.
pro-BNP: 207 pg/mL (< 125);
Determinaciones específicas de proteínas en suero/plasma
Proteina c reactiva: 61.0 mg/L (< 5.0);
Rx de tórax: No se observan consolidados. derrame pleural derecho. Índice cardiotorácico aumentado.
ECG: Ritmo sinusal, 87 l/m, Bajos voltajes. PR corto, QRS estrecho. No alteraciones de repolarización. Voltajes cambiantes en las derivaciones (alternancia eléctrica).
Ante la sospecha de clínica de descompensación edemoascítica realizados ecografía clínica.
Ecografía a pie de cama: Se observa líquido libre en espacio hepatorrenal, Fosa ilíaca derecha y ángulo esplénico. Como hallazgo observamos un derrame pericárdico que impresiona de severo.

Ecoscopia realizada por cardiología: Derrame pericárdico circunferencial muy severo con swinging heart y restos de fibrina. Colapso diastólico aurícula derecha, sin colapso diastólico de VD. Función biventricular normal. Válvulas y flujos valvulares no valorables.
Con diagnóstico de derrame pericárdico severo, se realiza en UVI pericardiocentesis, obteniendo líquido hemático, en total débito de aproximadamente 1200 cc. Con ello el paciente mejora respiratoriamente exponiendo que ya no presenta dificultad respiratoria, mantiene buena mecánica y buenas saturaciones con gafas nasales

CONCLUSIONES

Aunque la primera sospecha clínica era descompensación edemoascítica, al realizar la ecografía clínica observamos un derrame pericárdico severo. No llega a ser taponamiento cardiaco por no tener inestabilidad hemodinámica. La alternancia eléctrica era difícil de apreciar.
El tratamiento diurético hubiera empeorado la situación clínica del paciente.
La ecografía clínica a pie de cama fue fundamental para un diagnóstico temprano y evitar complicaciones potencialmente mortales pese a tener una tensión arterial normal.

P. #774

TAPONAMIENTO CARDÍACO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Lucía Sánchez Valentín, María Teresa Parrado Espinosa, Fátima Flores Nieto, Adriana Heersche Morillo
Hospital Comarcal Axarquía - SAS, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, carcinoma renal derecho intervenido hace 2 años, fibrilación auricular cardiovertida eléctricamente y enfermedad coronaria compleja con afectación de 3 vasos, incluyendo oclusión total crónica, intervenida hace un mes mediante bypass coronario.
En tratamiento actual con ácido acetilsalicílico, Enoxaparina en dosis terapéuticas, amiodarona, atorvastatina, bisoprolol, captopril, doxazosina, dapaglifozina, insulina.
Es trasladado por los servicios sanitarios extrahospitalarios a las urgencias de su hospital de referencia por síncope. Según refiere desde el alta hospitalaria tras bypass coronario ha experimentado sensación de astenia progresiva, objetivando en domicilio cifras tensionales bajas. En los últimos días esta clínica se ha intensificado, acompañándose de epigastralgia con náuseas, hasta que hoy ha sufrido un cuadro sincopal de segundos de duración con posterior recuperación parcial. Niega otra clínica sugestiva de origen infeccioso.
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
A su llegada a box de críticos TA 106/70 mmHg tras carga de 250cc de suero fisiológico durante traslado. FC 95lpm. Saturación basal O2 98%. Afebril.
En el electrocardiograma se objetiva Flutter auricular 3:1 a 84lpm. Ondas T negativas generalizadas y mínima elevación de ST en II y V2.
El paciente presenta mal estado general. Consciente y orientado, con tendencia a mantener los ojos cerrados pero manteniendo conversación coherente. Bien hidratado con regular perfusión distal. Llamativa palidez de piel y mucosas. Ingurgitación yugular bilateral.
A nivel neurológico no presenta datos de focalidad, Glasgow 15. La exploración abdominal es anodina, solo destacando hematomas varios en relación a tratamiento con Enoxaparina.
En la auscultación se evidencian tonos cardiacos disminuidos, arrítmicos, sin soplos y murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales.
En miembros inferiores se evidencia mínimo edema con fóvea bilateral y pulsos periféricos débiles pero presentes y simétricos.
Se realiza ecocardiografía transtorácica en la que se objetiva derrame pericárdico que compromete la distensibilidad cardíaca.
A nivel analítico solo destaca hemoglobina de 9.6, dímero D 3300 y pro-BNP 3496. En la radiografía de tórax se evidencia un índice cardiotorácico aumentado y ensanchamiento mediastínico, además de pinzamiento de ambos senos costofrénicos.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: síndrome coronario agudo, síndrome aórtico agudo, taponamiento cardíaco.
DIAGNÓSTICO FINAL: taponamiento cardíaco.
EVOLUCIÓN

El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos en la que se realiza pericardiocentesis con un débito serohemático de no más de 20ml por oclusión de la luz, al tratarse de un derrame pericárdico trabeculado y organizado. Se retira drenaje y se canaliza vía venosa central y catéter arterial.
Se realiza TAC para mejor caracterización, en el que se describe derrame pericárdico de 3,8 cm de espesor que produce compresión y remodelación de la pared lateral del ventrículo izquierdo y aurícula izquierda. Abundante derrame pleural bilateral. Aumento de tamaño de vena cava inferior.
Se contacta con la unidad de cirugía cardiovascular de referencia, trasladándose el paciente a la misma. Se realiza toracotomía mediante reesternotomia drenándose abundante derrame pericárdico hemático en cara inferior.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco es una entidad poco frecuente en la práctica diaria. El reconocimiento precoz de sus síntomas (tríada de Beck: hipotensión, ingurgitación yugular, tonos cardiacos apagados) es de vital importancia al tratarse de una emergencia médica en la que demorar el tratamiento puede ser fatal.

P. #804

BLOQUEO AV COMPLETO POR DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA

Abel Carpintero Cateriano, Teddy Weimar Cordova Irusta, Belén Quesada Morón, Cheyen Puente Gómez, Sergio Griñan Malla, Blanca Serrat Segurana

Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 94 años, desplazada de otra CCAA, está de vacaciones en un Balneario de la zona. Antecedentes médicos referidos, solo HTA y DL. Refieren un episodio de AIT hace varios años. Su tratamiento habitual es de ARA2 + HCTZ, AAS y Estatina.
Sobre las 21h inicia con malestar general, náuseas y vómitos alimentarios un par de veces. Piensa que le ha caído mal la cena. Persisten los síntomas y presenta cuadro de diaforesis profusa y un episodio presincopal. Acuden al Hospital sobre las 03h y en triaje refiere que acude por vómitos y dolor abdominal. Se objetiva hipotensión TA 60/pulso con una FC de 22, SatO2 85%. Ingresa en urgencias con mal estado general, palidez cutánea, piel húmeda sudorosa. Vía aérea permeable. Campos pulmonares bien aireados sin rs agregados. Auscultación cardiaca bradicardica sin soplos, abdomen blando sin defensa. Extremidades inferiores sin edemas, eritema caliente perimaleolar y región tibial anterior derecha.
EKG: Bradicardia 20 LPM, Bloqueo AV completo
Gasometría venosa. Acidosis metabólica pH 7.09 Lactato 13 HCO 18 pCO2 59 eBase -11
Química sanguínea: glucosa 535 Creatinina 1,78 eGFR 24 Sodio 144 Potasio 6.1 Cloro 100. NTproBNP 3856. Troponina Ths 44
Hemograma: Hb 11.9 Leucocitos 17850 N 12740 Plaquetas 189,000.
Sistematico de orina: glucosuria 500, proteinas 300.
Manejo médico:
- Cristaloides 1000ml en 30min seguido de 1000 en 1h
- Se inicia atropina 1mg cada 3 minutos 3 dosis. (no mejoría
- Se inicia marcapasos transcutáneo a 40mA
- Bicarbonato 1molar 50ml (Se repite dosis a las 2h)
- Tramadol 200mg/250ml SG5% a 30ml/h
- Salbutamol 10mg en Hudson
- Perfusion de insulina 50ui en 250ml SF a 20ml/h

Persiste la bradicardia con FC entorno a 40 lpm y el marcapasos transcutáneo no capta adecuadamente a pesar de incrementos de amperaje (paciente sudorosa y con obesidad) con clínica de bajo gasto cardiaco. Se opta por iniciar perfusión de isoproterenol 1mg/250ml SG5% 30ml/h (3mcg/min) comentando a tener respuesta sobre la FC hasta 50LPM.
Se comenta el caso con UCI de hospital de referencia a donde finalmente la paciente es trasladada para tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

La paciente presentó un cuadro de arritmia grave secundario a un proceso metabólico asociado a una posible diabetes mellitus no conocida y no tratada mas un proceso infeccioso urinario y de celulitis en extremidades inferiores. A pesar de corregir estos procesos la paciente finalizó con un marcapasos definitivo al persistir episodios de BAV completo en las semanas siguientes.

P. #826

DOLOR LUMBAR Y MALESTAR: UN CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE TAKO-TSUBO ENMASCARADO

María Albero Albero, Irene Milagro Valls Pascual, Yandy Mariño Navarrete, Ariadna Stella Inciarte Brizuela, Laura Asensio García

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes tipo 2 y portadora de marcapasos desde el año 2021 por bloqueo auriculo-ventricular completo. Como tratamiento habitual toma Ristfor 500/1000 mg, Adiro 100 mg, Furosemida 40 mg, Valsartán 80 mg, Aldactone 25 mg, Forxiga 10 mg, Orvatez 10/40 mg, Barnix 20 mg.
Refiere cuadro de lumbociatalgia de 5 días de evolución, asociando náuseas y vómitos. Posteriormente en domicilio presenta dificultad respiratoria con tiraje, motivo por el cual acude a urgencias.
Exploración física: Tensión arterial 150/85 mmHg. Frecuencia cardíaca 95 lpm. Saturación de oxígeno 94%. Temperatura 36.7ºC. Regular estado general. Deshidratación mucocutánea. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: subcrepitantes y sibilantes generalizados. Abdomen blando y depresible, no doloroso. No signos de irritación peritoneal. No dolor a la palpación de apófisis espinosas ni transversas. No contractura muscular paravertebral. Irradiación del dolor hacia miembro inferior izquierdo. Movilidad y lateralización del tronco dolorosa.
Pruebas complementarias (urgencias): Electrocardiograma: Ritmo marcapasos a 57 lpm. Ondas T negativas de V2 a V6 y en cara inferior. Analítica sanguínea: Troponina T alta sensibilidad 381 nanogramos/mililitro. NT-ProBNP 17787 picogramos/mililitro. pH 7.37. pCO2 35 mmHg. pO2 72 mmHg. cHCO3- 20 mEq/L (acidosis metabólica compensada). Resto de parámetros analíticos dentro de la normalidad. Radiografía de tórax: No infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. Silueta cardiomediastínica sin alteraciones.
Presenta empeoramiento del estado general, con dificultad respiratoria y cuadro compatible con insuficiencia cardiaca izquierda. Intenso dolor en miembro inferior izquierdo y persiste la sensación disneica, con empeoramiento de las cifras de saturación de oxígeno hasta 82% (aire ambiente), por lo que se administra dexketoprofeno, metamizol, paracetamol, combiprasal y actocortina.
Ante escasa respuesta al tratamiento, persistencia de distrés respiratorio y alteraciones en el electrocardiograma, ingresa a cargo de Medicina intensiva. Se realiza ecocardiografía transtorácica, objetivando disfunción ventricular severa y disquinesia inferior medio-apical y aquinesia de segmentos medio-apicales. Se remite al hospital de referencia para realización de coronariografía urgente en la que no se aprecian lesiones significativas, por lo que se asume Síndrome de Tako-Tsubo
En planta de Cardiología, se realiza resonancia magnética de columna lumbar que describe un hematoma en el músculo psoas izquierdo.
Evolución lenta pero favorable de insuficiencia cardiaca y renal crónica reagudizada, con recuperación de la FEVI. Recibió antibioterapia empírica por probable neumonía por aspiración.

CONCLUSIONES

*El síndrome de Tako-Tsubo debe ser considerado en el diagnóstico diferencial, incluso cuando los síntomas iniciales no se alinean con la presentación típica de dolor torácico o disnea. En este caso, el dolor lumbar y el malestar general ocultaron el diagnóstico inicial.
* La presentación atípica de este síndrome puede llevar a un diagnóstico erróneo o retrasado. Es crucial un enfoque diagnóstico exhaustivo, incluyendo la evaluación de factores emocionales y estrés, para no pasar por alto un diagnóstico de Tako-Tsubo, que puede ser fácilmente confundido con otros trastornos musculoesqueléticos.
El manejo del síndrome de Tako-Tsubo requiere de un enfoque multidisciplinario que considere no solo la estabilización cardiológica, sino también el manejo de los factores psicoemocionales que pueden estar contribuyendo al evento.

P. #844

CORAZÓN ENVENENADO TRAS PICADURA DE ALACRÁN

Elena Moles Estevez[1], Jhoseline Maite Cabrera León[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[2]

1. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis
Varón de 55 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en el servicio de urgencias, por picadura de artrópodo en la pierna izquierda similar a un Alacrán, hace 24 horas, mientras paseaba por el campo, tras lo cual comienza con dolor en el sitio de punción que se va irradiando progresivamente por toda la pierna. Refiere además, haber comenzado unas horas después con dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a espalda, que asocia cortejo vegetativo, de 6 horas de evolución. No disnea. No fiebre. No otra sintomatología.
Exploración física
TA: 179/110 mmHg, frecuencia cardíaca 117 lpm., resto de constantes en rango.
Regular estado general. Consciente y orientado. Palidez cutánea. Sudoroso. Buen relleno capilar.
Auscultación cardíaca: rítmico, taquicárdico, no se auscultan soplos.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Miembros inferiores: edema, eritema y aumento de la temperatura local de 5 cm de diámetro alrededor de sitio de punción. Pulsos pedios conservados.
Resto de exploración anodina.
Pruebas complementarias:
Analítica:
Bioquímica: Glucosa 334 mg/dl, creatinina 1.77 mg/dl, FG 42 ml/min, BT 1,41 mg/dl, GPT 49 U/L, FA 135 U/L, CPK 1344U/L, LDH 468 U/L.
Hemograma: 28750/L leucocitos con neutrofilia 89%.
PCR 17.8 mg/L.
Troponina 10964 pg/ml.
Dimero D 0.72 ph/ml.
Gasometría venosa: pH 7.23, pCO2 46 mmHg, pO2 31.9 mmol/L, láctico 9.6 mg/l, iones normales
Radiografía de tórax: no infiltrados parenquimatosos ni derrame pleural.
ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, descenso del ST en II, III, avF, elevación de ST en V2
Ecocardioscopia: ventrículo izquierdo dilatado con FEVI deprimida con hipoquinesia del tercio medio distal del tabique interseptal con insuficiencia mitral moderada.
Tratamiento:
Se administran 300 mg de ácido acetilsalicílico, y perfusión de Nitroglicerina 50 mg en 250 ml de suero glucosalino al 5% a 10ml/hora con remisión del dolor y control de la tensión arterial.
Se administra 1000 ml de solución salina 0.9% a pasar en 2 horas y 7 UI de insulina de acción rápida subcutánea.
Se interconsulta con unidad coronaria y con hemodinámica de hospital de referencia y se gestiona traslado emergente en helicóptero medicalizado.

CONCLUSIONES

La picadura de Alacrán, puede causar síntomas tanto a nivel local (dolor, edema, eritema, prurito) como, en casos más graves, a nivel sistémico (fallo respiratorio, fallo cardíaco, shock cardiogénico). Esto se se deben a la estimulación del sistema nervioso autónomo con la aparición de la "tormenta autonómica" dada la desregulación simpática y parasimpática con la consecuente liberación desorganizada de catecolaminas
El síndrome coronario agudo por cardiotoxicidad aguda debido al veneno de Alacrán es atribuida a tres mecanismos diferentes:
- Miocarditis adrenérgica: por hiperestimulación simpática por importante descarga de catecolaminas.
- Miocarditis tóxica: por acción local de la neurotóxina sobre el miocardio, que actúa directamente sobre los canales de sodio de las células del miocardio y causa una intensa despolarización.
- Isquemia miocárdica: secundaria a hipoxia tisular por vasoconstricción coronaria más la acción de citosinas o catecolaminas.

En la acidosis metabólica láctica en éste caso por isquemia tisular, es importante recordar que el primer paso es corregir la causa subyacente y, en segundo lugar, instaurar medidas de soporte incluyendo la expansión de volumen plasmático
La hiperglucemia simple en nuestro caso, es debida al aumento del tono adrenérgico, y es importante corregirla lo antes posible ya que aumenta la morbimortalidad en éste tipo de paciente crítico.

P. #862

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE: UN CASO POCO COMÚN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Sheila Lema Rodríguez, Julio Villar Carballo, Andrea Rodríguez López, María González López, Anneliese Castillo Riera, Inés De Freitas Martínez

Hospital Monforte de Lemos, Lugo, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un paciente de 35 años, con antecedente de estudio de miopatía benigna hace 15 años (no documentada en historia clínica electrónica), que acude a urgencias hospitalarias de un hospital comarcal con clínica de epigastralgia y debilidad progresiva en miembros inferiores de hace 15 días de evolución, con imposibilidad para la deambulación.
En exploración física destacan palidez cutánea, mala perfusión periférica y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores (1/4). fiebre (38.8), hipotensión (75/43); glucemia capilar normal. En analítica presenta hiperbilirrubinemia a expensas de directa, hipertransaminemia grave, hiperpotasemia y fallo renal agudo, con hemograma y coagulación normal. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones y cardiomegalia en la radiografía de tórax portátil.
Se administra tratamiento hasta conseguir estabilidad hemodinámica y se comenta para traslado a hospital de referencia por sospecha de fallo hepático agudo. Allí se realiza ETT donde se evidencia VI dilatado con FEVI severamente deprimida (10-15%) hipocinesia severa global, y trombo intraventricular con dilatación severa de cavidades.
Se traslada a hospital de nivel superior para valoración de trasplante cardíaco con diagnósticos de Insuficiencia cardíaca de debut con disfunción ventricular severa en situación se shock cardiogénico (SCAI C), fracaso renal agudo (AKIN-1) y hepatitis isquémica por bajo gasto. Ingresa en UCI cardíaca donde inician tratamiento con dobutamina e implantan balón de contrapulsación aórtico. Como complicación sufre episodios de isquemia distal bilateral por lo que precisa soporte ECMO V_A.

CONCLUSIONES

Tras 20 días de ingreso se realiza trasplante cardíaco ortotópico mediante técnica bicava en situación de urgencia 0A. Mediante estudio genético se diagnostica de Distrofia muscular de cinturas, tipo R9/2, secundaria a distroglicanomiopatia por variante FKRP, p.leu276ile en homocigosis. Presentando buena evolución hasta ser dado de alta tras dos meses de ingreso.

P. #865

ISQUEMIA AGUDA MESENTÉRICA E ISQUEMIA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES POR SÍNDROME DE LERICHE

Carlos Rodríguez García[1], Esperanza Eulalia Montava Jiménez[2], Álvaro Rodríguez García[3], Carla Artieda Albelda[1]

1. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España
2. Centro Sanitario Integrado de Alacuás, Valencia, España
3. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá De Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 93 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulación. Acudimos a valorar a la paciente en su domicilio, la encontramos consciente, no orientada ni colaboradora, muy agitada con evidente malestar general, refiriendo intenso dolor en ambos miembros inferiores de reciente aparición. Se objetiva abolición de la fuerza de miembros inferiores con cianosis. Hemodinámicamente estable, auscultación cardiopulmonar normal, ruidos hidroaéreos abdominales presentes. A la palpación abdomen blando y depresible, miembros inferiores con ausencia de pulsos distales a todos los niveles y frialdad cutánea. Se inicia fluidoterapia y analgesia intravenosa con escasa respuesta. Se solicita una ambulancia medicalizada para su traslado al hospital, con la sospecha inicial de isquemia de miembros inferiores. En la gasometría venosa de urgencias destaca el pH de 7.28, lactato de 4 mmol/L y hemoglobina 13.1 g/dL. Se realiza angio-TC toracoabdominal, evidenciando trombosis parcial de la aorta suprarrenal y arteria mesentérica superior desde su origen y trombosis completa de la aorta infrarrenal con extensión a ambas arterias ilíacas, con importantes signos de ateromatosis cálccia aortobifemorales. Tras valoración por Cirugía vascular se concluye dada la gravedad del cuadro clínico y el escaso/nulo beneficio de revascularización así como la agresividad quirúrgica que supondría, se decide ingreso hospitalario en cirugía vascular para medidas paliativas y de control del dolor.

CONCLUSIONES

La isquemia mesentérica y la isquemia arterial de miembros inferiores secundarias a una oclusión aortoilíaca constituyen patologías graves con alta mortalidad, especialmente en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades. El diagnóstico diferencial de la isquemia de miembros inferiores debe incluir otras causas como trombosis arterial aguda, embolismo, enfermedad arterial periférica crónica descompensada, disección aórtica y trombosis venosa masiva, entre otras. La evaluación temprana por los equipos de atención primaria y emergencias extrahospitalarias resulta fundamental para valorar signos de alarma y activar rápidamente la derivación a un centro hospitalario con los recursos adecuados. La detección precoz de casos subsidiarios de tratamiento intervencionista es clave para mejorar el pronóstico en pacientes seleccionados. En aquellos casos donde la revascularización no sea una opción

viable debido a criterios de edad y comorbilidades, es prioritario establecer un enfoque paliativo centrado en el control del dolor y el confort del paciente, en estrecha comunicación con la familia y el equipo multidisciplinar. La coordinación eficiente entre los diferentes niveles asistenciales resulta esencial para optimizar la atención y garantizar una rápida actuación en pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento terapéutico oportuno.

P. #869

SÍNDROME BRADI-TAQUI

Andrea Cantos López, María Cardells Peris, María Teresa Benavent Company, Juan José Salgueiro Ruiz, Natalia Morera Sendra, Francisco José Salvador Suárez

HFB, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 78 años que acude al servicio de Urgencias Hospitalarias por palpitaciones de varios días de evolución, acompañado de malestar general con mialgias y cuadro catarral, afebril. También comenta edemas de miembros inferiores.

Fue valorada el día anterior en punto de atención continuada por los mismos síntomas con electrocardiograma sin alteraciones con una frecuencia elevada y edemas con fóvea por lo que inician tratamiento deplectivo con Furosemida y frenador con Sotalol. Como antecedentes cardiológicos, vista por Cardiología por taquiarritmia auricular previa en 1998 sin registro de fibrilación auricular y en última ecocardiografía cardiopatía hipertensiva con buena función sistólica de ventrículo izquierdo. Sin otros antecedentes de interés.

En urgencias, a su llegada la paciente tiene un regular aspecto general con palidez cutánea, eupneica en reposo, con auscultación rítmica aunque rápida sin soplos audibles con fonendoscopio y edemas con fóvea de ambos miembros inferiores. Solicitamos electrocardiograma (ECG) en el que se objetiva taquicardia supraventricular con QRS estrecho, P retrógrada y respuesta ventricular rápida a 140 latidos por minuto (lpm), sin otros hallazgos y analítica con troponina T ultrasensible de 35 y NT-proBNP de 4237 y radiografía simple de tórax con cardiomegalia y signos de redistribución vascular.

Por todo lo objetivado, se decide pasar a la paciente a área de observación para monitorizar controlando ritmo y frecuencia cardíaca, se pauta inicialmente Bisoprolol 5 mg vía oral y Furosemida 40 mg intravenosa.

A pesar de que la paciente permanece hemodinámicamente estable, en el monitor de observación, se mantienen rachas de taquicardia regular a 135-140 lpm alternando con bradicardia sinusal de hasta 40 lpm, impresionando de síndrome bradicardia-taquicardia. Se comenta caso con área de cuidados intensivos para mantener monitorización estrecha y valorar colocación de Holter-Chaleco. Finalmente, en planta de hospitalización de Cardiología realiza nuevo episodio de taquicardia supraventricular a 135 lpm con P retrógrada y en ECG de control ritmo sinusal con bloqueo auriculoventricular de primer grado. Por lo que se plantea para estudio electrofisiológico y ablación ya que impresiona de taquicardia por reentrada intranodal (TRIN).

CONCLUSIONES

El síndrome bradicardia-taquicardia es una entidad poco frecuente que suele presentar ritmos cardíacos anormales, se caracteriza por episodios de fibrilación auricular paroxística seguidos de pausas significativas, sobre todo en adultos mayores, otras taquiarritmias frecuentemente asociadas son la taquicardia auricular y el flutter auricular. Una taquicardia ortodrómica

y pausas significativas no es lo más corriente pero es otra de las opciones como el caso que nos acontece. Su tratamiento definitivo depende de la naturaleza de la taquicardia. Recientes estudios en Cardiología dan paso al tratamiento de este síndrome mediante ablación en vez de implantación de marcapasos definitivo como se hacía hasta el momento, sobre todo cuando se trata de fibrilación auricular que es de las etiologías más frecuentes que lo producen.

P. #881

VÓMITOS COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

José Miguel Molina Rodríguez, Osbelin Cristina Salazar Salazar, Cristina López Mayoral, Ekaterina Liubchik, Nieves Gil Gómez, Juan González Abreu

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que acude a urgencias por episodios de vómitos en las últimas 72 horas. Último episodio de 2 horas de evolución acompañado de diaforesis y que no remiten con tratamiento antiemético y empeoramiento progresivo de su estado general.
A la exploración física presenta:
Tensión arterial (TA): 132/87 mmHg Frecuencia Cardíaca: 69 lpm. Saturación de O2 Basal: 97%.
Auscultación pulmonar y cardíaca dentro de la normalidad.
Abdomen: Globuloso. Depresible, doloroso a la palpación de forma difusa. No signos de IP. Ni defensa abdominal.
Se solicita Electrocardiograma (ECG) donde se detecta un bloqueo completo de rama derecha sin que dispongamos de registros previos para comparar.
Y se solicitó analítica de sangre con cifras de troponina cardíaca de alta sensibilidad con resultado con cifras elevadas (16091.4)
Juicio clínico: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST
Diagnóstico Diferencial: Úlcera Péptica. Gastroenteritis. Pancreatitis. Reflujo Gastroesofágico. Litiasis Biliar.
Por lo que se activa el código infarto.
Se confirma en planta de cardiología a través de la coronariografía una oclusión proximal de la arteria descendente anterior. Se realiza intervención coronaria percutánea y tromboaspiración con catéter Hunter con resultado favorable e implante de un balón farmacológico.
Tras evolución favorable se decide alta domiciliaria con:

- Doble anti agregación plaquetaria.
- Betabloqueante.
- Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides
- Hipolipemiantes
- Inhibidor de la bomba de protones.

CONCLUSIONES

La presentación clínica del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST puede variar significativamente. En algunos casos, los pacientes pueden experimentar síntomas atípicos, como un síndrome emético, lo que puede dificultar el diagnóstico. Por ello, es fundamental reconocer y manejar este cuadro clínico con eficacia y rapidez.

P. #884

ANEURISMA EN PACIENTE CON DISNEA DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN

Ana Navarro Hermoso, Jenifer Crespo Gutiérrez, Irene Ortega Bueno

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 43 años con antecedentes personales de:
- Mioma intervenido.
- Bronquitis asmática.
- Condromalacia.
- Hábitos tóxicos: Fumadora de 4-6 cig/día.

Motivo consulta:
Paciente 43 años acude a urgencias por disnea de larga data que se ha intensificado en los últimos dos meses hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No ortopnea, No disnea paroxística nocturna. No edema. Nunca dolor torácico.
Exploración:
Consciente y orientada. Normocoloreada. Bien perfundida, glasglow 15/15, eupneica, afebril, tolera el decúbito. No ingurgitación yugular.
Tensión arterial 130/60mmHg, Frecuencia cardiaca 83 lpm, Saturación 98% en basal con mínima disnea al habla, tolera el decúbito.
Auscultación respiratoria: Murmullo vesicular normal.
Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, soplo pansistólico II/ VI aórtico, no roces ni extratonos.
Abdomen: Blando y depresible. No se palpan organomegalias. No peritonismo
Extremidades: sin edemas. No signos de trombosis venosa profunda.
Pruebas complementarias:
Analítica: Dímero-D: 0.78 µg/mL. BNP 2469 pg/mL.
Eletrocardiograma: Ritmo sinusal A 96lpm. Eje normal. QRS estrecho. descenso del ST en cara inferior de medio milímetro.
Ecografía: muy limitada por severa dilatación de raíz aórtica y aorta ascendente. Corazón muy desplazado hacia la izquierda. Ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica ligeramente deprimida. Insuficiencia mitral probablemente ligera. Raíz aórtica y aorta ascendente severamente dilatadas (67mm en plano paraesternal). Ventrículo derecha aparentemente normal.
Ante estos hallazgos se decide solicitar AngioTAC.
Angio- TAC:
Raíz aórtica: anillo aórtico: 66-68 mm (plano coronal). Seno de Valsalva: 70mm (plano coronal) y 73mm en plano axial.
Aorta torácica ascendente distal: 70 mm (plano sagital y coronal), con imagen lineal hipodensa en probable relación con flap intimal.
Cayado aórtico con disminución progresiva de calibre. Salida común de ambas carótidas comunes (tronco bovino).
Arteria subclavia derecha aberrante con salida independiente de aorta, recorrido retrotraqueal y retroesofágico, con dilatación en su origen (compatible con divertículo Kommerell).
Aorta torácica descendente proximal: 36mm máximo, con disminución progresiva distal.
Posibles artefactos por movimiento en aorta toracoabdominal, de morfología ovalada y con diámetro máximo 32mm.
Aorta abdominal: ‹30 mm; placas de ateroma calcificadas.
Arterias ilíacas permeables de calibre conservado.
No se observa imagen hiperdensa en estudio basal que sugiera hematoma intramural agudo.
Parénquima pulmonar: imágenes compatibles con enfisema; atelectasias lineales. Índice cardiotorácico aumentado.
Relación VD/VI ‹1. Dilatación tronco arteria pulmonar 45mm, arteria principal derecha 28mm e izquierda 25mm.
CONCLUSIÓN:
Cardiomegalia.
Aumento calibre raíz aórtica, aorta ascendente y torácica proximal.
Imagen compatible con posible flap intimal en aorta ascendente distal.
Aumento calibre tronco y a. pulmonares principales.
A. subclavia derecha aberrante.
Manejo:
Control estricto de presión arterial. Aunque en esta paciente no fue necesario, podrían usarse betabloqueadores y vasodilatadores para evitar la progresión de la disección.
Se realiza intervención con colocación de tubo aórtico con preservación valvular aórtica (Técnica de David).
Juicio Clínico:
Disección aórica tipo A.
Dilatación aórtica.

CONCLUSIONES

Aunque la disección aórtica aguda tipo A suele manifestarse con dolor torácico intenso, su presentación crónica y atípica con síntomas de insuficiencia cardíaca es menos común y, por lo tanto, puede retrasar el diagnóstico.
El aneurisma de la aorta ascendente con disección tipo A crónica puede generar insuficiencia aórtica progresiva debido a la dilatación de la raíz aórtica y el deterioro de la función valvular. En este paciente, la elevación del BNP refleja sobrecarga de volumen.
El diagnóstico oportuno mediante ecocardiografía transtorácica y angio-TAC es fundamental para la planificación terapéutica. En este caso, el hallazgo de una disección crónica tipo A con aneurisma de raíz aórtica implica un alto riesgo de complicaciones, como ruptura o progresión de la insuficiencia cardíaca. El tratamiento definitivo es quirúrgico, con reemplazo de la aorta ascendente y, en algunos casos, de la válvula aórtica si hay daño severo.

P. #897

LA GARRAPATA QUE LE AHORRÓ EL TRABAJO AL HEMODINAMISTA

Pablo Sueiro García
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

HISTORIA CLÍNICA

A continuación se muestra el caso de una paciente de 72 años de edad con alergia a los antiinflamatorios no esteroideos e intolerancia a la amoxicilina-clavulánico entre otros datos de interés.
Respecto a sus antecedentes personales, se trata de una mujer con insuficiencia venosa crónica, lumboartrosis e intervenida quirúrgicamente de una hernia umbilical y colecistectomizada de manera programada.
A nivel de factores de riesgo cardiovascular, mencionar su obesidad y una dislipidemia a tratamiento con medidas higiénico-dietéticas.
No presentaba deterioro cognitivo y realizaba una vida activa de manera independiente.
Acudió a urgencias por una clínica de 72h de evolución de sensación distérmica, dolor en ambos hombros de predomino en el izquierdo y náuseas con vómitos acompañantes. Había acudido al punto de atención continuada (PAC) hacia 24h, dónde la habían diagnosticado de reacción adversa a un tramadol que tenía pautado para el control del dolor lumbar, pero ante el empeoramiento clínica con deposiciones diarreicas sin restos patológicos y una marcada astenia junto con exacerbación del dolor en los hombros, decidió ser valorada en nuestro servicio.
Inicialmente, presentaba hipotensión (98-50), una frecuencia cardíaca normal de 76 latidos por minuto y una temperatura corporal de 38.1 grados, con una saturación de 92% sin oxígeno suplementario. El nivel de consciencia era pleno, con un Glasgow Score de 15 puntos.
En la exploración física, nos encontramos con una auscultación cardíaca sin soplos, dentro de la normalidad, y una auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos, con buena ventilación bilateral. Como dato llamativo, presentaba alguna lesión eritematosa en zona mentoniana y en el miembro superior izquierdo, no pruriginosos según refería la paciente.
Tras solicitar una analítica de sangre con parámetros infecciosos e inflamatorios, una radiografía de tórax, toma de cultivos para microbiología y un electrocardiograma (EKG), observamos en este último una elevación del segmento ST en la cara inferior de 1 mm con una onda T invertida en las derivaciones V5-V6 y menor de 1mm en AVL y I.
Además, presenta en la analítica leucocitosis con neutrofilia, una proteína C reactiva de 234.9 mg/litro y una troponina ultrasensible de 8.27 ng/litro.
Debido a estos hallazgos, se contactó con el servicio de cardiología, quienes realizaron un ecocardiograma transtorácico en el que objetivaron una hipocinesia inferior, basal e inferolateral junto con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo en el límite bajo de la normalidad.
Con todos estos datos, se diagnosticó al paciente de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en posible relación con infección por Borrelia, e ingresó en la Unidad de cuidados intensivos para monitorización, completar estudios e iniciar tratamiento.

CONCLUSIONES

Los síntomas que refieren los pacientes de edad avanzada puede suponer un verdadero rompecabezas para el urgenciólogo a la hora de correlacionarlo con algún diagnóstico de sospecha, más incluso si se presenta en pacientes con varias comorbilidades.
Más allá de escalas y signos que nos orienten, una vez más la historia clínica se convierte en un elemento fundamental a la interpretar las pruebas de las que disponemos, sirviendo además para vayamos un poco más allá de lo que a primera vista nos parece el diagnóstico correcto.
Existen una serie de manifestaciones electrocardiográficas atípicas en el contexto de una infección por Borrelia, más allá del conocido trastorno de la conducción aurículo-ventricular, y de igual modo, otras patologías pueden presentarse con electrocardiogramas o pruebas que nos puedan hacer pensar en un trastorno coronario o cardiovascular como causa fundamental cuando el problema subyacente precisa un estudio más amplio.

P. #906

ALGO MÁS QUE UNA ANAFILAXIA

Paula Santamarina Palop, Marta Pérez Sola, Francisco Javier Pavon López, Francisco José Espinosa Contreras
SAS, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia constituye la manifestación más grave de las reacciones alérgicas, caracterizada por una respuesta sistémica rápida y potencialmente mortal.Los alimentos representan uno de los desencadenantes más frecuentes en adultos, siendo las legumbres un alérgeno particularmente relevante.
Las manifestaciones cardiovasculares durante la anafilaxia, aunque menos frecuentes que las cutáneas o respiratorias, pueden ser especialmente graves. El síndrome de Kounis, representa la concurrencia de eventos coronarios agudos con reacciones alérgicas/anafilácticas, un fenómeno cuyo reconocimiento ha aumentado en las últimas décadas. Los mecanismos fisiopatológicos incluyen vasoespasmo coronario mediado por histamina y otros mediadores inflamatorios, así como efectos directos sobre el miocardio.
La importancia de este caso radica en la presentación de alteraciones electrocardiográficas significativas y elevación de biomarcadores cardíacos en el contexto de una anafilaxia por alimentos, destacando la necesidad de una evaluación cardiovascular sistemática en estos pacientes, especialmente en aquellos con factores de riesgo preexistentes.

OBJETIVO

-Principal: Describir y analizar un caso de anafilaxia por ingesta de habas con manifestaciones cardiovasculares asociadas, evaluando la correlación temporal entre la exposición al alérgeno, la presentación clínica y las alteraciones cardíacas documentadas.
- Objetivos específicos:
1. Clínicos:
- Analizar la secuencia temporal de aparición de síntomas y su relación con las intervenciones terapéuticas realizadas
- Documentar la evolución de las manifestaciones cardiovasculares asociadas a la anafilaxia
- Evaluar la respuesta al tratamiento inicial y la necesidad de intervenciones adicionales
2. Diagnósticos:
- Establecer la utilidad de la monitorización cardíaca seriada en pacientes con anafilaxia
- Determinar el valor de los biomarcadores cardíacos en la evaluación de compromiso miocárdico
- Identificar patrones electrocardiográficos específicos asociados a la reacción anafiláctica
3. Terapéuticos:
- Evaluar la efectividad de la autoadministración precoz de adrenalina
- Analizar la respuesta al tratamiento escalonado según protocolos vigentes
4. Preventivos:
- Establecer estrategias de prevención secundaria
- Identificar factores de riesgo modificables
- Desarrollar recomendaciones específicas para el seguimiento ambulatorio

MÉTODO

Diseño: Estudio descriptivo de caso clínico.
Paciente: Mujer de 71 años con antecedentes de múltiples alergias medicamentosas, hipertensión, hipotiroidismo post-quirúrgico y otros antecedentes médico-quirúrgicos relevantes.
Evaluación:
- Historia clínica detallada
- Exploración física completa
- Pruebas complementarias: ECG seriado, analítica (hemograma, bioquímica, troponina), ecocardiograma, radiografía de Tórax.
- Seguimiento de la evolución temporal de los síntomas y signos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- Presentación inicial: Reacción anafiláctica tras ingesta de habas con edema lingual, opresión torácica y disnea.
- Manejo prehospitalario: Autoadministración de adrenalina IM y posterior atención en Urgencias con corticoides y antihistamínicos.
Atención en Urgencias: Administración de corticoides y antihistamínicos
SatO2 96% post-tratamiento
Hallazgos en Urgencias:
Exploración:
Regular estado general. Edema lingual y facial. Consciente, orientada y colaboradora.
- Auscultación cardiopulmonar normal.
-ECG inicial: Ritmo sinusal a 116lpm. Eje normal. Descenso ST en II,III y AVF.
-Analítica relevante: Hemograma normal. Troponina elevada (10.4).
-Radiografía de torax: normal.
-Ecocardiograma: FEVI conservada. Sin alteraciones.
Evolución: Normalización del segmento ST en ECG control. Mejoría clínica progresiva.
Las alteraciones electrocardiográficas durante la anafilaxia pueden explicarse por varios mecanismos:
1. Vasoespasmo coronario secundario a mediadores inflamatorios
2. Efecto directo de la adrenalina administrada
3. Compromiso hemodinámico durante la reacción anafiláctica
La elevación de troponina en este contexto sugiere daño miocárdico transitorio, fenómeno descrito en la literatura como "síndrome de Kounis".
Aspectos destacables:
- Importancia del reconocimiento precoz.
- Valor de la disponibilidad de automedicación.
- Necesidad de monitorización cardiovascular en anafilaxia

CONCLUSIONES

1. La anafilaxia puede presentar manifestaciones cardiovasculares significativas que requieren monitorización estrecha.
2. Es fundamental incluir la evaluación cardíaca sistemática en pacientes con anafilaxia, especialmente en aquellos con factores de riesgo cardiovascular.
3. El reconocimiento temprano y tratamiento adecuado resultan cruciales para prevenir complicaciones graves.
4. Se recomienda seguimiento alergológico posterior para identificación precisa del alérgeno y prevención de nuevos episodios.

P. #917

UN RIESGO POCO COMÚN DEL GIMNASIO

Marta Herranz López, Irene Inglés Mancebo, María Bóveda García, Lucía Salgado Pérez, Laura Viaño Iglesias, Carlos Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 25 años que acude al servicio de urgencias por dolor torácico. Se trata de un joven varón, fumador habitual de cachimba y consumo ocasional de alcohol en reuniones sociales, que niega el consumo de otros tóxicos. No tiene antecedentes personales ni familiares cardiológicos relevantes y no toma tratamiento habitual. Acude a urgencias por dolor torácico que le ha aparecido en el gimnasio tras 10-25 minutos de bicicleta estática. El dolor lo describe de inicio súbito, intenso, punzante, motivo por el que para la actividad física, con lo que presenta mejoría del dolor pero dos horas después indica que permanecen molestias torácicas. A la llegada urgencias se encuentra asintomático. No refiere fiebre ni clínica infecciosa.
Se realiza pruebas complementarias que se describen a continuación. En el ECG a su llegada presenta ritmo sinusal a 73 lpm, PR normal, QRS 86, eje normal, onda T negativa en III. Sin alteraciones específicas en repolarización. La radiografía de tórax no muestra hallazgos significativos. En la analítica destaca no aumento de reactantes de fase aguda, y avisa laboratorio por CPK 1596 U/L y troponina I 117704 pg/mL. Se avisa a cardiología que realiza ecocardiograma urgente destacando FEVI normal y sin derrame pericárdico. Se repite ECG que muestra cambios con mínima q en III y avF, T negativa en III, y avF. Por lo tanto estamos ante SCASEST KILLIP I con FEVI normal, en paciente sin dolor torácico en la actualidad, se realiza seriación de marcadores de daño miocárdico, se avisa a UCI, se inicia tratamiento oral y se coordina traslado a unidad coronaria. Se realiza coronariografía en la que no se evidencian lesiones obstructivas coronarias, tratándose de infarto agudo de miocardio (Minoca). En ETT reglado destacaba FEVI 52%. Se completó el estudio con otras pruebas complementarias, en RMN destaca estudio compatible con infarto agudo de miocardio afectando al territorio de la arteria circunfleja. Posteriormente realizó rehabilitación cardiaca con buena adherencia en el equipo multidisciplinar, también acudió a grupos de psicoterapia y psicoeducación.

CONCLUSIONES

La anamnesis y exploración física son fundamentales en una primera aproximación al paciente. Es importante saber identificar potenciales patologías urgentes y emergentes en cualquier ámbito médico. En este caso llama la atención las características del dolor que describe el paciente, pero hay un datos relevante que es que sucedió en un paciente joven mientras realizaba ejercicio a pesar de tratarse de un dolor que no es claramente típico. Una vez realizado un diagnóstico es fundamental iniciar tratamiento de forma precoz y la comunicación entre las distintas especialidades hospitalarias. La coronariografía realizada no mostró lesiones obstructivas coronarias, por lo tanto se trata de MINOCA. Representa entre 6% - 15% de todos los pacientes con infarto agudo de miocardio, siendo una patología más prevalente en mujeres. El tratamiento óptimo difiere en función del mecanismo causal, por lo que se indica completar el estudio con otras pruebas complementarias como por ejemplo la resonancia magnética o la tomografía de coherencia óptica.
El paciente recibió atención médica de calidad en un equipo multidisciplinar, que condicionó su adherencia al tratamiento durante la rehabilitación cardiaca y los grupos de psicoterapia hospitalaria. Es importante destacar la importancia de la intervención médica y de la propia enfermedad en la vida de cada uno de los pacientes que atendemos.

P. #925

MÁS ALLÁ EN EL DOLOR TORÁCICO: "SÍNDROME DE TAKOTSUBO"

Elena Martínez Carracelas[1][2], José Joaquín Giménez Belló[1], Raquel Sánchez Pérez[3], María Del Mar Mayor Serrano[3]

1. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España
2. Centro de Salud Cieza Oeste, Cieza, España
3. Centro de Salud Murcia- San Andrés, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por dolor torácico que inició mientras asistía a una misa dominical dedicada a un familiar cercano fallecido recientemente, momento en el que comenzó a referir malestar inespecífico descrito inicialmente como inquietud, seguido de sudoración profusa y progresando finalmente a un dolor torácico franco. Su hija refiere que tuvo episodios de ansiedad en relación con estresores emocionales familiares en los días previos, habiendo también manifestado cambios conductuales.
Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, intervención quirúrgica por cáncer de mama hace 10 años y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
Se realiza electrocardiograma urgente, evidenciándose una elevación difusa y cóncava del segmento ST. Constantes: presión arterial 150/95 mmHg, saturación de oxígeno 95 %, frecuencia cardíaca 120 lpm. Ante la discordancia entre la clínica y los hallazgos electrocardiográficos, se contacta con el servicio de Cardiología del centro de referencia a través del 112, desde donde se indica el traslado urgente a un Hospital de referencia para evaluación especializada. Se administra acetilsalicilato de lisina intravenoso (900 mg) y se procede al traslado.
A su llegada a la sala de hemodinámica, se realiza ecocardiograma transtorácico urgente, que revela acinesia apical ventricular, persistiendo el dolor torácico. Ante este cuadro, se decide la realización inmediata de una coronariografía.
Pruebas complementarias:
Coronariografía: coronarias sin lesiones.
Analítica sanguínea: Troponina I alta sensibilidad 5641 ngml. NT-proBNP 10500.
Se decidió traslado a UCI.
Diagnóstico: Síndrome/cardiomiopatía de Tako-Tsubo.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso de miocardiopatía de Takotsubo (MT), afección caracterizada por una disfunción sistólica transitoria y reversible apical del ventrículo izquierdo, que simula un infarto de miocardio en ausencia de enfermedad arterial coronaria. Se presenta con alteraciones en el electrocardiograma como elevación del segmento ST y/o inversión de la onda T, junto con una elevación significativa de troponinas cardíacas, siempre descartando la presencia de feocromocitoma y miocarditis. Fue descrito por primera vez hace aproximadamente 30 años. Su nombre proviene del término japonés "Takotsubo", un recipiente utilizado para la captura de pulpos, cuyo fondo redondeado y cuello estrecho asemeja la morfología ventricular observada en tomografía computerizada en esta patología.
Se han identificado distintos patrones de disfunción del ventrículo izquierdo en el contexto de esta enfermedad. Su prevalencia se sitúa entre el 1,0 % y el 2,5 %, siendo más frecuente en mujeres posmenopáusicas. Diversos factores han sido asociados a su desarrollo, como la hiperactividad del sistema simpático, alteraciones en la microcirculación y el metabolismo del tejido miocárdico, así como el vasoespasmo de las arterias coronarias. A pesar de que suele estar infradiagnosticada, comprender esta patología en su totalidad es esencial para optimizar su abordaje terapéutico.
Debido a su similitud con el infarto de miocardio, el tratamiento inicial debe centrarse en el manejo de la enfermedad arterial coronaria (EAC). Por ello, hay que descartar la EAC. En consecuencia, la terapia inicial incluye la administración de oxígeno, heparina intravenosa, aspirina y -bloqueantes.
Una vez descartada la EAC y confirmada la MT, el uso de aspirina puede suspenderse. En el contexto de la MT, el empleo de -bloqueantes es razonable debido al posible estado de hiperactividad catecolaminérgica. No obstante, su uso debe evitarse si en la presentación inicial se sospecha vasoespasmo coronario.
Adicionalmente, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores del receptor de angiotensina (ARA-II) pueden ser utilizados para el manejo de la alteración en la motilidad regional de la pared ventricular. Asimismo, la terapia anticoagulante debe mantenerse incluso después de la confirmación diagnóstica de TC, ya que es fundamental para prevenir la trombosis apical del ventrículo izquierdo y posibles eventos embólicos.

P. #926

CUANDO LA ALERGIA ATACA AL CORAZÓN

Beatriz Briones Salinero, Alina Sandulache Xx, Lucía Vázquez Araujo, Luis Sierra Velencoso, María Isabel De León Reglero, Beatriz Guerrero Molina

Hospital Universitario De Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 88 años que acude a urgencias por disuria. Paciente con antecedentes de HTA, dislipemia, DM e hiperuricemia en tratamiento. Es un paciente institucionalizado, pero independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Alergia a pirazolonas y penicilinas.

A su llegada refiere disuria y estranguria. Con incontinencia urinaria y dolor en región de glande. No fiebre. No dolor abdominal. No dolor lumbar. No nauseas ni vómitos. No otra clínica asociada por aparatos.

En la exploración física encontramos al paciente consciente, colaborador y en buen estado general. Eupneico, bien perfundido, afebril. Constantes normales.

Auscultación cardiaca, rítmica, sin soplos y en la pulmonar murmullo vesicular conservado, sin otros ruidos añadidos. En abdomen los ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Puñopercusión bilateral negativa. Región genital: Presencia de fimosis con obstrucción cutánea y edema escrotal. No es posible visualizar uretra, orina rebosante por fimosis. Resto normal.

Dada la sospecha de proceso infeccioso se solicitan pruebas complementarias. Se avisa a servicio de urología que realiza apertura de la fimosis y se realiza sondaje vesical. En analítica se objetiva deterioro de la función renal, elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis además de orina con sedimento compatible con infección del tracto urinario inferior secundaria a patología genital obstructiva. Se decide traspaso a observación para control analítico y comienzo de tratamiento con antibiótico (Amoxicilina-Clavulánico) y sueroterapia.

Avisan desde observación, dado que tras la administración de dos dosis de antibiótico inicia el paciente reacción anafiláctica consistente en disnea, hipotensión severa, pérdida de conocimiento, eritema difuso, sudoración y taquicardia.

Se inician terapias de resucitación y se solicita ECG, radiografía de tórax y analítica urgente. En ECG se objetiva elevación de ST en cara inferior por lo que se amplían troponinas y se avisa a cardiología. Tras terapia de resucitación el paciente presenta mejoría clínica importante con normalización de ECG, por lo que es estamos ante un cuadro de probable vasoespasmo coronario secundario a anafilaxia (por administración de Amoxicilina-Clavulánico) compatible con un Síndrome de Kounis. Dada la buena evolución del paciente en urgencias se decide ingreso en planta de Geriatría.

CONCLUSIONES

El síndrome de Kounis es un trastorno raro que implica la combinación de un evento cardíaco (generalmente un infarto de miocardio o angina de pecho) y una reacción anafiláctica que desencadena la liberación de mediadores (histamina), que pueden causar la constricción de los vasos sanguíneos. Esto puede dar lugar a un evento cardiovascular, como un infarto, incluso en personas sin enfermedades cardíacas previas.

La causa puede ser una alergia a alimentos, medicamentos, picaduras, alergias a productos químicos o incluso a factores ambientales. Los síntomas cardíacos son similares a los de un infarto de miocardio y pueden incluir isquemia miocárdica y cambios electrocardiográficos. Es importante que los profesionales de la salud reconozcan este síndrome.

Además, las reacciones alérgicas medicamentosas representan un desafío significativo en el entorno de las urgencias debido a su capacidad para causar complicaciones graves.

Es importante un historial farmacológico detallado de los pacientes, identificando aquellos con antecedentes de alergias a medicamentos y evitando la administración de fármacos que puedan desencadenar reacciones alérgicas. También, la educación del paciente sobre la importancia de informar sobre sus alergias medicamentosas. Los pacientes institucionalizados o con múltiples patologías son especialmente vulnerables, ya que pueden ser incapaces de informar con precisión las reacciones adversas o alergias.

La formación continua de los profesionales de urgencias, la correcta gestión de la medicación y la educación del paciente son fundamentales para reducir el riesgo de fallos médicos relacionados con las reacciones alérgicas y mejorar la seguridad del paciente en este entorno.

P. #935

LATIDOS EN CONFUSIÓN. ABORDAJE DE UN SÍNDROME BRADICARDIA-TAQUICARDIA

Iñigo Montero Sanz[1], Esteban García Cruz[2], Ricardo Edgar García García[3], Ignacio González Bautista[3], David Iglesias Pedemonte[4], Antonio León Vivó[5]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Universitario Poniente, Almería, España
3. Complexo Hospitalario Universitario de Montecelo, Pontevedra, España
4. Hospital Oriente de Asturias, Arriondas, España
5. Hospital General Mateu Orfila, Mahón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 79 años con factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia) y antecedentes personales de cardiopatía isquémica con fracción de eyección conservada e implante de stent en la arteria descendente anterior media hace 12 años. Además, está anticoagulada por fibrilación auricular paroxística y se encuentra en tratamiento con bisoprolol.

Acude al servicio de Urgencias por tercera vez en los últimos dos meses por palpitaciones, acompañadas de molestias torácicas inespecíficas y disnea que ha empeorado en los últimos días. Refiere mareos constantes en las ultimas semanas asociado a dos episodios de perdida de consciencia con recuperación espontanea. Niega sensación de nauseas y vómitos. No fiebre. No síntomas respiratorios ni urinarios.

Exploración fisica: Tª 36 TAS: 116 mmHg TAD: 69 mmHg FC: 143 lpm SATO2: 98 %.

A la exploración física, destaca una auscultación cardiaca arrítmica con presencia de un soplo sistólico. La analítica no muestra desplazamiento enzimático, alteración iónica ni cambios en la bióquimica ni en el hemograma. Cabe destacar la presencia de hormona TSH en rango. En el ecocardiograma se evidencia función ventricular conservada con leve insuficiencia mitral.

En el primer electrocardiograma realizado en Urgencias, se objetiva fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida a 150 lpm. Se administra bisoprolol 2.5 mg, tras lo cual se evidencia lo que impresiona de una taquicardia supraventricular que cede tras maniobras vagales sin necesidad de administración de adenosina. Posteriormente, la paciente presenta episodios de bradicardia sintomática con mareos, llegando a 30 lpm, alternando con fibrilación auricular a 150 lpm. Durante estos episodios, se evidencia leve hipotensión, con diaforesis y signos de hipoperfusión tisular como extremidades frias y cierta confusión.

Ante la persistencia del cuadro clínico en el contexto de un síndrome bradicardia-taquicardia (bradi-taqui) y la severidad de los síntomas, se decide realizar tratamiento definitivo con la implatación de marcapasos definitivo para regular la frecuencia cardiaca y evitar los episodios de bradicardia grave. Tras esto, la paciente evoluciona favorablemente, encontrándose asintomática, sin dolor torácico, palpitaciones ni mareos.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico rápido y preciso en situaciones de urgencia , ya que los síntomas presentados pueden ser indicativos de diversas patologías cardiovasculares. La paciente fue diagnosticada de síndrome bradi-taqui, una alteración del ritmo cardíaco que combina episodios de taquicardia y bradicardia, lo que explica sus síntomas recurrentes.

Sería necesario hacer un diagnóstico diferencial con diversas patológias como hipertiroidismo o hipotiridismo , alteraciones electrolíticas asi como el uso de fármacos antiarrítmicos. Por otro lado una lectura correcta del electrocardiograma nos puede orientar a patologias como bloqueos AV o cardiopatía isquémica.

El tratamiento definitivo con marcapasos fue una opción terapéutica clave para resolver la disfunción del nodo sinusal, estabilizando el ritmo cardíaco y evitando complicaciones como síncopes, caidas, eventos tromboembólicos, arritmias malignas o muerte súbita.

El seguimiento postoperatorio es muy importante para monitorear el funcionamiento del marcapasos y asegurarse de que la paciente se mantenga libre de episodios sintomáticos. En resumen, este caso resalta la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado para el síndrome bradi-taqui, lo que permite mejorar el pronóstico y evitar consecuencias graves a largo plazo.

P. #943

PATRÓN DE WELLENS, RECONOCIENDO EL PELIGRO

Marco Aurelio Alfaro Mora, Irene Ursúa Sánchez, Yolanda Álvarez Colmenero, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Maritza Gutiérrez Tello

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 71 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, sin antecedentes de diabetes ni historia familiar de enfermedades cardiovasculares. No fumador, con consumo de 1 litro diario de vino (10 UBE). Hace 20 años fue sometido a prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata. Consulta por presentar palpitaciones, de 6 horas de evolucion. Niega dolor torácico o disnea. No ha presentado episodios previos de palpitaciones.

A la exploración fisica presenta tensión arterial de 150/95 mmHg, frecuencia cardíaca de 150 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm y saturación de oxígeno del 98% en aire ambiente. El resto del examen físico es normal, sin signos de insuficiencia cardíaca ni shock.

Se realiza electrocardiograma (ECG) objetivando una taquicardia supraventricular a 153 lpm, la radiografía de tórax se encuentra estrictamente normal.

Se decide administrar adenosina 12 mg en bolo, logrando identificae un ritmo de flutter auricular. Ante dicho hallazgo y tiempo evolución se decide realizar cardioversión eléctrica, con una descarga de 75 Julios se logra restaurar ritmo sinusal a 87 lpm. Se mantiene en observación durante 5 horas, permaneciendo hemodinamicamente estable y sin incidencias. Se decide alta con anticoagulación, edoxabán.

Tras ocho horas posterior al alta, el paciente inicia disnea intensa con dolor torácico opresivo irradiado a la región interescapular. Niega palpitaciones. Siendo atendido por un soporte avanzado en domicilio, donde se le administra nitroglicerina sublingual y furosemida durante el traslado.

A su llegada, el paciente presenta taquipnea en reposo con oxigenoterapia con Ventimask al 28%, al explorarle presenta un ritmo regular sin soplos, murmullo vesicular conservado con crepitantes hasta campos medios. En el electrocardiograma realizado a su ingreso, se observan ondas T profundamente simétricas y de polaridad negativa en derivaciones precordiales, sin cambios significativos en el segmento ST, seriación de troponina negativa. NT-proBNP de 1600 pg/mL. La radiografía de tórax muestra signos de redistribución vascular y cisuritis derecha, no presentes en la previa.

La sospecha clínica de síndrome coronario agudo se confirma con el patrón electrocardiográfico de Wellens. Se inicia manejo con antiagregantes plaquetarios (aspirina y clopidogrel), heparina de bajo peso molecular y, debido a la alta probabilidad de un infarto de miocardio anterior, se deriva para la realización de cateterismo cardíaco.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un paciente varón de 71 años con factores de riesgo cardiovascular, quien consulta inicialmente por palpitaciones de reciente inicio, diagnosticándose flutter auricular. Tras cardioversión eléctrica exitosa, se decide alta con anticoagulación. Horas después, reingresa por disnea intensa y dolor torácico, con hallazgos sugestivos de SCASEST en la evaluación inicial, lo que motiva su derivación a cardiología intervencionista para cateterismo.

El síndrome de Wellens es una manifestación electrocardiográfica precoz de isquemia miocárdica. Su identificación temprana es crucial para una intervención adecuada, evitando el desarrollo de complicaciones graves. En este caso, el reconocimiento rápido del patrón ECG y la realización de la coronariografía de urgencia permitieron un tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico del paciente. El seguimiento y prevención secundaria son fundamentales para evitar futuros eventos cardiovasculares.

Las complicaciones derivadas de la cardioversión eléctrica incluyen el riesgo de tromboembolismo, especialmente si no se realiza una anticoagulación adecuada, así como la posibilidad de disfunción miocárdica transitoria y arritmias ventriculares. En este caso, el desarrollo posterior de disnea y dolor torácico plantea la posibilidad de una descompensación hemodinámica secundaria.

En cuanto al diagnóstico diferencial de las taquicardias supraventriculares, es crucial diferenciar entre taquicardia por reentrada nodal, taquicardia por vía accesoria (Wolff-Parkinson-White), flutter auricular y fibrilación auricular paroxística. El ECG y la respuesta a maniobras vagales o fármacos como la adenosina pueden ayudar en la distinción de estas entidades.

P. #965

¡DOCTORA, ME MAREO! BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR COMPLETO PAROXÍSTICO

Ainhoa Marcaida Hernández, María Isabel Rivera Aguiriano, Rosa Baz Carranza, María De Los Milagros Montoya Linares, Eider Díaz Aparicio, Ezequiel Espinal Romero

Hospital Universitario Araba, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un hombre de 48 años con esclerosis múltiple remitente-recurrente en tratamiento con Ocrelizumab, sin brotes desde hace años, que acude a urgencias a las 2:00h de la noche porque refiere clínica de mareo con inestabilidad varias veces a lo largo del día. El paciente lo cuenta como sensación de ausencia, sin llegar a tener pérdida de conocimiento. El último episodio ha tenido lugar mientras estaba en reposo trabajando en el ordenador. Refiere sensación de estar haciendo brotes de EM sin clínica sensitiva ni parestesias sino mareo. Niega dolor centrotorácico en ningún momento.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Regular estado general. Palidez cutánea y sudoración intensa. Eupneico en reposo.

- Constantes vitales: FC 56lpm, FR 20rpm, PA 118/59mmHg, Temp 36.5°C. Cabeza y cuello: No IY. A.C.: Rítmica. No soplos, roces ni extratonos. A.P.: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

-ECG: Ritmo sinusal a 108lpm con BRIHH no conocido. Previo de 2018 en ritmo sinusal con QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.

-En monitorización: BAV avanzado con p que no conducen coincidiendo con sensación de que se marea

-Analítica sanguínea con Troponina I 8.076 ng/L sin alteraciones iónicas

EVOLUCIÓN Y ACTUACIÓN EN URGENCIAS

Durante la anamnesis en el box el paciente comienza con clínica de mareo y en el monitor se objetiva BAV avanzado que realiza en varias ocasiones coincidiendo con la clínica. Pasamos al paciente a la sala de estabilización y comenzamos aumento progresivo de perfusión de isoproterenol pero el paciente comienza a notar sensación de mareo nuevamente con episodio de taquicardia ventricular asociada por lo que se disminuye perfusión. Nuevamente realiza bloqueo avanzado sintomático por lo que comenzamos con marcapasos transcutáneo con buena tolerancia. Dado el bloqueo AV completo paroxístico se avisa a UCI para valoración e ingreso para colocación de MCP temporal.

EVOLUCIÓN EN UCI

En UCI colocan MCP temporal por vía yugular. Dada la elevación de marcadores de daño miocárdico, BRIHH no conocido y ecocardiografía a pie de cama en la que objetivan hipocinesia posterior contactan con hemodinámica para cateterismo urgente en el que no se objetivan lesiones coronarias.

CONCLUSIONES

El bloqueo auriculoventricular completo es una alteración en la conducción eléctrica del corazón, donde las aurículas y los ventrículos laten de manera independiente. Puede ser paroxístico, es decir, ocurrir intermitentemente en episodios, lo que puede provocar síntomas como mareos, palpitaciones o síncope.

Existen tres causas de bloqueo aurículo-ventricular paroxístico: las enfermedades intrínsecas del sistema de conducción, el aumento del tono vagal, y el más recientemente descrito: el idiopático de comportamiento paroxístico. Este último se asocia con bajos niveles de adenosina plasmática. No presenta pródromos clínicos ni tiene asociado una alteración del ritmo evidente.

El BAV intermitente/paroxístico que ocurre en pacientes con enfermedad cardiaca subyacente y/o bloqueo de rama generalmente se considera una manifestación de patología intrínseca del sistema de conducción AV.

En algunos pacientes, la esclerosis múltiple puede estar asociada con problemas de conducción cardíaca debido a la implicación del sistema nervioso autónomo.

Es importante determinar el tipo de bloqueo aurículo-ventricular completo paroxístico, dado que, tanto el tipo intrínseco y extrínseco idiopático, tienen buena respuesta al estímulo con marcapasos, mientras en que en el bloqueo aurículo-ventricular vagal, la respuesta puede ser variable.

Un dispositivo de estimulación cardiaca transitorio estaría indicado en pacientes con BAV completo en situaciones de compromiso hemodinámico, que no responde a medidas farmacológicas, a la espera de poder proceder a la inserción de un dispositivo permanente.

P. #967

DISECCIÓN DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE: TRASLADO INTERHOSPITALARIO DEL PUNTO A AL PUNTO B

Ainhoa Marcaida Hernández, Markel Orive Quintana, Paula Pérez Reclusa, Margot Gómez Baldeon, Eider Díaz Aparicio, Ezequiel Espinal Romero

Hospital Univarsitario Araba, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente de 66 años que acude a urgencias trasladada desde su centro de salud porque refiere desde ayer a las 20h, estando en reposo, episodio de escasos minutos de duracion de dolor centrotoracico opresivo que irradia a nivel interescapular acompañado de sudoración. Durante la noche y esta mañana, refiere episodios similares.
Antecedentes personales: HTA en tratamiento con olmesartan 40mg y perforación duodenal en 2019.
ECG: ritmo sinusal a 93lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. El dolor mejora con 2 puff de NTG.
Durante trayecto en ambulancia vuelve a presentar episodio de dolor centrotorácico opresivo irradiado a interescapular y cortejo vegetativo. Administran 80 mcg de Fentanilo con mejoría del dolor.
A la exploración buena coloración de piel y mucosas. Constantes vitales: Tensión arterial 138/86mmHg, Frecuencia cardiaca 71lpm, SatO2 92%aa, Frecuencia respiratoria 20rpm. ACP: Rítmica Soplo I/IV multifocal. Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. Pulsos radiales presentes y simétricos. Pulsos femorales disminuidos.
En pruebas complementarias:
-Analítica sanguínea: Troponina < 5 ng/L, NTproBNP 211 pg/mL, Hemoglobina 15,6 g/dL, Fibrinogeno 431 mg/dl
-Ecoscopia: Se objetiva flap de disección aórtica que llega hasta el seno coronariano pero sin afectarlo. Mínimo derrame pericárdico sin compromiso.
-AngioTAC aorta torácica: Disección de aorta torácica ascendente tipo A focal con puerta de entrada en vertiente posterior de la aorta ascendente, de aproximadamente 15mm de diámetro que se origina a 54mm de la raíz aórtica, la luz falsa se extiende en una longitud cráneocaudal aproximada de 65mm. Asocia hematoma intramural de espesor importante que se origina desde la raíz aórtica y se extiende distalmente hasta el arco aórtico. Espesor máximo del hematoma en aorta ascendente de 32mm. Luz verdadera de aorta de 52 x 40mm.
Evolución: Se avisa a Medicina Intensiva y a Cirugía cardiaca de hospital de referencia para traslado. Se realiza intubación orotraqueal con videolaringoscopio previa medicación con etomidato, rocuriono y fentanilo. Para el traslado se mantiene con midazolam en perfusión continua a 0,15mg/kg/h.
Durante traslado tendencia a la hipotensión con tensión arterial en torno a 102/73mmHg (pulso radial presente pero débil). Se administran 750ml de suero salino fisiológico 0,9% templado. Durante traslado se realizan ecocardiogramas seriados objetivándose derrame pericárdico sin cambios. IAo al menos moderada por dilatación aórtica con buena contractibilidad global.
La paciente fue intervenida de manera emergente. Tras 4 días en cuidados intensivos la paciente fue dada de alta a planta con buena evolución posterior y alta a domicilio 10 días después de intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Ante una disección de aorta se ha de hacer un control estricto de la presión arterial (PA). En este caso el objetivo es normalizar la PA con B-bloqueantes, reduciendo así la fuerza de eyección ventricular izquierda, que son los principales determinantes de la extensión y la ruptura de la luz falsa. Para la mayoría de los pacientes se puede alcanzar una PAS entre 100 y 120mmHg con una frecuencia cardíaca de 60lpm con esmolol/labetalol intravenosos.
En la intubación de un paciente con patología aórtica aguda en general, si presentan buena función miocárdica pueden utilizarse inductores como el propofol (1-2mg/kg) o el tiopental (3-5mg/kg), o bien la asociación midazolam-etomidato (0,05mg/kg y 0,3mg/kg, respectivamente) en caso de mala función ventricular o inestabilidad hemodinámica. En cuanto a los opioides, podemos utilizar cualquiera, siendo más frecuentes el fentanilo y el remifentanilo, titulados para evitar crisis hipertensivas. Los relajantes musculares serán los habituales (cisatracurio o rocuronio, este último de preferencia en el caso de secuencia rápida).

P. #978

DISNEA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON TICAGRELOR, UN EFECTO ADVERSO FRECUENTE

Paloma Gallego Rodríguez[1], Leonard Mihaita Román[1], Audrey Morales Rodríguez[1], Susana Pérez Antón[1], Noiva Díaz García[1], Nuria García Montes[2]

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años de edad, con antecedentes personales de tabaquismo e IAMCEST inferolateral unas semanas antes, revascularizado mediante la implantación de un stent farmacoactivo en la circunfleja distal. Según el informe aportado, en el ecocardiograma al alta presenta acinesia inferolateral basal y media y FEVI normal sin valvulopatías significativas. Es dado de alta con doble antiagregación (ácido acetil salicílico y ticagrelor).

Acude a Urgencias por episodios de disnea autolimitados, que inicialmente describe como reciente, de 3-4 días de evolución, de aparición brusca, sin ningún desencadenante claro, que no asocia dolor torácico, palpitaciones o clínica sugestiva de IC descompensada. Exploración anodina, en el ECG realizado en Urgencias se observan ondas T negativas en caras inferior y lateral, ya descritas previamente.

Asintomático a su llegada, se coloca telemetría para observación y se solicitan analítica y radiología de tórax, que muestran como únicas alteraciones la determinación de Troponina I de 0,2 ng/mL y Troponina I picogramos 225 pg/mL. La determinación de BNP es de 90,5 pg/mL.

Ante esta sintomatología, dada la elevación de troponinas objetivada y dados los antecedentes de IAMCEST reciente, se decide realizar interconsulta con el Servicio de Cardiología. En su evaluación el paciente describe episodios de disnea desde el alta, intensificados en los últimos días, de predominio por las tardes y duración variable, que describen como "suspirosa". Durante su valoración, el paciente presenta un episodio de disnea, que les impresiona de secundaria al tratamiento con ticagrelor. Se decide seriación de troponinas y realización de ecocardiograma, que resultan sin cambios respecto a previos, por lo que es dado de alta sustituyendo el ticagrelor por clopidogrel tras la administración de una dosis de carga de 600mg en el Servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES

El ticagrelor es un medicamento antiagregante plaquetario utilizado como prevención secundaria en pacientes con síndrome coronario agudo. La disnea inducida por ticagrelor es un efecto adverso relativamente frecuente, con una incidencia reportada entre el 14-20% de los pacientes tratados. Generalmente, se presenta en las primeras horas o días tras el inicio del tratamiento y suele ser de intensidad leve a moderada, con tendencia a la resolución espontánea en la mayoría de los casos. Aunque el mecanismo exacto no está completamente elucidado, se ha propuesto que la inhibición del receptor de adenosina (A1 y A2A) provoca un aumento de los niveles de adenosina, afectando la regulación respiratoria y generando la sensación de disnea sin compromiso estructural o funcional del sistema respiratorio.

El diagnóstico de este efecto secundario requiere un adecuado diagnóstico diferencial, descartando causas cardiopulmonares subyacentes. En la mayoría de los pacientes, la disnea no interfiere significativamente con la tolerancia al fármaco, permitiendo continuar el tratamiento con monitorización. Sin embargo, en casos de disnea intensa, persistente o mal tolerada, puede ser necesario sustituir ticagrelor por otro antiagregante, como clopidogrel o prasugrel, según el perfil clínico del paciente.

La identificación temprana de este efecto adverso y la educación del paciente son fundamentales para evitar la interrupción innecesaria del tratamiento, lo que podría comprometer la eficacia de la terapia antiagregante en la prevención de eventos cardiovasculares. Estudios adicionales podrían ayudar a comprender mejor los mecanismos implicados y optimizar el manejo de estos pacientes.

P. #1007

UN BOCADO MORTAL: ANAFILAXIA Y VASOESPASMO CORONARIO TRAS INGESTA DE MERLUZA CONTAMINADA

Francisco Javier Nieto García, Marta Reguero Capilla, Carlos Ríos Márquez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 84 años, sin antecedentes de alergias conocidas, diagnosticada de insuficiencia cardiaca y estudiada en contexto dolor torácico con baja probabilidad de origen isquémico.

Unos 5-10 minutos después de ingesta de merluza fresca y naranja, comienza con hormigueo en región orofaringea, dolor abdominal, náuseas, aparición de lesiones tipo habón de distribución generalizada, asociando posteriormente disnea y tos. Es valorada por equipo de emergencias extrahospitalarias, objetivándose hipotensión e hipoxemia. Se administran esteroides sistémicos, antihistamínicos intravenosos y adrenalina intramuscular, y se traslada a Centro Hospitalario. A su llegada persiste somnolienta, con cidras tensionales de 90/54mmHg, y con saturaciones del 90% a pesar de oxigenoterapia con gafas nasales, aún presentes lesiones habonosas en pliegues inguinales y axilares. Recuperación paulatina de su estado general en 1-2 horas, tras administración de segunda dosis de adrenalina intramuscular. Durante su estancia en el Área de Observación, presenta dolor torácico opresivo, no irradiado, con sudoración como único cortejo vegetativo, de unos 10 minutos de duración, resolviéndose tras toma de carfinitrina sublingual.

En anamnesis realizada en consultas de Alergología, no recuerda cofactores tales como toma de AINES, fiebre, realización de ejercicio previo. Refiere, hace más de 20 años, episodio de urticaria generalizada tras ingesta de almejas, con posterior tolerancia a bivalvos, cefalópodos y crustáceos sin incidencias. Ha tolerado posteriormente frutas, incluida naranja, así como pescados evitando merluza.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: sin alteraciones
- Analítica al ingreso: Ligera leucocitosis, resto sin alteraciones reseñables. No se realizó determinación del valor de triptasa en el momento agudo.
- Troponina I de alta sensibilidad: 16 ng/L - 4447 ng/L - 3172 ng/L - 349 ng/L.
- Triptasa basal (un mes después) 5.3 µg/L.
- IgE total 5158.9 UI/mL.
- Prick tests: Negativo para pescados blancos, anisakis, mariscos, naranja, neumoalergenos, LTP y profilina
- ISAC (estudio de IgE frente a 112 proteinas alergénicas): Positivo únicamente a Anisakis Ani s 1 con resultado de 26 ISU-E.

CONCLUSIONES

Nos hallamos ante un síndrome de Kounis. El síndrome de Kounis (SK) fue descrito en 1991 como la aparición de un sindrome coronario agudo que ocurre en el contexto una reacción de hipersensibilidad inducida por la exposición a fármacos, alimentos, factores ambientales y otros desencadenantes. Existen tres variantes de este síndrome; el tipo I tiene lugar en pacientes sin enfermedad coronaria en los que el mecanismo más probable es un fenómeno vasoespástico. En el tipo II existe una enfermedad ateromatosa donde la placa se rompe por la liberación de mediadores en el contexto de anafilaxia. El tipo III está en relación con la trombosis de un stent previo.

Anisakis simplex (AS), un parásito común de los peces y mariscos, es capaz de sensibilizar a los humanos a través del tracto digestivo. La creciente tendencia a la ingestión de pescado crudo o poco cocinado puede requerir un cambio de paradigma, con vistas a una evaluación más exhaustiva de las reacciones alérgicas idiopáticas, que pueden estar relacionadas con este parásito.

Presentamos de esta forma un caso de Síndrome de Kounis tipo I (reacción vasoespástica) en relación con anafilaxia tras la ingesta de merluza fresca, por alergia a anisakis como alérgeno oculto y señalamos la importancia de periodo de observación en Urgencias tras reacciones alérgicas graves, dada la posible aparición de un evento coronario agudo en contexto hipersensibilidad a alérgeno externo que pueda tener un desenlace fatal que habría sido evitable, como en este caso.

P. #1009

MAREOS: LA IMPORTANCIA DEL ECG

Helena Cruz Terrón, María Josefa Custodio García, Laura Martín Guerra, Sarai Corredera Blanco, Jesús Martín González, Vega Riesco Cuadrado

Hospital, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 74 años que en los días previos había consultado en atención primaria por dolor torácico no irradiado, clínica vegetativa y mareo (con diagnóstico vértigo y cervicalgia). El día anterior y el mismo día de su llegada a urgencias, había presentado dos síncopes mientras se encontraba sentado.
Trasladado a urgencias hospitalarias por los servicios de emergencia. A su llegada se encuentra consciente, inestable hemodinámicamente (Tensión Arterial 80/42mmHg) con sudoración y frialdad, electrocardiograma (ECG) con elevación ST en cara lateral. Se realiza ecografía, visualizándose derrame pericárdico severo que condiciona taponamiento cardiaco. Se realiza coronariografía emergente con enfermedad de 2 vasos, no se trata por la sospecha de complicación mecánica (rotura cardiaca contenida), a la espera de cirugía, se implanta balón de contrapulsación.
Durante la cirugía presenta Fibrilación Ventricular con necesidad de descarga eléctrica, vasoactivos y marcapasos. Posteriormente ingresa en cuidados intensivos presentando: Fibrilación Auricular-Flutter con inestablidad con Cardioversión Eléctrica x6 sin control, Amioradona (carga y perfusión) sin control, Digoxina. Control posterior.
Durante todo el proceso, comienza con elevación de reactantes defase aguda, soscpehca de broncoaspiración con cultivo de esputo posterior positivo.
Su evolución fue favorable, presentando al alta ritmo sinusal al alta.

CONCLUSIONES

Recalcar la importancia de realizar diagnóstico diferencial con clínica de mareo, tanto en la exploración como con las pruebas complementarias que tenemos en a nuestra disposición, realizando siempre un ECG, ya que se trata de una prueba diagnóstica con coste mínimo, al alcance de todos los centros, no invasiva y que nos puede dar mucha información.

P. #1014

EDEMA AGUDO DE PULMÓN FULMINANTE POR ACTIVACIÓN SIMPÁTICA

Sara López Espinosa[1], Roque Nicolás Monllor Córcoles[1], Irene Milagro Valls Pascual[1], Julia De Lara Terán[2], María Brotons Seguí[1], Patxi Lucio Dávila[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alicante, España
2. SESCV Elda, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Hipertensión arterial, dislipemia, trombosis venosa profunda hace 5 años, insuficiencia cardiaca crónica, ansiedad.
Tratamiento habitual: Valsartan/Hidroclorotiazida 160/12.5 mg, Atorvastatina 10 mg, Furosemida 40 mg, Bisoprolol 5 mg, Lorazepam 1 mg.
ANAMNESIS
Mujer 90 años con disnea súbita en reposo de un día de evolución, sin asociar clínica sugerente de infección aguda. No aumento de edemas en miembros inferiores. Ortopnea.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Constantes: Tensión arterial 210/100 mmHg, Saturación oxígeno (SpO2) 85% con oxígeno complemetario a 6 litros, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 30 respiraciones por minuto, afebril.
Mal estado general. Palidez cutánea, diaforética, taquipneica.
Auscultación: tonos rítmicos, crepitantes bilaterales hasta ápex.
Abdomen anodino.
No edemas en miembros inferiores ni signos sugestivos de trombosis venosa profunda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica sanguínea: creatinina 2.16 mg/dl, Urea 102 mg/dl, troponina T alta sensibilidad 49 pg/ml, NT-ProBNP 6657 pg/ml. Hemograma normal.
Gasometría arterial: pH 7.39, Pco2 38 mm Hg, Po2 52 mm Hg, bicarbonato 23 mmol/L.
Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 130 latidos por minuto, eje izquierdo, bloqueo completo de rama izquierda ya conocido, hipertrofia ventricular izquierda
Ecografía cardiopulmonar a pie de cama: líneas B bilaterales, dilatación vena cava inferior, hipertrofia del ventrículo izquierdo.
EVOLUCIÓN
A su llegada se administra nebulizaciones y furosemida a dosis de 1.5 mg/kg, nitroglicerina 1 mg sublingual y se inicia ventilación mecánica no invasiva con presión positiva continua con dos niveles de presión (BIPAP), con deterioro progresivo y aumento de trabajo respiratorio. La paciente realiza un episodio de émesis con espuma de coloración rojiza con posterior desconexión del medio y asistolia. Se realiza reanimación cardiopulmonar y se procede a intubación orotraqueal pero la paciente fallece.

CONCLUSIONES

En esta paciente se sospecha un edema aguda de pulmón fulminante por activación simpática, denominado sympathetic crashing acute pulmonary edema (SCAPE), el cual tiene un mecanismo fisiopatológico diferente al de las exacerbaciones

de la insuficiencia cardiaca descompensada o el shock cardiogénico hipotensivo, y debe ser reconocido de forma inmediata dado que se trata de una emergencia médica. Los hallazgos clínicos principales incluyen disnea de aparición aguda, hipoxemia, tensión arterial elevada y características clínicas de activación simpática. La distinción de esta entidad es el rápido deterioro como consecuencia de una sobreestimulación simpática con la consiguiente redistribución central del volumen, y no de una hipervolemia sistémica, asociando una poscarga elevada. Por lo tanto, precisa un tratamiento agresivo con ventilación no invasiva con presión positiva y nitroglicerina a dosis más altas de las habituales, con el objetivo de reducir rápidamente la poscarga y vaciar el líquido de los pulmones. Debemos tener en cuenta que los diuréticos desempeñan un papel muy limitado en esta entidad y no son útiles para el tratamiento agudo.
Los hallazgos en la ecografía y los hallazgos en la exploración física deben poner al médico de urgencias en alerta para intervenir de forma temprana en la evolución del paciente, dado que se trata de una entidad potencialmente mortal, lo que da a los médicos un margen de tiempo estrecho para intervenir.

P. #1018

TAPONAMIENTO CARDÍACO POR PERFORACIÓN VENTRICULAR SECUNDARIA A IMPLANTE DE MARCAPASOS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Germán Pablo Lalomia Loza, Pablo Alonso Chacón, Paula Queizan García, Oswaldo Adolfo Álvarez Franceschi, María Gutiérrez De Antonio

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, valvulopatía aórtica degenerativa tratada con implante de TAVI en septiembre de 2024, y marcapasos bicameral implantado en enero de 2025 debido a bloqueo de rama izquierda post-TAVI con síncope. Es traído a urgencias por su hija debido a mal estado general y dolor precordial de inicio la noche anterior, acompañado de náuseas y vómitos de contenido alimentario. El dolor se irradia hacia la región interescapular y el cuello.
A su llegada, el paciente presenta mal estado general, hipotensión arterial y ritmo de marcapasos en ECG. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo, se administra doble carga de AAS y clopidogrel. Las primeras troponinas son normales (6 ng/dL) y se evidencia acidosis metabólica compensada con lactato de 3.5 mmol/L. La ecocardiografía a pie de cama muestra derrame pericárdico severo.
Exploración física:
- Neurológico: Consciente, orientado, sin focalidad neurológica aparente.
- Respiratorio: Murmullo vesicular conservado bilateralmente. No tolera el decúbito. Saturación de O2 al 90%, que mejora al 97% con oxígeno por gafas nasales a 4 L/min.
- Cardiovascular: Tonos rítmicos, hipofonéticos, sin soplos.
- Abdomen: Blando, doloroso a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal.
- Extremidades: Simétricas, sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos presentes y simétricos. Llenado capilar lento. Piel pálida.

Pruebas complementarias:
- Analítica: Leucocitosis (19.15 x10^3/uL), hemoglobina 14.2 g/dL, acidosis metabólica leve con lactato de 3.3 mmol/L. Troponina I de alta sensibilidad: 6 pg/mL.
- Gasometría arterial: pH 7.35, pCO2 37 mmHg, pO2 57 mmHg, HCO3- 20.4 mmol/L, saturación de O2 87.6%.
- Radiografía de tórax: Leve aumento de la trama perihiliar, electrodos de marcapasos en posición normal, pigtail intrapericárdico cerca del ápex del ventrículo derecho.
- TAC torácico: Electrodo de marcapasos perforando la pared miocárdica anterior del ventrículo derecho, penetrando en grasa paracardíaca. Derrame pericárdico de escasa cuantía. Aorta toracoabdominal permeable con placas ateromatosas.

Diagnóstico diferencial:
- Síndrome coronario agudo.
- Taponamiento cardíaco por derrame pericárdico.
- Perforación cardíaca por electrodo de marcapasos.

Diagnóstico final:
Taponamiento cardíaco secundario a perforación de la pared miocárdica anterior del ventrículo derecho por el electrodo ventricular del marcapasos.
Tratamiento y evolución:
Se realiza pericardiocentesis urgente por vía subxifoidea, evacuando 380 mL de líquido, con mejoría hemodinámica inmediata y normalización de la presión arterial. Se administra midazolam (1 mg) y fentanilo (50 mcg) durante el procedimiento. Posteriormente, el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización y manejo avanzado. Se inicia fluidoterapia, antibioticoterapia empírica con cefazolina y analgesia con perfusión de fentanilo. Tras la estabilización, se decide traslado a un centro de referencia para manejo quirúrgico de urgencia.

CONCLUSIONES

La perforación cardíaca por electrodo de marcapasos es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal, con una incidencia reportada entre el 0.1% y el 0.8%, los factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el uso de electrodos activos y la anticoagulación. Los síntomas pueden variar desde dolor torácico hasta shock cardiogénico, como en este caso. El diagnóstico precoz mediante ecocardiografía y la intervención inmediata con pericardiocentesis son fundamentales para la supervivencia del paciente.
Este caso subraya la importancia de considerar la perforación ventricular como una causa de taponamiento cardíaco en pacientes con marcapasos recientes que presentan inestabilidad hemodinámica. La identificación y el tratamiento oportunos son esenciales para mejorar los resultados clínicos.

P. #1024

CUANDO LA CONGESTIÓN NO ES SOLO PULMONAR: HEPATITIS ISQUÉMICA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA GRAVE

Joaquín López Miota[1][2], Lourdes Sánchez Cabanes[1], Cristina Gasós García[1], Lucía López Martínez[1], Ester García Solivelles[1], Rosalía Vidal Baño[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. Consultorio Auxiliar San Antonio de Benageber, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 61 años acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar vómitos en posos de café y epigastralgia que irradia a hipocondrio izquierdo desde hace unas horas. Niega dolor torácico. Hábito deposicional sin incidencias. No refiere astenia, coluria ni ictericia.Niega consumo de antinflamatorios,productos de herboristería ni tóxicos.
Antecedentes Médicos:
-Ex fumadora y ex alcoholismo desde hace 3 años (previo 2-3 paquetes/dia; 1litro/dia).
-Diabetes mellitus 2.No hipertensión arterial ni dislipemia.
-Miocardiopatía dilatada bloqueo completo rama izquierda del haz de His(BCRIHH) conocido.
-Desfibrilador Automático Implantable(DAI) 3/2016.
-Insuficiencia mitral severa funcional que tras intervención con mitraclip pasó a moderada 1/2023.
-Ingreso 08/2023 por edema agudo de pulmón(EAP) secundario a flutter auticular,precisando ablación del istmo cavotricuspideo.
-Shock séptico de origen abdominal en 9/2023.
-Valorada meses previos en 3 ocasiones por dolor torácico de características opresivas, que irradian a miembro superior izquierdo, acompañado de diaforesis y vómitos, siendo ingresada en el servicio de Cardiología la semana pasada y reiniciándose la amiodarona oral tras observar latidos supraventriculares y alguna racha de taquicardia ventricular no sostenida en el holter.
Tratamiento(por día):
Ácido fólico 5mg, furosemida 40 mg, espironolactona 25mg, bisoprolol 2.5, insulina glargina 16UI/dia, metformina 850mg, sacubitrilo/valsartán 24/26mg, apixaban 10mg, amiodarona 200mg.
Exploración física:
-Regular estado general,palidez mucocutánea. No edemas,no ingurgitación yugular.
-TA:135/70mmHg;FC: 78latidos/min;Saturación oxígeno: 99%(sin Oxígeno).
-Auscultación cardíaca: Arrítmica, no soplos ni roce pericárdico.
-Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado.
-Abdomen:Blando y depresible,doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo.
-Petequias región anterior del tórax.
Pruebas complementarias:
-ECG: RS a 87 lpm, PR<0.20seg.BCRIHH con alteraciones en la repolarización; extrasístoles ventriculares aisladas.
-RX de tórax posteroanterior y lateral: Cardiomegalia. Marcapasos unicameral.No hay consolidaciones ni infiltrados.
-Ecografía abdominal: Sin alteraciones significativas valorables

con esta técnica.
-Analítica de sangre (a destacar): Índice de Quick 9%,INR 6,95, creatinina 1.65mg/dl, bilirrubina total 2,44mg/dl, bilirrubina directa 1,79mg/dl, ALT 1.34 mU/ml, AST 1615 mU/ml, fosfatasa alcalina 218 mU/ml, Pro BNP-NT 10.019pg/ml, troponina T ultrasensible 67.1ng/L, proteina C reactiva 45,7mg/dl, LDH 2425 mU/ml.
Orientación diagnóstica: Hepatitis isquémica
Diagnóstico diferencial: Hepatitis aguda viral, hepatitis tóxica por toma de amiodarona.
Evolución:
Ingresa en Digestivo descartándose causa viral y autoinmune, orientando el caso a una hepatitis isquémica, aunque hubo dudas de que fuese una hepatitis tóxica por la introducción la semana previa de amiodarona.
Ante empeoramiento con EAP, ligera elevación de bilirrubina, creatinina y empeoramiento del índice de quick, asume el caso Cardiología.Se decidió una terapia de resincronización de DAI dado el estado clínico y la presencia de BRIHH, con mejoría clínica y de la analítica, dándole el alta.
48 horas después acude de nuevo al servicio de urgencias por diarrea, mal estado general, trabajo respiratorio, taquicardia, taquipnea e hipotensión arterial. Orienta a un posible shock séptico, asociando acidosis metabólica y lactacidemia en ascenso con posible intererencia de la metformina.Ingresa en UCI por este motivo, falleciendo a las 24 horas.

CONCLUSIONES

Caso clínico llamativo tanto por su diagnóstico como por la evolución de la misma, siendo cardiológico el origen de la clínica,pero encarnado en una afectación hepática.
Las dudas con la toxicidad por amiodarona eran lógicas, ya que suele producir hepatotoxicidad como complicación en un 18-50% de los casos. Aunque el mecanismo fisiopatológico de hepatotoxicidad por amiodarona es todavía desconocido,se ha sugerido un mecanismo hepatotóxico directo dependiente de dosis, lo cual no cuadraría dada la reciente introducción. No obstante, tampoco sabemos con seguridad si la paciente tomó de forma adecuada esta medicación.
Apoya a su vez el diagnóstico de hepatitis isquémica los valores tan elevados de transaminasas superiores a 2.000 U/l (50-100 veces su valor normal) como la elevación de LDH,respecto a otras causas de hepatitis, y el empeoramiento hospitalario de los valores hepáticos en relación a la clínica de EAP.

P. #1028

DOLOR EN EL TRAPECIO: CUANDO EL MALESTAR ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Laura Pérez Del Amo[1], Miriam López Cainzos[1], Raquel Martín López[2], Carlos Rehberger García[3], Inés Domínguez Zotes[1], Saúl Escudero Álvarez[1]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. CAULE, León, España
3. Hospital Universitario León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Datos del paciente:
Edad: 48 años
Sexo: Masculino
Motivo de consulta: Acude al servicio de urgencias por dolor en la región del trapecio izquierdo desde hace varios días, sin características mecánicas claras. Además, refiere dolor centrotorácico tipo opresivo desde hace un año, con empeoramiento en los últimos meses, que se presenta principalmente con el esfuerzo y mejora con el reposo. No presenta cortejo vegetativo (sudoración, náuseas, etc.) asociado.
Tratamiento actual:
Medicamentos administrados en urgencias:
450 mg de Inyesprin IV (aspirina intravenosa).
40 mg de Pantoprazol IV.
Constantes:
Fecha: 10/01/2025, 13:06:36
Tensión arterial: 109/76 mmHg
PAM (Presión arterial media): 87 mmHg
Frecuencia cardíaca: 94 lpm
Temperatura: 35,4°C
Exploración física:
Estado general: Consciente, orientado, colaborador. Normohidratado y normoperfundido.
Respiración: Eupneico en reposo sin necesidad de oxígeno suplementario.
Auscultación cardiaca: RsCsRs sin soplos.
Auscultación pulmonar: MVC (Murmullo vesicular claro) sin ruidos adicionales.
Columna cervical: Normal.
Pruebas diagnósticas:
Radiografía de tórax portátil (10/01/2025, 16:29):
ICT normal. No alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.
Electrocardiograma (ECG, 10/01/2025, 14:35):
Ritmo sinusal a 60 lpm.
QRS estrecho, PR normal, eje normal.
Mínima elevación del ST en aVR y descenso en V4 y V5.
Análisis de laboratorio (10/01/2025, 14:35): ECG:RS a 60 lpm, QRS estrecho, PR normal, eje normal. minima levación del ST en aVR y descenso en V4 y V5.
Rx Tórax portátil: ICT normal. No alteraciones pleuroparenquimatosas agudas.
Analítica:
- Bioquímica:
GLUCOSA 93
UREA 38 mg/dL

CREATININA 0.85 mg/dL
ESTIMACIÓNCKD-EPI 103
SODIO 139 mmol/L
POTASIO 4.31 mEq/L
CLORO 106 mEq/L (
TROPONINA 263
PCR 1.4
- Hemograma y coagulación
Leucocitos 10.9 10^3/µL
Neutrófilos 71.9
Linfocitos 21.4
Monocitos 5.0
Eosinófilos 1.0
Basófilos 0.7
Hematies 5.05 10^6/µL
Hemoglobina 16.1 g/dL
Hematocrito 48.0 %
VCM 95.0 fL
HCM 31.9 pg
CHCM 33.6 g/dL
ADE 12.8 %
Plaquetas 224 10^3/µL 150 - 350
Valores y tiempos de coagulación normales
Diagnóstico:
Diagnóstico principal: Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST).
Plan terapéutico al alta:
Seguimiento por especialista hospitalario (Cardiología).
Continuar tratamiento según indicaciones médicas.
Observaciones: COR 2 (se recomienda seguimiento por Cardiología).
Informe de alta:
Fecha de alta: 10/01/2025, 17:17:49.
Motivo de alta: Ingreso.
Servicio de destino al alta: Cardiología (CAR).
Observaciones del alta: COR 2.
Petición ambulancia: No.
Evolución y seguimiento: El paciente presentó una situación compatible con un Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST, siendo canalizado para seguimiento hospitalario inmediato por el servicio de Cardiología. Se encuentra en observación y bajo tratamiento adecuado para su condición clínica.

CONCLUSIONES

Diagnóstico confirmado: El paciente presenta un Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST), con dolor torácico de carácter opresivo y dolor referido en el trapecio izquierdo, un síntoma atípico que no debe subestimarse.
Síntomas atípicos: A pesar de no presentar síntomas clásicos como sudoración o náuseas, el cuadro clínico y los hallazgos del ECG son consistentes con IAMCEST, lo que destaca la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo.
Manejo inicial adecuado: El tratamiento administrado en urgencias con aspirina intravenosa y pantoprazol fue apropiado para manejar el riesgo trombótico y proteger la mucosa gástrica.
Pruebas diagnósticas: El ECG mostró cambios típicos de IAMCEST, con elevación del ST en aVR y descenso en V4 y V5, confirmando la sospecha clínica. La radiografía de tórax fue normal.
Seguimiento hospitalario esencial: El paciente fue referido a Cardiología para continuar con el manejo especializado y seguimiento cercano, dada la gravedad del diagnóstico.
Pronóstico dependiente de intervención: El pronóstico del paciente dependerá de la rapidez de la intervención coronaria y el tratamiento de reperfusión para restaurar el flujo sanguíneo.

P. #1039

UN DUELO COMPLICADO: NO TODO SE SOLUCIONA CON BENZODIACEPINAS

Sheyla Lucy Miranda Gutiérrez[1], ANA Benito Justel[2], Marcos Pastor Galán[2], Raquel García López[2], Roberto Santiago Herrero[2], Sandra Margot Navarro Contreras[2]

1. Urgencias Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, España
2. Emergencias Castilla y León, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 84 años viudo desde hace 4 días. Independiente para las actividades de la vida diaria. Es valorado hace 24 horas en su centro de salud por disnea nocturna sin ortopnea, apuntado en la historia que sufre disnea de mínimos esfuerzos. En dicho momento se cataloga de ansiedad y se pauta Alprazolam nocturno 1 mg. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus en tratamiento oral con Metformina y Dislipemia. El paciente acude de madrugada al centro de guardia en un pueblo a 40 minutos del hospital más cercano, por disnea intensa. Se activa la Unidad Medicalizada de Emergencia. A su llegada, paciente que impresiona de gravedad, sudoroso, taquipnea de 40, pálido. Saturación oxígeno 60%. con oxigenoterapia al 100%. Se le ha administrado tratamiento broncodilatador y corticoterapia intravenosa. En exploración se auscultan crepitantes en ambos hemitórax hasta campos medios. Intenso tiraje intercostal, respiración abdominal. No edemas extremidades inferiores, no ingurgitación yugular. Se comienza tratamiento con ventilación mecánica no invasiva tipo CPAP a 5 mmHg.tensión arterial: 120/63, Frecuencia cardiaca 75 latidos por minuto, afebril. Se realiza electrocardiografía con los siguientes hallazgos ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, eje izquierdo. T negativas V5 a V6.
Se administra 2 ampollas de furosemida intravenosa, Omeprazol 20 mg, y Ondansetron 8 mg iv.
Se procede a sondaje urinario del enfermo. Se realiza a pie de cama ecocardiografía pulmonar con sonda convex que es la que está disponible. Se observan abundantes líneas B. No se visualiza derrame pericárdico.
Gasometría venosa portátil: ph7,1, pCO2 63,8 mmHg, pO242,4 mmHg, HCO3- 20mmHg, EB -9, Glucosa 500, Lactato 6,9, Na y K normales.
Ante dicha gasometría se procede a tratamiento con Insulina intravenosa en bomba de perfusión. Se inicia traslado a hospital terciario a 45 kilómetros.
El paciente al llegar a urgencias presenta un mejor estado general, tolera perfectamente CPAP. Analíticamente pH 7.28. pCO2: 38 mmHg, pO2 58, HCO3- 17.9mmol/L, EB -8, lactato 3.8. NT-porBNP 7452 pg/mL., trop I 195 pg/mL
Se realiza un segundo ECG informado como bloqueo de rama izquierda. Pese a estar asintomático, se saca nueva determinación de tropononinas de alta sensibilidad que asciende a 1938 pg/mL. .
Se valora con hospital con hemodinámica 24 horas la posibilidad de cateterismo de urgencias que aceptan. Administran carga de clopidogrel (300 mg), 300 mg de adiro, 80 mg de atorvastatina y 40 mg de enoxaparina subcutánea.
Ecocardioscopia transesofágica: FEVI conservada,
hipocinesia en cara anterior y en zona basal de septo inferior y anterior,
Estenosis Aórtica con vel máx de 3,67m/s, Ventrículo Derecho no dilatado. No derrame pericárdico.
Cateterismo sin lesiones significativas, por lo que es remitido al hospital emisor.
Se retira tratamiento antiagregante y se pauta tratamiento crónico. ECG: ritmo sinusal a 78lpm eje derecho PR normal QRS estrecho Onda Q en avL y onda T
negativa V4-V6. Se continua seriación de enzimas actualmente en descenso.
El paciente es dado de alta 7 días después con diagnóstico de IC con FEV1 30% descompensada en situación de edema de pulmón. Miocardiopatía no dilatada de causa no isquémica. Insuficiencia respiratoria tipo 2. Acidosis mixta: metabólica (láctica) y respiratoria resuelta. Estenosis aórtica de nuevo diagnóstico. IAM tipo 2 en el contexto de Insuficiencia cardiaca e hipoxemia.

CONCLUSIONES

Una correcta historia clínica y exploración hubiera podido evitar que el paciente empeorara.
La ecografía pulmonar a pie de cama es una herramienta útil en el diagnóstico del edema de pulmón y la ventilación no invasiva tipo CPAP es el tratamiento gold standart, pudiendo incluso iniciarse en determinados puntos de atención primaria de urgencias.

P. #1051

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTE JOVEN

Rosa María Nieto Ortiz, María Isabel Puca Briones, Almudena Villa Marti, Blanca Ruata Lacaustra
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor torácico opresivo de aparición en reposo de tres horas de evolución, tras discusión con un compañero de trabajo. Según refiere el dolor empeora con la inspiración y se irradia a mandíbula y brazo derecho asociando además palpitaciones y disnea. Niega clínica infecciosa a otros niveles. Refiere situación estresante laboral en días previos.
Presenta aceptable estado general, palidez cutánea, taquipnea en reposo, afebril al tacto. Auscultación cardiaca taquicárdica com soplo en foco aórtico. Auscultación pulmonar con buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo. Pulsos distales en miembros inferiores conservados.
Durante su estancia en la consulta, el paciente sufre pérdida brusca de conciencia y tono y se traslada a sala de Emergencias para valoración. A los pocos segundos recupera la conciencia, se procede a monitorización cardíaca y se realiza ECG (electrocardiograma) donde se aprecia taquicardia sinusal a 130 lpm (latidos por minuto), con elevaciones del segmento ST generalizado y descenso del segmento PR. Solicitamos analítica con enzimas de daño miocárdico que son negativas y se realiza ecografía a pie de cama del paciente donde se visualiza flap en raíz aórtica, con raíz aórtica de 8 cm e insuficiencia aórtica severa asociada, sin derrame pericárdico, por lo que se realiza TAC de aorta urgente que confirma disección de aorta ascendente y se contacta con Cirugía Cardiaca para intervención quirúrgica urgente.

CONCLUSIONES

Es importante realizar siempre un diagnóstico diferencial adecuado en Urgencias y sospechar, dentro de un contexto clínico adecuado, patologías que puedan comprometer la vida del paciente aún cuando no se presenten en un perfil de paciente típico. En este caso, se trataba de un paciente joven sin antecedentes de interés que presentaba un dolor torácico que dada la situación estresante laboral que comentaba durante el inicio de la entrevista se podría haber presupuesto que se trataba de ansiedad cuando presentó una patología que de no haber sido sospechada de inicio podría haber supuesto el fallecimiento del paciente.

P. #1053

CERVICALGIA CON SIGNOS DE ALARMA

Andrea Parra Plaza, Marta Massó Muratel
Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 39 años sin alergias conocidas a medicamentos. Natural de Ucrania, residente en España desde hace 10 años. Refiere exposición a Chernobyl con 1 año de edad.
Acude a urgencias por un mes de evolución de molestias a nivel cervical, por lo que había consultado en múltiples dispositivos. Asocia rubor facial, opresión torácica en valsalva y, además, estos últimos días disfagia a sólidos. Señala además que ha progresado la clínica con sensación de distensión de los vasos del cuello que empeora al alzar los brazos. No refiere pérdida de peso, ni otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.
A su llegada a urgencias, tendencia a la hipotensión arterial, taquicardia sinusal a 117lpm, afebril y con SatO2>95% basal. A la exploración física destaca plétora facial, distensión de venas cervicales y torácicas, vena cava izquierda ingurgitada y fija, con reflujo hepatoyugular, y palpación de adenopatías laterocervicales.
Se realiza ecografía a pie de cama en la que se evidencia derrame pericárdico grave con criterios de taponamiento cardíaco. RX tórax con ensanchamiento mediastínico. Analítica sanguínea con anemia normocítica (hb 11,1 g/dL), sin otras alteraciones. Se completa estudio mediante angioTC torácico en el que describen gran masa mediastínica con efecto masa sobre grandes vasos con paso filiforme de contraste en la vena cava superior, trombosis venosa profunda de vena cava superior, subclavia derecha y ambas yugulares hasta bifurcacion y derrame pericárdico de hasta 4cm.
Se comenta con cardiología, quiénes realizan pericardiocentesis con salida de líquido hemático, colocando drenaje pericárdico. El análisis del líquido revela que se trata de un exudado.
Se orienta como taponamiento cardiaco por derrame pericardico grave con síndrome de vena cava superior, todo ello secundario a infiltración/compresión de masa mediastínica a estudio.
Se inician corticoides 80 mg ev/día (metilprednisolona a dosis de 1mg/kg) y tratamiento anticoagulante con tinzaparina 10.000 UI c/24hs. Ingresa en Área de Vigilancia Intensiva para manejo.
Durante su estancia en dicha unidad, al ser poco productivo el drenaje y tras comprobar con ecoscopia la existencia de una mínima lámina de líquido en saco anterior residual, se procede a retirada de drenaje pericárdico el 22/11. Como parte del estudio de la masa mediastínica, se realiza una biopsia guiada por TC el 21/11, tratándose de linfoma B de célula grande compatible con primario de mediastino. Se completa estudio con PET-TC que no muestra afectación extramediastínica y, con dichos resultados, se inicia tratamiento dirigido con R-CHOP.

CONCLUSIONES

Del caso clínico, se pueden extraer las siguientes conclusiones:
- Síndrome de vena cava superior: La paciente presenta una masa mediastínica que está comprimiendo los grandes vasos,

lo que causa la distensión de las venas cervicales y torácicas, la ingurgitación de la vena cava superior, el reflujo hepatoyugular y los síntomas de obstrucción venosa como la sensación de distensión en el cuello, siendo estos signos y síntomas típicos de un síndrome de vena cava superior.

- Taponamiento cardiaco por derrame pericárdico grave: El hallazgo de derrame pericárdico grave con criterios de taponamiento cardiaco en la ecografía y la posterior pericardiocentesis, es un hallazgo grave que agrava la condición de la paciente y requiere intervención urgente para evitar complicaciones mayores.
- Tratamiento agresivo y manejo en unidad de cuidados intensivos: Tras el diagnóstico, se inicia tratamiento con corticoides y anticoagulantes para controlar los efectos inmediatos del síndrome de vena cava superior y de la trombosis venosa. Además, la paciente es ingresada en la unidad de cuidados intensivos para su manejo, y se comienza tratamiento quimioterápico con R-CHOP.

Este caso refleja la importancia de un diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo en casos de linfoma mediastínico complicado con taponamiento cardiaco y síndrome de vena cava superior.

P. #1055

A PROPÓSITO DE UN CASO: "DOCTOR, NOTÉ COMO SI ME CLAVARAN UNA ESTACA"

Irene Mate Martín, Daniel López Puente, Abel Varela Herrero, Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Kelly Y. Rivero Araujo, Paula Fernández De La Mata

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Varón de 61 años con hipertensión, Diabetes Mellitus-II y hábito tabáquico ocasional. Sin historia cardiológica previa ni antecedentes familiares cardiológicos de cardiopatía isquémica precoz ni muerte súbita.
Enfermedad actual: Acude al servicio de urgencias por dolor torácico. Refiere a las 16:30 horas un dolor centrotorácico punzante "como si le clavaran una estaca" de inicio brusco sin irradiación ni otra clínica cardiovascular acompañante. Comenta alivio con la sedestación y empeoramiento en decúbito y con la inspiración profunda. Previamente, episodio de mareo autolimitado sin síncope. Nunca había presentado esta sintomatología. Niega cuadro catarral los días previos. Sin embargo, su pareja presenta clínica catarral desde el día anterior.
Exploración física: Estabilidad hemodinámica. Afebril. SpO2 95%. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos ni roces y murmullo vesicular conservado. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis con pulsos pedios simétricos.
Pruebas complementarias: Radiografía torácica sin hallazgos patológicos. Electrocardiograma a la llegada: Ritmo sinusal a 62 lpm, PR 0.16 segundos, QRS estrecho. Eje normal. Elevación cóncava del ST únicamente en derivaciones I y aVL. Analítica sanguínea destacar troponinas seriadas 8-8, PCR 5, proBNP 28, Leucocitos 13.300.
Evolución: Inicialmente, se administra nitroglicerina sin alivio sintomático. Se reevalúa tras administración de medicación analgésica presentando leve mejoría y continuando estable hemodinámicamente. Se realiza interconsulta al servicio de Cardiología para valoración. Repiten el electrocardiograma donde se evidencian ahora cambios en la repolarización sugestivos de
pericarditis con elevación cóncava del ST en todas las derivaciones y descenso del PR en cara inferior y lateral. Además, realizan ecocardiograma transtorácico donde no aprecian anomalías de la contractilidad, FEVI conservada y ausencia de derrame pericárdico.
Diagnóstico diferencial: Debe incluir varias entidades de origen cardiovascular, pulmonar y musculoesquelético. En primer lugar, el infarto miocárdico es poco probable, dado que no hay dolor isquémico típico, el electrocardiograma muestra una elevación cóncava del ST en múltiples
derivaciones en lugar de un ascenso localizado sugestivo de lesión coronaria aguda, y el ecocardiograma no es patológico. Tampoco consideraríamos el tromboembolismo pulmonar como primera opción, debido a la ausencia de disnea súbita, hipoxemia y hallazgos electrocardiográficos compatibles. La disección aórtica se descarta ante la ausencia de dolor tipo desgarrante, irradiación dorsal, asimetría de pulsos y la falta de hallazgos

sugestivos en las pruebas complementarias. La costocondritis es improbable, pues el dolor no es localizado ni se exacerba con la palpación de la pared torácica. Asimismo, no es probable reflujo gastroesofágico dada la falta de relación con la ingesta. En cambio, la clínica es altamente sugestiva de Pericarditis Aguda, dado el carácter punzante no irradiado, acompañado de elevación cóncava del ST en múltiples derivaciones y descenso del PR en el electrocardiograma, además de una respuesta favorable al tratamiento con antiinflamatorios.
Juicio diagnóstico: Pericarditis aguda no complicada (dolor + electrocardiograma) sin cardiopatía estructural.
Plan: Se pauta Ibuprofeno 600mg (c/8h durante 2 semanas) y Colchicina 0.5mg (c/12h durante 3 meses). Se citará en consultas de Cardiología para ver evolución clínica.

CONCLUSIONES

La pericarditis aguda es la inflamación del pericardio de menos de 4 semanas de evolución que en ocasiones puede asociarse a derrame pericárdico. La etiología más frecuente es viral o idiopática.
El diagnóstico temprano de la pericarditis aguda fue fundamental y, aunque el electrocardiograma inicial no mostraba un patrón clásico, la correlación entre los hallazgos clínicos y electrocardiográficos permitió sospechar el diagnóstico y orientar el manejo adecuado.
En el contexto de dolor torácico atípico, es crucial una evaluación integral que incluya la clínica, respuesta terapéutica y estudios complementarios. Un manejo adecuado requiere no solo el inicio del tratamiento antiinflamatorio, sino también un seguimiento ambulatorio con reevaluación clínica periódica para prevenir complicaciones y detectar signos de progresión a pericarditis recurrente o constrictiva.

P. #1075

SÍNDROME DE BRASH, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Cabrera Ramos, Augusto Robles Almeyda, Martín Francia Rodríguez, Giancarlo Ormeño Victorero

Consorci Sanitari del Maresme (Hospital de Mataro), Mataro, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años de edad, con antecedentes de Carcinoma urotelial de vejiga (papilar y sólido) en tratamiento activo por Oncología, fumador activo, ex consumidor de heroína durante 30 años, insuficiencia venosa crónica, síndrome prostático y trombocitemia esencial JAK-2 en seguimiento por Hematología.
Sin alergias a medicamentos conocidos. Estaba en tratamiento con dexametasona, gabapentina, optovite, adiro, hydrea, finasteride y tamsulosina.
El paciente es derivado a urgencias por su Oncólogo tratante para transfusión al objetivar una anemización en la última analítica de control de hace pocos días atrás.
Al llegar a urgencias encontramos un paciente con mucosa seca, mala perfusión distal, edemas de extremidades inferiores, con hipotensión arterial y bradicardia, es decir con clínica de Shock. Se realiza un ECG de 12 derivaciones donde se diagnostica un Bloqueo auriculoventricular (BAV) de tercer grado. Ante estos hallazgos se monitoriza, se administran gluconato de calcio y bicarbonato, pero persiste con BAV completo. Se decide iniciar bomba de infusión continua (BIC) de Aleudrina con poca respuesta, por lo que se comenta el caso con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para colocación de marcapaso (MCP).
Los resultados de la analítica realizada en urgencias muestran una hiperkalemia leve-moderada 5.5 mol/L, falla renal aguda con creatinina 2,38 mg/dL, filtrado glomerular 27 mL/min y una acidosis metabólica.
Ante la poca respuesta a la BIC de Aleudrina, se decide colocación de MCP provisional por vía yugular derecha ecoguiada. El paciente permanece ingresado en UCI durante 4 días con buena evolución clínica, se coloca MCP definitivo DDD sin incidencias. Al permanecer estable hemodinámicamente, se decide continuar ingreso en planta de hospitalización desde donde le dan alta médica al cabo de varios días, con la función renal normalizada y el potasio en rangos de normalidad.

CONCLUSIONES

Nuestro paciente cumple criterios clínicos para ser considerado un Síndrome de BRASH, todo y que hay que tener en cuenta que es un cuadro clínico de compleja identificación y reciente descripción. Se caracteriza por la presencia de bradicardia, falla renal, bloqueo auriculoventricular, shock e hiperkalemia.
Al revisar la literatura esta entidad fue propuesta en 2016 por un Neumólogo Intensivista de los Estados Unidos, donde describió un conjunto de signos con efectos sinérgicos donde destaca medicamentos bloqueantes, hiperkalemia y falla renal. Generalmente aparece en pacientes ancianos con enfermedades cardiovasculares subyacentes. El tratamiento del Síndrome BRASH se centra en la terapia dirigida a la corrección

de la hiperkalemia y los posibles efectos de los medicamentos bloqueadores del nodo auriculoventricular, por ello se necesitan catecolaminas para apoyar su perfusión e incluso el uso de MCP por la bradicardia extrema.
En nuestro caso clínico, el paciente no presentaba un alto nivel de Hiperkalemia y tampoco estaba en tratamiento con los betabloqueantes de uso habitual; y aquí queremos destacar que los pacientes reportados en algunos estudios presentaban también una hiperkalemia leve-moderada como nuestro paciente. Por otro lado, ademas de los betabloqueantes y calcioantagonistas mayoritariamente relacionados con esta entidad, se observo que medicamentos como el adiro también están asociados a este síndrome. En éste sentido creemos que medicamentos como la tamsulosina que es un bloqueador alfa y la Hydrea, podrían haber estado implicados en el desarrollo del Síndrome de BRASH en nuestro paciente.
Finalmente creemos que la importancia del síndrome de BRASH radica en que es una complicación que pone en riesgo la vida de los pacientes; si no se inician medidas para su manejo de forma adecuada y rápida, la naturaleza cíclica de esta puede llevar rápidamente al paro cardíaco y asistolia, es por ello que ha pesar de su severidad, se requiere de un alto índice de sospecha clínica para lograr identificarlo y corregirlo.

P. #1079

CORAZÓN ROTO O EMERGENCIA CARDÍACA: SÍNDROME DE TAKOTSUBO

Rubén Gómez Villaplana, Lucía De La Puente Alonso, Lucía Álvarez Cárcel, Águeda Navarrete Mañes, Rocío Véliz Muñoz, Ana Laura Cárdenas Sánchez

Hospital Universitario y Politécnico La Fé, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica, hipertensión arterial y dislipemia, que acude a Urgencias por dolor torácico tipo anginoso tras un episodio de estrés emocional. Presenta antecedentes de coronariografía en abril de 2024 sin hallazgos significativos.
Describe dolor torácico opresivo de inicio en contexto de estrés tras una discusión. Es valorada en su Centro de Salud donde se observan cambios electrocardiográficos (ondas T negativas en I, aVL, V2-V5) y se deriva para completar estudio al Servicio de Urgencias hospitalarias. Se confirman los cambios en el electrocardiograma (ECG) así como elevación progresiva de troponinas. Se realiza ecocardiografía clínica a pie de cama observando disfunción sistólica apical del ventrículo izquierdo, con ventrículo derecho normal, sin otros hallazgos destacables. Ante la sospecha de síndrome coronario agudo vs síndrome de Takotsubo, se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, donde se mantiene estable hemodinámicamente, sin necesidad de drogas vasoactivas ni antihipertensivas (no me parece mal, pero si va justo de palabras prescindiria de esta frase), y con descenso progresivo de troponinas. No se repite cateterismo en este episodio dada la coronariografía previa normal y la estabilidad clínica actual. Durante su estancia en planta de Cardiología normaliza ECG y troponinas. Posteriormente al alta de planta de Cardiología se realiza resonancia magnética cardiaca objetivando miocardiopatía hipertrófica apical leve.
El cuadro clínico inicial y la evolución son compatibles con un síndrome de Takotsubo, caracterizado por el contexto de estrés emocional, alteraciones transitorias en ECG, disfunción ventricular y elevación de troponinas. Igualmente, el contexto emocional como desencadenante sugiere valorar entidades como el síndrome de Takotsubo frente al síndrome coronario agudo.

CONCLUSIONES

1. La presentación clínica de ambos cuadros puede ser indistinguible inicialmente. El síndrome de Takotsubo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los síndromes coronarios agudos en mujeres postmenopáusicas, particularmente en contextos de estrés emocional o físico intenso tal y como se evidencia en el caso presentado.
2. La ecocardiografía a pie de cama es una herramienta imprescindible en Urgencias, permitiendo en este caso realizar un mejor diagnóstico diferencial inmediato con hallazgos ecocardiográficos característicos, como la discinesia apical. Por ello la formación en ecografía clínica debe ser una prioridad en la capacitación de los Urgenciólogos.
3. La relevancia de incluir entidades como el síndrome de

Takotsubo en el diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo, fortalece la capacidad de los Urgenciólogos para abordar casos clínicos complejos de manera eficiente y segura. Ya que tiene un impacto directo en el manejo del paciente pudiendo evitarle tratamientos invasivos innecesarios.

BIBLIOGRAFÍA:

García-Camarero T, García-Camarero M. Características clínicas del síndrome de takotsubo: una serie de casos. Rev Colomb Cardiol. 2024;31(2):101-107. DOI: 10.24875/ACM.21000407

Pérez-Alvarado LA, Gutiérrez-Castañeda RE, Gómez-Gómez VA. Síndrome de takotsubo, un reto diagnóstico en urgencias. Rev Educ Investig Emerg. 2024;6(4). DOI: 10.24875/REIE.22000150.

Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy. N Engl J Med. 2015;373(10):929-38. DOI: 10.1056/NEJMoa1406761.

P. #1103

"DOCTORA, MI RELOJ MARCA UNA FRECUENCIA DE 200 LPM". TAQUIARRITMIA DE COMPLEJO QRS ANCHO A 220 LPM EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

Andrea Gallardo Jiménez, Carmen García Rosado, José Andrés Morero Guerra, Ana Rocío Villalón Sánchez, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Málaga, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales. Varón de 52 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Muy deportista.

Enfermedad actual. Acude por medios propios a nuestro servicio de Urgencias por sensación de palpitaciones, de escasos minutos de duración, sin dolor torácico asociado, con posterior detección de taquicardia de hasta 200 latidos por minuto (lpm) por su reloj artificial.

A su llegada al servicio de urgencias el paciente se encuentra asintomático, con una frecuencia cardiaca registrada de 70 lpm y siendo clasificado como una prioridad 3 cuyo motivo de consulta registrado eran "palpitaciones". En la consulta, asintomático, sin dolor torácico ni disnea.

Se realiza EKG evidenciándose taquiarritmia de complejo QRS ancho a 220 lpm, con sospecha de TV con pulso o FA de conducción aberrante. Se pasa a sala de críticos, donde se realiza una monitorización continua y se inicia tratamiento farmacológico con amiodarona. Ante la ausencia de respuesta, se decide CVE, con reversión a ritmo sinusal a 60 lpm tras una primera descarga a 150 Julios.

Se realiza nuevo EKG, a ritmo sinusal a unos 70 lpm; destaca la presencia de ondas delta en V3 y V4, sin otras alteraciones en ondas T ni segmentos ST. En la analítica de sangre: Troponina 145*. péptido natriurético (NTproBNP) 87. Resto de analítica sin hallazgos a destacar.

Se comenta el caso con Cardiólogo de guardia. Se revisan de forma conjunta los EKG, filiando el caso como un episodio de FA rápida preexcitada (síndrome Wolff Parkinson White).

Se decide tratamiento pautado con Flecainida 50 mg/12 horas, Apixabán 5mg cada 12 horas durante 3 semanas y valoración preferente en consultas externas; con indicación de evitar deportes intensos y situaciones de gran estrés hasta valoración por su parte.

CONCLUSIONES

- Las taquicardias de QRS ancho suelen generar un diagnóstico diferencial amplio; incluyendo taquicardia ventricular (TV), taquicardia supraventricular con aberrancia o síndrome de preexcitación como WPW.
- El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) se produce por la presencia de una vía accesoria auriculoventricular (AV),que se asocia con frecuencia a la presencia de taquicardias paroxísticas, siendo la más común la de movimiento circular ortodrómico en la que la conducción AV se produce a través de la vía de conducción normal y el impulso vuelve a las aurículas por el haz anómalo.

- Al tratarse de un cuadro inusual, suele detectarse por casualidad; debutar con una taquicardia de QRS ancho es menos común y puede confundirse con otros trastornos más graves, como una TV. Igualmente, su presentación suele ser variable, presentándose de forma asintomática o con manifestaciones clínicas graves como síncope o muerte súbita.
- Su interés radica en la importancia de establecer una adecuada identificación y diagnóstico diferencial entre las taquiarritmias de QRS ancho así como identificar sus características específicas en el ECG: Presencia de ondas delta, intervalo PR corto y ensanchamiento del QRS en ritmo sinusal; pues estos pacientes tienden a desarrollar fibrilación y flúter auricular con mayor frecuencia que la población general. Además, aunque no es lo más habitual, se puede desencadenar una fibrilación ventricular a partir de una fibrilación auricular previa con respuesta ventricular muy rápida.
- También cabría resaltar el manejo agudo adecuado, como evitar medicamentos que bloquean el nodo AV (ej., adenosina, betabloqueantes o calcioantagonistas) en fibrilación auricular con preexcitación.
- En resumen, su presentación clínica variable resalta la importancia de un manejo agudo cuidadoso y la necesidad de evitar medicamentos que bloquean el nodo AV. Este caso subraya el valor de un diagnóstico temprano y preciso para prevenir complicaciones y orientar el tratamiento definitivo.

P. #1124

BLOQUEO AV COMPLETO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SEVERA

Paula Santamarina Palop[1], Francisco Javier Pavon López[1], María Elena Moreno Martin-Vivaldi[2], Marta Pérez Sola[1]

1. SAS, Jaén, España
2. SAS, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, gastritis por Helicobacter pylori y anemia ferropénica, en tratamiento habitual con simvastatina, enalapril/hidroclorotiazida y ácido alendrónico, que acude a Urgencias trasladada por servicios de emergencias tras presentar síncope con traumatismo craneoencefálico mientras caminaba en un supermercado, sin pródromos previos. No sensación de disnea. No aparición de dolor torácico de características isquémicas ni pleuríticas. No cortejo vegetativo ni percepción subjetiva de palpitaciones.

En la valoración inicial por el Servicio del 061 se detecta bloqueo auriculoventricular completo (BAV) con escape a 45 lpm. A su llegada a Urgencias, se inicia perfusión de isoprenalina, alcanzando ritmo sinusal (RS) a 60 lpm, sin alteraciones sugestivas de isquemia aguda.

La exploración física inicial mostró buen estado general, consciente y orientada, con estabilidad hemodinámica (TA 142/86 mmHg), bradicardia (47 lpm) y saturación de oxígeno 90% basal sin aporte de oxigenoterapia.

-Exploración neurológica: sin focalidad.

-Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos bradicárdicos sin soplos y buen murmullo vesicular bilateral.

Las pruebas complementarias revelaron:

- ECG en Urgencias con isoprenalina: RS a 65 lpm, sin alteraciones que sugieran isquemia. Alterna con BAV 2:1 a 40 lpm.

-Analítica: elevación significativa de troponina I con pico de 7566.8. NT-proBNP marcadamente elevado (7685). PCR elevada (63).Resto sin aleraciones.

-Ecocardiograma a pie de cama con los siguientes hallazgos clave: FEVI deprimida (~35%). Aquinesia apical y segmentos medios. Probable trombo apical. Derrame pericárdico ligero. Insuficiencia valvular tricuspídea moderada como más relevante. Todo esto es compatible con cardiopatía isquémica crónica (más probable) VS. Tako-Tsubo. La paciente niega episodios de disnea, ni dolor torácico súbitos. Como posibles favorecedores de cuadro de miocardipatía postestrés (Tako Tsubo), aparte de la situación de bloqueo aurículo-ventricular completo sintomático, mencionaba estrés psíquico reciente por discusión con su marido.

- Radiografias de tórax: sin alteraciones.

-TAC craneal: normal.

-Coronariografía: Enfermedad coronaria severa de un vaso. ICP a CX distal con stent farmacoactivo.

La paciente ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización estrecha ante eventual necesidad de marcapasos transitorio, requiriendo finalmente implante de marcapasos definitivo bicameral con electrodo en aurícula derecha, implante de electrodo en ventrículo derecho, implante de generador de marcapasos.

- ECG al alta: RS a 75 lpm con ondas T negativas profundas de V2 a V5, menos profundas en V5, V6, I y aVL.

CONCLUSIONES

El caso presentado ilustra varios aspectos relevantes para la práctica clínica en Urgencias:
1. La presentación de un bloqueo auriculoventricular completo puede ser la manifestación inicial de una cardiopatía isquémica extensa, como sugieren en este caso la elevación significativa de biomarcadores cardíacos y los hallazgos ecocardiográficos.
2. La importancia de la evaluación integral del paciente con BAV completo, no limitándose al trastorno de conducción, sino investigando activamente la etiología subyacente mediante:
- Monitorización de biomarcadores cardíacos.
- Realización precoz de ecocardiografía.
- Búsqueda de complicaciones asociadas.
3. Las complicaciones documentadas (trombo apical, disfunción ventricular severa, derrame pericárdico) resaltan la necesidad de una valoración multimodal temprana en estos pacientes.
4. El manejo inicial con isoprenalina como puente al marcapasos definitivo resultó efectivo para el control temporal del trastorno de conducción.
Este caso enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de cardiopatía estructural subyacente en pacientes que debutan con trastornos de conducción avanzados, siendo fundamental la realización de un estudio completo que permita establecer el diagnóstico etiológico y las potenciales complicaciones asociadas.

P. #1129

ENSANCHAMIENTO DE MEDIASTINO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Docio Alfaya, María Andrea Garrido Quintero, Ane González Díez, Verónica Mate García, Lluís Enric Castillero Díaz, Ana Villarejo Jiménez

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial, asma extrínseca diagnosticada hace 5 años (sin estudio), con crisis de 1-2 episodios anuales, que hace 1 mes comienza con tos seca intensa con claro estridor bronquial inspiratorio que le impide el descanso nocturno y realizar su vida con normalidad. Los días previos a la consulta la tos se acompaña de una sensación de ocupación/opresión torácica, que está en aumento. El dolor opresivo se manifiesta sobre todo cuando se estira o con el decúbito izquierdo. Niega expectoración. No tiene fiebre, pero refiere sensación distérmica.
A su llegada a urgencias la paciente está con tos intensa, irritativa, con mucho dolor opresivo torácico, con estridor y con cifras tensionales elevadas de muy difícil control. En la exploración física no presenta semiología de broncoespasmo. No tiene roncus ni crepitantes. La tensión arterial (TA) está en torno a 180/115mmHg y la frecuencia cardíaca (FC) en torno a 80lpm. No tiene soplos cardiacos. No hay semiología congestiva. Se realiza ECG sin cambios relevantes, radiografía (RX) de tórax. Se ve un ensanchamiento mediastínico (ya presente en una RX realizada hace unos años de forma ambulatoria). Se completa el estudio con una Tomografía computarizada (TC) de tórax que evidencia un aneurisma de aorta torácica ascendente de gran tamaño y arco aórtico con una pérdida de contorno anterior de la pared de la aorta compatible con una disección focal de la aorta, sin infiltración periaórtica. Tiene una pared de la aorta que está engrosada y calcificada. No presenta rasgos sindrómicos en la exploración física.
En la situación clínica que se encuentra la paciente requiere de medicación endovenosa para control de la FC y la TA (idealmente calcioantagonistas) y muy probablemente la clínica es compresiva provocada por la patología de aorta. Se avisa a cirugía cardiaca para cirugía urgente.

CONCLUSIONES

El ensanchamiento mediastínico es un hallazgo radiológico que puede indicar diversas patologías, siendo el aneurisma de la aorta torácica una causa potencialmente mortal. Esta condición suele presentarse de forma asintomática o manifestarse con dolor torácico súbito, disnea o síntomas relacionados con la compresión de estructuras adyacentes. El diagnóstico temprano es fundamental para prevenir complicaciones graves, como la disección aórtica o ruptura del aneurisma. La radiografía de tórax, aunque útil como estudio inicial, presenta limitaciones en la caracterización de la lesión. La tomografía computarizada con contraste es el estándar de referencia para evaluar la extensión del aneurisma, definir su morfología y planificar el manejo quirúrgico. El tratamiento depende del tamaño y las

características del aneurisma. Los aneurismas grandes (>5.5 cm en aorta torácica) o sintomáticos suelen requerir intervención quirúrgica mediante reparación abierta o colocación de endoprótesis. Este caso destaca la importancia de considerar el aneurisma de aorta como una causa potencialmente grave de ensanchamiento mediastínico y la importancia del abordaje multidisciplinario para mejorar el pronóstico de los pacientes con aneurisma de aorta.

P. #1141

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE DOLOR PERICÁRDICO, CON UN HALLAZGO INESPERADO

Amaia Salegui Guridi, Javier Velázquez Ortigas, Lorena Iñiguez Díez, Thalia Guerendiain Carcamo, Lucía Gómez Turrez

Hospital Reina Sofía, Tudela, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 63 años que acude a urgencias por presentar dolor centro torácico opresión torácica, irradiada hacia la mandíbula, hombro y espalda de 5 horas de evolución. La paciente refiere que el dolor se exacerba con el decúbito y mejora con la sedestación, sin nauseas sudoración o sintomatología vegetativa asociada. Ha tomado analgesia sin mejoría del dolor. Pericarditis previa con características similares. Afebril, sin sintomatología catarral previa.
La paciente se encuentra hemodinámicamente estable con constantes normales: TA 144/70, 65 lpm Sat 98%. Afectada por el dolor, bien perfundida, normohidratada.
AC normal, sin soplos y rítmica. AP normoventilada sin ruidos sobreañadidos. No IY ni edemas.
Resto de la exploración normal. Se decide paso a observación para monitorización y seriación de tn
Pruebas complementarias:
AS: PCR 9 sin leucocitosis. Seriación de troponina normal.
ECG RS sin alteraciones
RX tórax: similares a previas
Ecocardiografía en urgencias: Buena contractilidad global, no se visualiza lamina de derrame pericárdico.
Valora cardiología, que indica tratamiento para pericarditis recidivante con ibuprofeno cada 8h y colchicina cada 12 durante 21 días.
Reconsulta al mes por nuevo episodio de dolor torácico de similares características, sin parámetros inflamatorios ni isquémicos alterados. Se cita en consulta de cardiología.
En consulta de cardiología, ante diagnóstico dudoso de pericarditis (no cumple criterios de roce-inflamacion-derrame) revisan las radiografías de tórax donde se objetiva imagen lobulada paracardíaca derecha ya presente en radiografías realizadas en urgencias. (no perceptible en ecografía).
Se completó estudio con TAC donde se confirmó quiste pericárdico adyacente a bore cardíaco derecho de 81*50mm sin adenopatías adyacentes.
La paciente ha sido intervenida sin incidencias y se encuentra asintomática.

CONCLUSIONES

El quiste pericárdico, se encuentra en el diagnostico diferencial a realizar en un síndrome pericárdico como ante el que nos encontramos y sobre todo ante diagnosticas inciertos de pericarditis aguda recurrente..
Es una condición poco frecuente que puede ser congénita o inflamatoria y habitualmente es asintómática y se trata de un hallazgo incidental en las radiografías de tórax
Se deberá de tratar si es sintomática (síndromes pericardios recurrentes) y tras determinación de densidad del mismo

mediante pruebas complementarias (tac) ya que no se recomienda la escisión del mismo si se trata de quistes equinococicos que se originan por rotura de rotura de quistes hidatidicos hepáticos o pulmonares.

P. #1145

DOLOR TORÁCICO EN ZONA DE OPERACIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERICARDITIS AGUDA

Sergio Rubio Pila, Guillermo Jiménez Álvarez, José Díaz Valdés
Ministerio de Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

En el caso presentado, un paciente de 31 años se presentó con un dolor torácico atípico, sin las características clásicas de un síndrome coronario agudo (SCA). La anamnesis reveló que el dolor era constante y pleurítico, aumentando con la inspiración y sin ceder con los cambios de posición. El paciente no tenía antecedentes previos de afecciones similares ni de infecciones recientes, y no presentaba fiebre. En la exploración física, el paciente estaba afebril y en buen estado general, sin signos evidentes de enfermedades agudas. No se encontraron hallazgos que pudieran dirigir a un diagnóstico específico en su examen físico. A pesar de la presentación atípica, debido a la sospecha de un posible infarto, se le realizaron varias pruebas complementarias, como un electrocardiograma (ECG), análisis de biomarcadores y una ecocardiografía.

El ECG mostró alteraciones características de pericarditis aguda, como la elevación difusa del segmento ST, junto con ondas T picudas. Los biomarcadores, incluyendo las troponinas, resultaron negativos, lo que descartó un infarto agudo de miocardio (IAM), aunque el dolor torácico seguía siendo motivo de preocupación. Además, la ecocardiografía reveló un pequeño derrame pericárdico, confirmando la pericarditis aguda. Ante la incertidumbre diagnóstica, el paciente fue derivado a un centro de mayor nivel (ROLE 1+ chino), donde se le administraron medicamentos preventivos como nitroglicerina y aspirina, en caso de que el diagnóstico inicial fuera un IAM.

Tras una revisión más exhaustiva de las pruebas y la normalización de los biomarcadores cardíacos, se descartó el IAM y se confirmó el diagnóstico de pericarditis aguda idiopática. En cuanto al tratamiento, se administró inicialmente un analgésico (dexketoprofeno) y protección gástrica (omeprazol). Posteriormente, el tratamiento se ajustó a las recomendaciones para la pericarditis aguda, con el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs), colchicina para prevenir recurrencias, y descanso absoluto durante una semana. Se recomendó evitar cualquier actividad física durante ese período.

El tratamiento fue eficaz, y el paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones adicionales. Es importante destacar que, en este caso, la pericarditis no presentó características típicas de la enfermedad (como el roce pericárdico), lo que subraya la importancia de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo en pacientes con dolor torácico atípico. Aunque la pericarditis es generalmente una enfermedad benigna, puede ser difícil de diferenciar de otras afecciones cardíacas graves como el infarto agudo de miocardio. La administración preventiva de medicamentos como nitroglicerina y aspirina puede considerarse prudente mientras se descarta un infarto.

La pericarditis aguda idiopática tiene una etiología desconocida en muchos casos, aunque a menudo se sospecha que es de origen viral. En este contexto, se considera una afección benigna en la mayoría de los casos, pero requiere un enfoque diagnóstico

cuidadoso debido a la similitud con otras condiciones más graves.
Este caso destaca la importancia de una evaluación clínica detallada y de un diagnóstico diferencial cuidadoso en pacientes con dolor torácico atípico. Un manejo prudente y un diagnóstico correcto son cruciales para evitar tratamientos incorrectos y para garantizar una evolución favorable, como se demostró en este paciente, quien recibió un tratamiento adecuado y se recuperó sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El caso de pericarditis aguda idiopática en un militar desplegado destaca la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes con dolor torácico atípico. La derivación a un centro con más recursos permitió descartar un infarto y confirmar la pericarditis, facilitando un tratamiento adecuado. La evolución favorable del paciente resalta la importancia de seguir las guías clínicas y adaptar las decisiones terapéuticas al contexto operativo, subrayando la necesidad de formación continua en patologías cardiovasculares en entornos de despliegue.o

P. #1150

EL RELAJANTE QUE RELAJÓ "DE MÁS"

Lucía Vázquez Araújo[1], Álvaro Martínez Román[1], Beatriz Briones Salinero[1], María Soledad Rodríguez Jiménez[1], Carmen Lucía Gómez García[2]

1. Centro de salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España
2. Centro de salud Torrijos, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 54 años sin antecedentes relevantes que acudió a urgencias hospitalarias derivada desde atención primaria por omalgia derecha y mal estar general de instauración progresiva en las 24 horas previas.
Refería dolor punzante y constante en hombro derecho desde hacía dos días, que se irradiaba hacia región interescapular, aumentaba con el decúbito supino y no se modificaba en intensidad con la incorporación ni con los esfuerzos, Eva 8/(1)0.
El día anterior había acudido al punto de atención continuada por dicho motivo, donde diagnosticaron de tendinopatía del manguito de los rotadores derechos y pautaron tizanidina. Tras su toma comenzó con episodio de mareo tipo inestabilidad con cortejo vegetativo y gran mal estar general, sin pérdida de conciencia.
A su llegada a urgencias, se encontraba con tendencia a la somnolencia, regular estado general con palidez mucocutánea y sudorosa, taquipnéica en reposo a unas 24 respiraciones por minuto y afebril.
En cuanto a las constantes, destacaba una hipotensión de 80/58 mmHg, resto normales.
En la exploración física destacaba leve ingurgitación venosa yugular, tonos cardiacos disminuidos y ligeros edemas pretibiales sin fóvea en miembros inferiores.
Tras evaluación inicial, monitorizamos, pautamos doble vía venosa periférica, sondaje vesical y sueroterapia 1000cc de SSF al 0,9%.
Realizamos ecocardioscopia clínica a pie de cama donde visualizamos en ventana apical cuatro cámaras un derrame pericárdico severo con compromiso de cavidades derechas y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. Además, en corte longitudinal a nivel epigástrico con inclinación hacia la derecha del paciente, objetivamos en modo M una ausencia de colapsabilidad de la vena cava.
Sobre las pruebas complementarias, destacaba una hiperglucemia leve de 153 mg/dL con elevación de PCR 30.5 mg/L y Dímero-D 1090ng/mL. En la radiografía torácica posteroanterior se visualizó cardiomegalia y en ECG bajos voltajes generalizados.
Tras estos hallazgos, decidimos traslado al box vital, donde iniciamos una perfusión de noradrenalina a 12 ml/h y avisamos al servicio de Cardiología de guardia quienes deciden ingresar a la paciente en la Unidad Coronaria para pericardiocentesis evacuadora y filiación del cuadro.
Para ello solicitaron entre ello, una resonancia magnética cardiaca y tomografía computerizada toraco-abdominal, donde se observó una masa compatible con tumoración cardiaca primaria con múltiples metástasis. Además, se observó un tromboembolismo pulmonar agudo bilateral con infarto

pulmonar en lóbulo inferior derecho que fue posiblemente secundario al estado protrombótico neoplásico y la alta capacidad embolígena de estos tumores.
Finalmente, en la anatomía patológica se confirmó el diagnóstico: sarcoma sinovial cardiaco con múltiples metástasis pulmonares, óseas y ganglionares como causante del cuadro.

CONCLUSIONES

En el caso de nuestra paciente, el tumor debutó con un taponamiento cardiaco y derrame pericárdico asociado, lo cual causó un shock obstructivo que convirtió esta patología en una situación emergente que requirió de una actuación inmediata por parte del servicio de urgencias.
El shock es un síndrome potencialmente mortal, consecuencia de la incapacidad de proporcionar a los tejidos una perfusión suficiente de sangre oxigenada que cubra sus demandas. Inicialmente es reversible pero puede evolucionar rápidamente a la irreversibilidad.
El shock obstructivo está causado por la oclusión mecánica al flujo sanguíneo, lo que causa una restricción del gasto cardiaco alterando el volumen sistólico, lo cual genera una hipotensión arterial con disminución de la tensión diferencial, distensión venosa y aumento de frecuencia cardiaca.
El tratamiento requiere una resucitación inmediata y una evaluación y monitorización continua para ir realizando los cambios de actuación oportunos.
Cabe destacar que la ecografía, junto con la habilidad clínica del urgenciólogo, nace como una herramienta transformadora de la nueva realidad de los servicios de urgencias, permitiendo alcanzar diagnósticos de patologías emergentes en las que la actuación inmediata es consustancial para el mejor pronóstico de los pacientes.

P. #1152

ELEVACIÓN DEL ST OCULTO TRAS UN CUADRO CATARRAL: BLOQUEO AV TRANSITORIO Y SU RESOLUCIÓN CON REPERFUSIÓN

Carmen García Rosado, Andrea Gallardo Jiménez, Ana Rocío Villalón Sánchez, Marina Vera Del Río, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años, sin antecedentes médicos personales ni familiares de interés, no toma de medicación habitual; que acude inicialmente a su Centro de Salud por un cuadro catarral asociado a fiebre y mialgias, siendo tratado con medidas conservadoras. Al no presentar mejoría con este tratamiento, tres días después consulta nuevamente debido a la persistencia de los síntomas, destacando una sudoración profusa y escalofríos. En esta ocasión, se le realiza un electrocardiograma (ECG) que revela un bloqueo auriculoventricular (BAV) de tercer grado a 45 lpm, acompañado de una elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores. Estos hallazgos levantaron la sospecha de un infarto agudo de miocardio (IAM), por lo que se activa el Código Infarto y se traslada al paciente a los servicios de Urgencias Hospitalarias.
En el Hospital, se realiza una radiografía de tórax, mostrando un índice cardiotorácico elevado (>55%), sin infiltrados pulmonares. La presión arterial inicial fue de 156/50 mmHg y los niveles de troponina resultaron elevados, alcanzando un valor de 12.969 ng/mL. Con la clínica del paciente y los resultados de las pruebas complementarias, se confirma la presencia de daño miocárdico, corroborando la sospecha de IAM. Se realiza una angiografía coronaria urgente, evidenciándose una oclusión significativa de la arteria coronaria derecha, siendo tratada mediante intervención percutánea (angioplastia), logrando la restauración del flujo sanguíneo.
Tras la reperfusión, se resuelve tanto el bloqueo AV como la elevación del ST, con una notable mejoría clínica del paciente.
Durante la hospitalización, el paciente desarrolla un pico febril secundario a neumonía nosocomial, que fue tratada adecuadamente con antibióticos, lo que permitió la resolución de la fiebre y la estabilización del estado general del paciente, siendo dado de alta días después con mejoría clínica significativa.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de realizar un diagnóstico temprano y exhaustivo, especialmente en pacientes con síntomas atípicos. A pesar de que el paciente presentó inicialmente un cuadro catarral, la identificación de un bloqueo AV y una elevación del ST en el ECG fueron claves para sospechar un infarto de miocardio, lo que permitió un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. La intervención coronaria percutánea fue eficaz para restaurar el flujo sanguíneo en la arteria coronaria derecha, resolviendo tanto el bloqueo AV transitorio como la elevación del ST, lo que resalta la reversibilidad de estos trastornos cuando se actúa de manera oportuna.
Los niveles elevados de troponina fueron fundamentales para

confirmar el diagnóstico de infarto de miocardio, evidenciando la utilidad de los biomarcadores en la medicina cardiovascular. Además, la aparición de neumonía nosocomial durante la hospitalización destaca la necesidad de mantener una vigilancia constante ante posibles complicaciones en pacientes críticos, lo que subraya la importancia de un manejo multidisciplinario y de la monitorización continua en este tipo de casos.
Este caso ofrece valiosas lecciones para los profesionales de la salud, especialmente en la interpretación de los hallazgos del ECG y en la toma de decisiones clínicas ante diagnósticos complejos. La intervención temprana y la vigilancia de complicaciones son esenciales para mejorar los resultados y el pronóstico de los pacientes con infarto de miocardio.

P. #1153

CORAZÓN BAJO PRESIÓN: CASO CLÍNICO DE UN TAPONAMIENTO CARDÍACO

Ana Quiñonero Reinaldos[1], María Pilar Albentosa Marin[1], Dolores Elvira Sánchez Gómez[2]

1. Centro de salud Calasparra, Murcia, España
2. Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por dolor en la zona dorsal. Atribuye dicho dolor a una posible contractura muscular, por lo que inicia tratamiento con analgesia. Sin embargo, en los días siguientes, el paciente comienza a presentar malestar general, además de disnea en esfuerzos moderados. Refiere también emisión de orinas oscuras, sin ningún otro síntoma miccional asociado (como dolor o dificultad al orinar). Niega tos, expectoración o fiebre.
A la exploración física, presenta una tensión arterial de 116/82 mmHg, con una saturación basal de 88%, lo que refleja una insuficiencia respiratoria de bajo grado. La auscultación pulmonar revela tonos apagados y crepitantes bibasales, sin otros ruidos adicionales. El abdomen se encuentra blando, depresible, no doloroso, sin masas palpables.
Se procede con estudios complementarios, entre ellos una analítica que muestra un fracaso renal agudo con una creatinina de 2.67 mg/dl y urea de 144 mg/dl. Además, los niveles de troponina son elevados, alcanzando 5299 ng/ml, y el proBNP es de 1008 pg/ml, lo que sugiere insuficiencia cardíaca. Ante clínica y resultados de pruebas se sospecha posible pericarditis, derrame principalmente por lo que se completa estudio con ecografía. En cuanto a la ecocardiografía, se observa un derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco. Se deriva al paciente a la unidad de cuidados intensivos, donde se realiza pericardiocentesis urgente, con la extracción de líquido pericárdico hemorrágico.
Ante la sospecha de una causa subyacente, se decide realizar un estudio de extensión para evaluar el origen de los hallazgos clínicos. Se identifica un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, el cual es intervenido mediante bypass por parte del equipo cardiovascular. Sin embargo, los estudios de imagen (tomografía computarizada y PET-TC) revelan hallazgos altamente sugestivos de enfermedad neoplásica, tales como un nódulo pulmonar espiculado en el lóbulo superior izquierdo, adenopatías supraclaviculares y mediastínicas, engrosamiento vesical y, nuevamente, derrame pericárdico hemorrágico. La citología del líquido pleural obtenida durante la pericardiocentesis confirma la presencia de células malignas, compatibles con carcinoma. Además, los marcadores tumorales Ca 19.9 y Ca 125 se encuentran elevados, apoyando la sospecha de malignidad.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco es una urgencia médica caracterizada por la acumulación de líquido en el pericardio, generando compresión y alteración del llenado cardiaco. En este caso, el paciente presentó un derrame pericárdico hemorrágico con signos de taponamiento, requiriendo drenaje urgente.

El estudio reveló un probable origen neoplásico con hallazgos sugestivos de carcinoma diseminado (pulmonar, ganglionar y vesical). La etiología paraneoplásica fue confirmada mediante imagen y citología pleural.
El taponamiento puede presentarse en enfermedades como neoplasias, disecciones aórticas, infecciones y traumatismos. Este caso resalta la importancia de un enfoque integral en el diagnóstico de cuadros complejos, donde la identificación temprana de las complicaciones y de la posible malignidad es crucial para el manejo adecuado del paciente.

P. #1160

SÍNCOPE, UN RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Jorge García Garnica, Marta Guzmán Ruíz, Manuel Franzón González, Eva Jiménez Ruíz

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 37 años, fumador activo (1 paquete/día) y consumidor ocasional de cannabis, sin otros antecedentes médicos relevantes ni tratamiento habitual, que es encontrado en vía pública con bajo nivel de consciencia. El paciente refiere consumo previo de cannabis seguido de dolor centrotorácico no irradiado asociado a náuseas y posterior síncope de duración indeterminada.
En la valoración inicial destaca la presencia de bloqueo auriculoventricular de 2° grado Mobitz I a 39 lpm, que requirió perfusión de isoproterenol. El electrocardiograma posterior evidencia alternancia entre ritmo sinusal y BAV 2° grado tipo I con elevación del segmento ST en derivaciones de cara inferior, confirmando un SCACEST.
A su llegada, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable (TA 135/84mmHg, FC 71 lpm), consciente aunque agitado, con dolor torácico severo (EVA 9/10). La exploración cardiopulmonar y abdominal no muestra hallazgos relevantes. Analíticamente destaca elevación significativa de marcadores de daño miocárdico (Troponina T inicial 13.8, con pico posterior de 6757) y dímero D (2520), con hipopotasemia inicial (K+ 3.1) y elevación de transaminasas.
Tras administración de doble antiagregación, se realiza coronariografía emergente que evidencia suboclusión trombótica (99%) en tercio distal de arteria coronaria derecha con flujo TIMI 2 y estenosis severa en origen del ramo posterolateral. Se realiza intervención coronaria percutánea con implante de dos stents farmacológicos solapados. La ecocardiografía posterior muestra función biventricular conservada sin alteraciones de la contractilidad.

CONCLUSIONES

1. Este caso ilustra la presentación de un infarto agudo de miocardio con elevación del ST en un paciente joven, donde el consumo de cannabis actuó como probable factor precipitante. La asociación entre el consumo de cannabis y eventos cardiovasculares agudos está bien documentada, pudiendo provocar vasoespasmo coronario y estados protrombóticos.
2. Destaca la presentación inicial con trastorno de conducción severo (BAV 2° grado) que requirió soporte cronotrópico, una complicación frecuente en infartos de cara inferior por afectación de la arteria coronaria derecha.
3. La rápida identificación del SCACEST y la activación del código infarto permitieron una revascularización precoz mediante angioplastia primaria, resultando en un excelente resultado clínico con preservación de la función ventricular.
4. El caso enfatiza la importancia de considerar la patología coronaria aguda en pacientes jóvenes con dolor torácico, especialmente en presencia de factores de riesgo modificables como el tabaquismo y el consumo de sustancias.

P. #1165

HEMIPARESIA EN URGENCIAS: MÁS ALLÁ DEL ICTUS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Carmen García Rosado, Andrea Gallardo Jiménez, Ana Rocío Villalón Sánchez, Carlos Ruiz Lucena, Ángela Ollero Ortiz, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 años con diagnóstico genético de migraña hemipléjica familiar (MHF) que acude a los servicios de Urgencias por un dolor torácico opresivo agudo con sintomatología vegetativa acompañante. En el primer electrocardiograma realizado, se evidencia elevación del segmento ST inferolateral, con elevación significativa de troponinas. Tras confirmarse el síndrome coronario agudo, se traslada a hospital de referencia para realización de cateterismo, con administración de contraste yodado. Posteriormente, de vuelta a nuestro hospital, presenta un episodio de hemiparesia izquierda progresiva con alteración del nivel de consciencia. La exploración neurológica inicial revela un NIHSS de 11 puntos, con pupilas isocóricas reactivas, desviación de la mirada conjugada hacia la derecha y disartria. Se activa el Código Ictus y se realizan pruebas de imagen que descartan sangrado agudo y signos isquémicos, desestimándose fibrinolisis por un INR de 2.6. Debido a los antecedentes personales, se instaura tratamiento con corticoides a dosis altas evolucionando favorablemente durante el ingreso hospitalario, con mejoría de la hemiparesia inicial.

CONCLUSIONES

La migraña hemipléjica familiar (MHF) es una enfermedad neurológica rara caracterizada por episodios de debilidad motora unilateral asociados o no a alteraciones sensitivas, visuales o del lenguaje. El caso presentado destaca la complejidad diagnóstica de la migraña hemipléjica familiar en el contexto de urgencias, especialmente ante la sospecha inicial de ictus. Los episodios de MHF pueden simular eventos cerebrovasculares debido a la presencia de síntomas como hemiparesia, alteraciones en el nivel de consciencia y convulsiones. En este caso, el cuadro clínico motivó la activación del código ictus, lo que evidencia la dificultad en la diferenciación inicial entre ambas patologías.

Uno de los aspectos clave en este paciente fue el antecedente de MHF, lo que llevó a reconsiderar el diagnóstico tras descartar isquemia o hemorragia cerebral en las pruebas de imagen. La evolución con crisis convulsivas y la falta de hallazgos estructurales en neuroimagen reforzaron la hipótesis de una crisis migrañosa desencadenada por el contraste yodado. Es fundamental reconocer que los contrastes yodados pueden actuar como desencadenantes en estos pacientes, generando cuadros neurológicos que pueden confundirse con eventos vasculares cerebrales agudos.

Este caso subraya la importancia de un diagnóstico preciso en urgencias para evitar tratamientos inadecuados, como la fibrinolisis en casos erróneamente etiquetados como ictus. El manejo personalizado, basado en la historia clínica y la sospecha clínica, es crucial para optimizar la atención y evitar intervenciones innecesarias que pueden comprometer la evolución del paciente. La concienciación sobre la relación entre MHF y contrastes yodados puede mejorar el abordaje de estos casos y prevenir complicaciones derivadas de errores diagnósticos.

P. #1174

INFARTO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUCTIVAS (MINOCA)

Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Enrique Romero Sánchez, Daniel Puente López, Irene Mate Martín, María Nuria Álvarez Díez, Saul Escudero Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: Mujer de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), trastorno ansioso-depresivo y glaucoma bilateral. En tratamiento actual con Toujeo (18 UI), Fiasp correctora, Eucreas 850/50mg (1-0-1), Jardiance 25mg (0-1-0), Crestor 20mg (0-0-1), Timolol 0.5% colirio y Lorazepam 2mg (1-0-1).
Acude a urgencias por presentar desde hace 48 horas, clínica de dolor epigástrico y centrotorácico opresivo no irradiado, asociado a vómitos y nauseas.
Exploración y pruebas complementarias: El electrocardiograma (ECG) a su llegada presenta ritmo sinusal a 90 lpm y alteraciones eléctricas con elevación de 2mm del segmento ST, inversión de onda T y presencia de ondas Q en V1 y V2. La paciente se encuentra afebril, consciente, orientada y colaboradora. La tensión arterial es de 90/60 mmHg. A la exploración física: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, abdomen blando, depresible con dolor epigástrico sin defensa abdominal. Extremidades inferiores sin edemas, no datos de flebitis o signos de trombosis venosa profunda.
En la bioquímica destaca: troponina ultrasensible (609 ng/L), glucosa 136 mg/dl, urea 30 mg/dl, creatinina 0.75 mg/dl, filtrado glomerular 85 ml, proteína C reactiva 5.8 mg/l, iones normales. En el hemograma destaca: hematíes 4,99, hemoglobina 15.3, hematocrito 45,9%, leucocitos 41.000 (neutrófilos 89%), plaquetas 248.000. En la coagulación observamos TTPa 23.9, TP 88%, INR 1.07. En la radiografía de tórax observamos un índice cardiotorácico normal con ateroma calcificado en el cayado aórtico.
Orientación diagnóstica: con los resultados, la paciente es diagnosticada inicialmente de SCASEST por parte de Cardiología, ingresando en la unidad coronaria (UC). En el ecocardiograma realizado se objetiva acinesia en septo anterior medio apical y anterior apical en el momento del ingreso. En el cateterismo cardiaco no se objetivan lesiones significativas. En la resonancia magnética (RM) se observa hipocinesia en los segmentos medio y apical de la pared anterior y en el segmento apical del septo interventricular sin realce tardío que sugiera fibrosis por isquemia miocárdica, aunque con dudoso edema en dicha localización. La función ventricular izquierda se encuentra mínimamente deprimida (58%).
Durante su ingreso en la UC, la paciente estuvo monitorizada con telemetría, sin apreciar arritmias que pudieran justificar una oclusión coronaria embólica. Debido a la persistencia de dolor epigástrico y abdominal difuso, así como marcadores inflamatorios (PCR 332.7, procalcitonina 7,36, leucocitos 36.5000, cayados 6%), se le realiza una ecografía que fue complementada con tomografía computarizada abdominal, objetivándose colecistitis aguda enfisematosa perforada. La paciente precisó cirugía de urgencia con diagnóstico de colecistitis aguda perforada, permaneciendo ingresada en el servicio de cirugía general hasta el alta hospitalaria (9no día de ingreso).

CONCLUSIONES

El término MINOCA (Myorcardial Infarction with Non-obstructive Coronary Arteries) debe reservarse para pacientes, que como en este caso, presentan un infarto de miocardio con clínica y elevación significativa de biomarcadores por encima del percentil 99, con posterior descenso de los mismos y con un comportamiento de lesión aguda y una angiografía o una RM donde se objetiven arterias sin lesiones significativas.
El cuadro infeccioso de colecistitis aguda enfisematosa con perforación que presentaba la paciente, asociado a hipotensión, fueron factores de contribución importante para reducir el umbral isquémico cardiaco y la perfusión coronaria, facilitando el evento cardiaco.

P. #1181

TODO LO QUE PUEDE CONLLEVAR UN MAL CORTE DE PELO

Raquel Pérez Jiménez, Irene Cesteros Martín, Aitana Barrios Trujillo, Germán Pérez Fajardo, Meritxell Triviño Vera, Celia Herrera González

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años, con antecedentes personales (AP) de Hipertensión arterial (HTA), dislipemia y trastorno ansioso-depresivo, acude a urgencias por dolor torácico de 2-3 horas de duración tras "disgusto" esa mañana al no gustarle como le cortó el pelo su hija antes de ir a la iglesia. Refiere dolor centro torácico no opresivo irradiado a la espalda y con cortejo vegetativo asociado.
A su llegada a la urgencia refiere encontrarse asintomática. Triada como nivel verde se la ve en consultas al cabo de unas horas. A la exploración encontramos a la paciente con tensión arterial (TA) 105/60 y frecuencia cardiaca (FC) 90 latidos por minuto (lpm), eupneica en reposo. A la auscultación cardiopulmonar se hallan ruidos cardiacos rítmicos y sin soplos con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Dado los AP y el dolor descrito se realiza Electrocardiograma (ECG) y analítica.
EGC: Ritmo sinusal a 68 lpm con pobre progresión de R precordiales con rectificación de ST lateral.
Analítica: Troponinas 1.4—>2.5
Dado resultados se interconsulta con cardiología con sospecha de Síndrome de Takotsubo.
Cardiología realiza Ecotrastorácico (ETT) con resultado: Ventrículo izquierdo no dilatado con acinesia de todo el casquete apical e hipercontractibilidad basal sugestiva de miocardiopatía por estrés. FEVI deprimida moderada. Ventrículo derecho normofuncionante. (VIDEO)
Se realiza ingreso en unidad coronaria con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio Sin Elevación de ST (IAMSEST) KILLIP I- Probable Takotsubo. Se solicitó cateterismo coronario con resultado normal.

CONCLUSIONES

El síndrome de Takotsubo (STT), descrito por primera vez hace tan solo tres décadas en Japón, es una enfermedad cardíaca aguda que se presenta con un cuadro clínico similar al de un síndrome coronario agudo (SCA), y se caracteriza por alteraciones segmentarias de la contracción ventricular transitorias, con un árbol coronario normal o con lesiones coronarias no significativas que las expliquen. Se observa, normalmente, en mujeres posmenopáusicas dada la disminución de los estrógenos que causa disfunción endotelial, generando predominio del sistema nervioso simpático (SNS), provocando vasoespasmo microvascular coronario (mecanismo patogénico propuesto para el STT). Se suele presentar principalmente tras un estrés emocional o físico severo, y su diagnóstico es un desafío clínico. Es considerado un síndrome benigno; sin embargo, tiene una morbimortalidad importante en la etapa aguda y largo plazo.

En definitiva, se debería procurar no minimizar el dolor torácico, y menos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Es importante realizar de forma precoz un correcto triaje de un dolor torácico y un ECG en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias, sin dejarse llevar por prejuicios de patologías mentales que nublan otros diagnósticos, y alejan de un correcto tratamiento y cuidado del paciente.

P. #1220

¡PERO SI YO NUNCA HE SIDO HIPERTENSO!

Celia Herrera González, Marta Cabrera Vera, Marta Bosa Santana, Vanisha Lilaram Lachmandas, Raquel Pérez Jiménez, Irene Cesteros Martín

Hospital Universitario Nuestra Sra. de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 74 años, acude por sus propios medios a las Urgencias Hospitalarias por epigastralgia/dolor torácico.
Antecedentes médicos. No constan alergias medicamentosas, tampoco consumo de tóxicos. Diagnóstico de adenocarcinoma de próstata; niega tratamiento quirúrgico pero sí hormonal. Fumador 10-15 cigarros/día. No hipertensión arterial, tampoco otros factores de riesgo cardiovascular.
Enfermedad actual. Refiere que, desde hace 24 horas, presenta epigastralgia/dolor torácico que comenzó de forma súbita en la noche, que lo despertó, y que describe como urente desde epigastrio pasando por detrás del esternón hasta su región más superior. Además, cuenta náuseas, sin vómitos. No disnea ni síncopes. No semiología infecciosa de otra índole días previos.
Exploración física. Afebril. Buen estado general. Normoperfundido y normocoloreado. Eupneico, sin trabajo respiratorio, saturación de oxígeno 98% basal. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Ruidos rítmicos, sin soplos. Tensión arterial 200/180 mmHg, 70 lpm. Pulsos en cuatro extremidades, presentes, bilaterales y simétricos. Resto de exploración, rigurosamente anodina.
Pruebas complementarias. Analítica (Urea 19 mg/dL, creatinina 0,84 mg/dL, sodio 141,0 mmol/L, potasio 3,50 mmol/L, troponinas < 0,002 ng/ml, hemoglobina 13,3 g/dL, plaquetas 128 10E3/µL, leucocitos 7,48 10E3/µL, INR 1,01, dímero D 1000 ng/ml). Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, no signos de ensanchamiento mediastínico, no dilatación aórtica, sin signos de congestión ni derrame pleural. Electrocardiograma: ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha del Haz de Hiss, sin trastornos en la repolarización.
Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se solicita realización de angio-TC. con la siguiente conclusión: "Enfermedad ateromatosa torácica. Presencia de hematoma intramural que se extiende desde el margen distal del arco aórtico para afectar la totalidad de la aorta torácica descendente. Presencia de úlcera mural en margen izquierdo del arco aórtico".
Ante dichos hallazgos, se inicia tratamiento con perfusión de nitroglicerina 50 mg/10 ml a 10 ml/h, consiguiendo un descenso de las cifras tensionales y con mejoría clínica del dolor. Posteriormente, se solicita valoración por parte de Cirugía Vascular, si bien finalmente el paciente es ingresado en la Unidad de Reanimación a la espera de actitud terapéutica definitiva.

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo clásicamente engloba tres entidades: la disección, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. Entre los factores de riesgo, se incluyen la hipertensión arterial, la dislipemia, el consumo de tabaco, entre otros. El tratamiento inicialmente se centra la monitorización estricta (frecuencia cardíaca sobre 60 lpm, tensión arterial sistólica entre 100-120 mmHg), control del dolor y cirugía en casos seleccionados (en este caso, la endoprótesis toraco-abdominal). En este paciente, se optó por el manejo conservador, no solo por la elevada mortalidad intraoperatoria, sino tras haber alcanzado un adecuado control de la tensión arterial y del dolor, así como por la ausencia de datos de isquemia distal. En definitiva, el síndrome aórtico agudo debe ser sospechado ante la presencia de dolor precordial y cifras tensionales elevadas, independientemente de que el/la paciente no presente factores de riesgo cardiovascular.

P. #1224

DEL SÍNCOPE AL DIAGNÓSTICO GENÉTICO: TORMENTA ARRÍTMICA COMO PRESENTACIÓN DE DISTROFIA DE EMERY-DREIFUSS EN URGENCIAS

Paula Santamarina Palop, Marta Pérez Sola, Francisco José Espinosa Contreras, Francisco Javier Pavón López

SAS, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La Distrofia de Emery-Dreifuss (EMD) es una miopatía hereditaria rara caracterizada por una tríada clásica: contracturas articulares de inicio precoz, debilidad muscular progresiva de distribución húmero-peroneal y afectación cardíaca grave. La enfermedad puede heredarse de forma ligada al cromosoma X (gen de la Emerina), autosómica dominante o recesiva (genes LMNA), siendo la forma ligada al X la más frecuente.
La afectación cardíaca constituye el aspecto más crítico de la enfermedad, caracterizándose por:
- Trastornos de conducción progresivos.
- Arritmias auriculares y ventriculares malignas.
- Miocardiopatía dilatada.
- Riesgo elevado de muerte súbita cardíaca.

El compromiso cardíaco típicamente se presenta en la edad adulta temprana, con una progresión que sigue un patrón característico:
1. Inicialmente, trastornos de conducción y bradicardia sinusal.
2. Posteriormente, aparición de arritmias auriculares con "parálisis auricular".
3. Finalmente, desarrollo de arritmias ventriculares malignas y disfunción ventricular.

El manejo de estos pacientes requiere un abordaje escalonado que incluye:
- Implantación precoz de dispositivos (marcapasos/DAI).
- Terapia farmacológica antiarrítmica.
- Ablación de sustratos arritmogénicos.
- Consideración de trasplante cardíaco en casos muy avanzados.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico complejo de tormenta arrítmica en un paciente con sospecha de EMD, destacando los desafíos terapéuticos, la progresión de la enfermedad y la necesidad de escalada terapéutica hacia trasplante cardíaco.
Con un abordaje sistemático en urgencias que permitió el diagnóstico de novo de una enfermedad muscular hereditaria.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 40 años que acude al servicio de urgencias por episodio sincopal precedido de sensación de mareo mientras caminaba, junto con debilidad muscular progresiva de meses de evolución. No periodo postcrítico. No relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos. El episodio se asocia a disnea y dolor torácico, sin palpitaciones, que cede después de unos minutos de reposo. Posteriormente, episodio de náuseas sin vómitos junto con parestesias en extremidades, autolimitado.
Según refiere, desde la infancia tiene frecuencias cardiacas (FC) de 40-50 lpm, y varias veces se ha evidenciado cardiomegalia en radiografía sin estudio.
Como antecedentes familiares relevantes se destaca dos hermanos con diagnóstico de distrofia muscular no especificada.
Durante su estancia en Urgencias monitorizado, se presencia tormenta arrítmica en rango de FV. Implante de marcapasos posteriormente en UCI por sospecha de miocardiopatía dilatada familiar.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Proceso diagnóstico en urgencias:
1. Evaluación inicial:
- Historia clínica detallada: síncope de esfuerzo, debilidad muscular progresiva no estudiada.
- Exploración física sistemática: identificación de contracturas articulares características y distribución característica de debilidad muscular.

2. Pruebas complementarias:
- 1er ECG a la llegada: Ritmo nodal a 40 lpm, QRS ancho, Bloqueo Rama derecha (BRD) completo.
- Analítica completa con marcadores cardíacos.
- Monitorización continua: documentación de arritmias ventriculares malignas.
- Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo severamente dilatado, FEVI ligeramente deprimida 47%. Dilatación aneurismática de ambas aurículas. No valvulopatías. No derrame pericárdico.

3. Actuación multidisciplinar urgente:
- Coordinación con Cardiología
- Evaluación por Neurología
- Contacto con Unidad de Arritmias

4. Ampliación diagnóstica hospitalaria:
- Estudio genético
- Evaluación cardiológica completa
- Estudio familiar

CONCLUSIONES

1. La tormenta arrítmica en EMD puede ser refractaria a terapias convencionales, requiriendo un abordaje escalonado y multimodal.
2. La progresión de la enfermedad puede manifestarse como:
- Arritmias ventriculares recurrentes
- Deterioro progresivo de función ventricular
- Refractariedad a múltiples líneas de tratamiento

3. Aspectos clave para el manejo en urgencias de la tormenta arrítmica en EMD:
- Reconocimiento inmediato del cuadro
- Verificación urgente del dispositivo (DAI/TRC)
- Corrección precoz de factores precipitantes (ej. alteraciones electrolíticas)
- Criterios claros de ingreso en UCI/Unidad Coronaria

4. Signos de alarma en urgencias que sugieren mal pronóstico:
- Múltiples descargas apropiadas en corto periodo
- Inestabilidad hemodinámica
- Refractariedad a antiarrítmicos
- Disfunción ventricular severa asociada

P. #1230

EN EL SITIO ADECUADO

Alba Teresa Martín Rayo, Paloma Fernández Gómez, María Pérez Olmedo, Aitana Martínez Sebastián, Natalia Muñoz Pinto, Luz Natalie Ruiz Huarca

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 62 años acude a Urgencias por sobredosificación accidental de medicación tras un episodio de disnea que atribuye a ansiedad. Mientras espera, sufre un síncope presenciado por su esposa, quien reporta un episodio similar previo con movimientos tónico-clónicos, diaforesis y pérdida de esfínteres. Además, refiere síntomas respiratorios recientes: tos productiva, rinorrea y malestar general.
Antecedentes
Fumador intenso (3 paquetes/día).
Hipertensión arterial, EPOC leve.
Cirrosis hepática por VHC y alcohol, sin hipertensión portal.
Trastorno bipolar en tratamiento con aripiprazol, valproato, olanzapina, litio, gabapentina, lorazepam, lormetazepam y disulfiram.
Estudio previo de síncopes sin hallazgos relevantes.
Exploración en Urgencias
Signos vitales: TAS 119 mmHg, TAD 80 mmHg, FC 123 lpm, FR 24 rpm, T° 36.3°C.
Cardiovascular: arrítmico sin soplos.
Pulmonar: estertores y crepitantes en campo pulmonar medio e inferior izquierdo.
Neurológico: sin focalidad, reflejos y fuerza conservados.
Evolución
El paciente presenta un nuevo síncope en Urgencias, evidenciándose una pausa sinusal de más de 7 segundos en monitorización, motivo por el cual es trasladado a REA. Se estabiliza con sueroterapia y se mantiene telemetría.
Pruebas complementarias:
Analítica sin alteraciones metabólicas significativas, litio en rango.
Radiografía de tórax: opacidades en LII y LMI sugestivas de neumonía. Se inicia ceftriaxona IV.
Ecocardiografía: leve hipertrofia septal, FEVI conservada, insuficiencia mitral y tricuspídea triviales.
ECG: alternancia de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FA con RVR) y pausas sinusales.
Diagnóstico diferencial
Se consideran varias etiologías:
Causa medicamentosa: Algunos fármacos del paciente pueden prolongar el QT, inducir arritmias o favorecer síncopes. Sin embargo, no se detectaron signos específicos en ECG ni toxicidad evidente.
Síncope neurogénico: No se puede descartar completamente epilepsia debido a la descripción de la esposa (espasmos y pérdida de esfínteres), aunque la ausencia de periodo postcrítico y la pausa sinusal sugieren origen cardiogénico.
Síncope cardiogénico:
Arrítmico: La FA con RVR podría generar disminución del gasto cardíaco, pero la presencia de pausas sinusales sugiere disfunción del nodo sinusal.
Estructural: Se descartan patologías como estenosis aórtica o IAM por ecocardiografía normal y ausencia de soplos.
Bradi-taquiarritmia: Se sospecha disfunción del nodo sinusal como principal causa.
Diagnóstico final
Neumonía adquirida en la comunidad en LII, en tratamiento con ceftriaxona IV.
Bradi-taquiarritmia con crisis de Adam-Stokes:
ECG: FA con RVR y pausas sinusales.
Clínica: síncopes con posible convulsión e insuficiencia respiratoria.
Buena respuesta inicial a marcapasos transitorio.
Evolución y manejo
Durante la hospitalización, el paciente sufre un episodio de asistolia de un minuto sin captura de marcapasos transcutáneo, recuperando ritmo espontáneamente. Se decide implante de marcapasos transitorio y posterior definitivo. Al alta, ECG muestra QT prolongado (440 ms), probablemente por medicación, iniciándose tratamiento con betabloqueantes.

CONCLUSIONES

La monitorización en síncopes es crucial para detectar alteraciones eléctricas.
No subestimar síntomas en pacientes psiquiátricos; la sobredosificación pudo haber exacerbado la disfunción del nodo sinusal.
La historia clínica y la información de familiares son clave en el diagnóstico.
La evolución de patologías previas debe considerarse en el contexto del cuadro clínico actual.

P. #1232

LA DISNEA QUE TERMINÓ EN QUIRÓFANO

María Del Carmen Marín Infer, Pedro Jara Navarro, Patricia Cayuela García, Elena García Guitierrez, Marta Arrufat Sánchez, Lourdes Ruiz Parra

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años sin alergias a medicamentos y con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, exfumador con un Índice de paquetes-año 20 y vasculitis leucocitoclástica. Ingresado 30 días antes por Insuficiencia cardiaca secundaria a estenosis aórtica severa, pendiente de recambio valvular, y aneurisma de Aorta ascendente de 48 mm. En tratamiento con Ramipril, Metformina, Empagliflozina, Atorvastatina, Ácido acetilsalicílico y Furosemida.

Traído por Urgencias Extrahospitalarias ante disnea y dolor torácico opresivo no irradiado de 2 horas. No nauseas ni palpitaciones. No clínica de infección respiratoria. SatO2 72% aire ambiente con frecuencia respiratoria (FR) 48 respiraciones por minuto (rpm). Le administran Cloruro Mórfico 6 mg y Hidrocortisona 200 mg intravenoso (iv) e inician ventilación mecánica no invasiva (VMNI) BIPAP 17/7 con FiO2 1. Electrocardiograma (ECG) con onda T negativa en I y aVL, elevación del segmento ST en V1 y descenso en V5-V6.

A la llega al Servicio de Urgencias el paciente está consciente, agitado, con cianosis, tiraje abdominal, FR 42 rpm, SatO2 88% con VMNI (mala tolerancia). TA 170/104 mmHg, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto (lpm), Glasgow 12/15. Auscultación cardiopulmonar rítmica con soplo sistólico e hipofonesis generalizada con crepitantes bibasales. Miembros inferiores con edemas y pulsos pedios simétricos.

Se administra cloruro mórfico 3 mg y se inicia perfusión de Furosemida 250 mg en 100 cc de Suero Fisiológico 0.9% (SFF) a 4 ml/h y de Nitroglicerina 50 mg en 500ml de Suero Glucosado 5% a 15 ml/h. Se contacta con Unidad de Cuidado Intensivos para valoración.

Ante desaturación y mala tolerancia a VMNI se procede a intubación orotraqueal (IOT) con Midazolam 15 mg, Fentanilo 150 mcg y Rocuronio 100 mg.

Gasometría venosa: pH 7.14, pCO2 86 mmHg, HCO3 29.3 mmol/L, lactato 3.2 mmol/L. Analítica sanguínea: troponinas I alta sensibilidad 144.5 ng/L, NT-proBNP 5594 pg/mL.

Tras IOT, presenta taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida sin pulso, iniciando reanimación cardiopulmonar y aplicando cuatro descargas eléctricas (200 a 360 J), se obtiene ritmo sinusal. Se administran 300 mg de Amiodarona en 100 cc SFF en 30 minutos.

Ante hipotensión, se suspende perfusión de Nitroglicerina y Furosemida.

ECG control con ritmo sinusal a 50 lpm, ascenso del ST de 1 mm en aVR y V1 y descenso de ST en V4-V6. Ecoscopia con disfunción sistólica global severa. Se administra Ácido Acetilsalicílico 250 mg iv y Heparina Sódica 5000 UI iv. Se canaliza vía central yugular iniciando perfusión de Dobutamina 9 ug/kg/min y Noradrenalina 0,2 ug/kg/min obteniendo TA 88/42 mmHg.

Se contacta con Cardiología del Hospital de referencia para cateterismo primario que no muestra lesiones coronarias, por lo que realizan recambio valvular por prótesis biológica y tubo supracoronario mediante estereotomía con buena recuperación posterior y alta a los 21 días.

CONCLUSIONES

La disnea es uno de los motivos de consulta más frecuentes del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Un enfoque multidisciplinar y la toma rápida de decisiones resultan imprescindible a la hora de atender pacientes inestables con dicho síntoma. Este caso destaca la complejidad diagnóstica y terapéutica en un paciente con múltiples comorbilidades que presenta insuficiencia cardíaca descompensada asociada a una estenosis aórtica severa y aneurisma de aorta pero que, a la vez, muestra un ECG compatible con una isquemia miocárdica multivaso.

La evolución clínica estuvo marcada por una disnea severa que derivó en un shock cardiogénico y una parada cardiorrespiratoria con TV sin pulso, los cuales requirieron intervenciones avanzadas, incluyendo soporte ventilatorio invasivo, fármacos inotrópicos y reanimación cardiopulmonar. La evolución favorable tras la intervención quirúrgica demuestra la relevancia de la cirugía precoz en el manejo de estenosis aórticas críticas con complicaciones hemodinámicas, incluso en pacientes con múltiples factores de riesgo y comorbilidades.

P. #1239

UN CASO ATÍPICO DE "INFARTO" DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA

José Miguel Cáceres Castro, Laura García Gómez, Sandra Margot Navarro Contreras, Ana Benito Justel, Rodrigo Molinera De Las Heras, Javier Prieto Serrano

Emergencias Castilla y León, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 88 años, acude a centro de salud por clínica de disnea, abdominalgia y síntomatología vegetativa. Evolución una hora.
En el centro, se objetiva una disminución progresiva del nivel de conciencia; Constantes vitales: Tensión arterial (TA) 92/68 mmHg, Saturación oxígeno (Sat02) 87%, Frecuencia cardiaca (FC) 90 lpm. Durante exploración inicia cuadro brusco de pérdida de conciencia (Puntuación de Glasgow de 3), con ausencia de pulso y de esfuerzo respiratorio. Se procede a inicio de maniobras de reanimación cardio-pulmonar (RCP): compresiones torácicas, colocación de mascarilla laríngea y ventilación a través de bolsa autoinflable (Ambú) al 100% de fracción de oxígeno inspirada (Fi02). El desfibrilador externo semi-automático (DESA) recomienda y administra 2 descargas. Se avisa al servicio de urgencias extrahospitalarias (SEM).
A la llegada del SEM (20 minutos tras llamada) el paciente a recuperado circulación espontánea con inestabilidad hemonodinámica y respiratoria (Sat02: 85%), sin recuperar el nivel de conciencia. Se realiza ECG en el que se aprecia depresión extensa del segmento ST, más prominente en derivaciones II, III, aVF y V2 a V5, con elevación dudosa del ST en aVR.
Ante sospecha de parada cardiaca recuperada secundaria a infarto agudo de coronaria izquierda se activa código infarto, iniciando traslado a Hospital a más de 90 minutos de distancia.
Dada imposibilidad de acceso al historial médico del paciente (residencia habitual en comunidad autónoma distinta a la que se encontraba), se inicia tratamiento con doble antiagregación (300 mg de ácido-acetil-salicílico + 180 mg de Ticagrelol) y tratamiento inotrópico con perfusión de Noradrenalina. Se realiza optimización de vía aérea, sustituyendo mascarilla laríngea por IOT (intubación endo-traqueal), precisando guía mediante frova ante vía aérea difícil, e iniciando ventilación mecánica.
Progresivamente el paciente se estabiliza hemodinámicamente y respiratoriamente, Sat02 99% y fracción de CO2 al final de la espiración (etCO2) de 35 mmHg, FC 70 lpm y elevación de TA, reduciéndose progresivamente perfusión de noradrenalina hasta suspensión. Sin incidencias posteriores. Se asoció sedoanalgesia siguiendo secuencia de intubación rápida (midazolam, ketamina y rocuronio) de cara a adaptar al paciente a la ventilación mecánica.
Durante el trayecto se realiza ECG de control, objetivando corrección del segmento ST en las derivaciones previamente afectadas, dejando un patrón de bloqueo completo de rama derecha, no conocido previamente.
Finalmente, el paciente llega al hospital de destino, estable hemodinámicamente sin soporte vasoactivo, manteniendo adecuada Sat02 y sin alteraciones electrocardiográficas del segmento ST. Se realiza ecocardiograma por parte del servicio de cardiología en el que informan de estenosis aórtica severa. Se confirma en antecedentes médicos la presencia de estenosis aórtica conocida y en seguimiento.

CONCLUSIONES

La parada cardiaca es un cuadro de etiología multifactorial, precisando un extenso diagnóstico diferencial. Inicialmente en nuestro caso los hallazgos electrocardiográficos sugerían patología coronaria, pero la anormal evolución del caso sugería la necesidad de reevaluar el diagnóstico inicial, demostrando finalmente una etiología valvular estenótica
La estenosis aórtica es una patología crónica y progresiva que podría causar isquemia miocárdica por distintos mecanismos: el aumento de consumo de oxígeno secundario a la hipertrofia miocárdica compensatoria, la disminución del flujo coronario por una menor duración de la diástole y la coexistencia de hasta en un 56% de los casos de enfermedad coronaria aterosclerótica. Por tiempo descartamos la posibilidad de que las alteraciones en el ECG fueran debidas al aumento de la excitabilidad del miocardio. La resolución de la alteración del ST podría explicarse por la mejoría del flujo coronario, la disminución de las exigencias cardíacas y aumento de la oxigenación sanguínea secundario a la intubación y sedoanalgesia. Todo ello mejoró la isquemia miocárdica, quedando para estudio si la aparición de novo del bloqueo de rama derecha podría asociarse a un origen coronario independiente.

P. #1247

EDEMA AGUDO DE PULMÓN SECUNDARIO A SÍNDROME DE TAKOTSUBO INVERTIDO ASOCIADO AL CONSUMO DE COCAÍNA

María Isabel Puca Briones, Blanca Ruata Lacaustra, Rosa Nieto Ortiz, Almudena Villa Marti

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Mujer de 42 años, sin antecedentes personales de interés, hábitos tóxicos: consumo ocasional de alcohol y cocaína. Medicación habitual: anillo vaginal hormonal.
Acude a urgencias por disnea brusca desde esta mañana mientras se encontraba en reposo, acompañada de palpitaciones y dolor torácico continuo tipo pleurítico. Refiere que la noche anterior consumió 1gr de cocaína y alcohol.
Exploración física: TA: 115/60mmHg, Sat O2 70% que corrige con ventimask 60% a 90%, FC 110lpm. Taquipnéica a pesar de ventimask, AP: crepitantes bilaterales.
Pruebas complementarias: Analítica: a destacar leucocitos 25000, N 86%, Na 128, D-Dimero 2.03, troponina I 435 600, CK 220 160, proBNP 2482, GSA hipoxemia.
ECG: taquicardia sinusal a 103lpm, PR normal, QRS estrecho con eje normal, QTc 580mseg.
Rx Tórax: compatible con edema agudo de pulmón. Ecografía pulmonar: líneas B bilaterales desde ápex hasta bases.
ETT: VI no dilatado no hipertrófico, hipoquinesia grave de todos los segmentos basales e hiperdinamia de segmentos medios-apicales. FEVI global estimada 40%. compatible con Sd Tako Tsubo invertido. Coronariografía: sin alteraciones
Ante estos hallazgos y con la sospecha diagnóstica se inicia tratamiento depletivo y CPAP para mejorar la postcarga y la mecánica respiratoria. Evoluciona favorablemente con diuresis abundante y mejoría de la mecánica respiratoria e hipoxemia, ECG al alta QTc 436mseg, ETT al alta: normalización de los segmentos afectados y recuperación de la FEVI.

CONCLUSIONES

El consumo agudo de cocaína provoca vasoconstricción arterial, formación de trombos, taquicardia, hipertensión y aumento de la demanda miocárdica de oxígeno. En dosis altas, puede causar disfunción sistólica del ventrículo izquierdo e insuficiencia cardíaca. La miocardiopatía por estrés debe sospecharse en mujeres posmenopáusicas con síndrome coronario agudo, cambios electrocardiográficos o elevación de troponinas, sin alteraciones en la angiografía. Puede haber un desencadenante físico o emocional y variantes atípicas, como el Takotsubo invertido, con hipocinesia basal y conservación del ventrículo medio y el ápex. EL manejo precoz es importante por la elevada morbimortalidad cardiovascular que conlleva sobre todo en pacientes jóvenes.

P. #1262

UN HOMBRE JOVEN DE CORAZÓN GRANDE

Volha Raznitsyna, María Dolores Paez Sánchez

Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 37 años llama al servicio de urgencias por una disnea súbita a mínimos esfuerzos al levantarse de la cama. Refiere sentirse “resfriado” unos 2-3 días previos, sin fiebre, con la tos escasa seca, lo que no le causó malestar y permetía realizar su trabajo de recoger las aceitunas.
Antecedentes personales: sin enfermedades crónicas, sin enfermedades agudas de interés, sin alérgias medicamentosas conocidas, sin tratamiento crónico. Fumador desde 16 años con exposición a 21 paquete-años.
A la llegada del equipo de emergencias: mal estado general, consciente, coloración morada de la piel, taquipnea, taquicardia, murmllo vesicular disminuido por todos campos pulmonares, múltiples sibilancias, saturación a 60%. Tensión arterial 150/90 mm Hg, no edemas periféricos. ECG: ritmo sinusal sin alteraiones de repolarización, eje izquierdo. Tras aplicación de soporte de oxígeno, salbutamol en inhalador y metilprednisolona intravenoso el paciente fue trasladado al hospital CHARE.
A la llegada a CHARE: empeoramiento del estado del paciente y aumento de disnea. Tras realizar las pruebas complementarias el juicio clínico es: neumonia izquierda con insuficiencia respiratoria, antigenuria positiva para Legionella. Por no mejoría del paciente con el tratamiento se decide la intubación y traslado al hospital comarcal a la unidad de Cuidados Intensivos.
A la reexploración del paciente en la planta y reevaluación de las pruebas realizadas: mantiene buenas constantes, se ausculatn crepitantes finos en ambas bases pulmonares. Destaca la cardiomegalia en la radiografía en decúbito supino: ICC 60%, desviación izquierda del eje cardíaco. Se decide ampliar el estudio.
Resultados: troponinas 150 - 300 - 250 ng/ml sin cambios en ECG. Ecocardiografía: insuficiencia aórtica severa, FEVI 40%, cardiomegalia, sin otros hallazgos significativos, no valvulopatías. Pro-BNP 2000 pg/ml. Se realiza radiografía torácica de control tras aplicar el tratamiento diurético: disminución del infiltardo lobular izquierdo visto previamente.
Se contacta con el hospital de 4 nivel de referencia y se traslada al paciente para ampliar el estudio necesario con el diagnóstico: Insuficiencia cardíaca crónica descompensada, edema agudo de pulmon. El paciente se traslada estable, intubado, con buenas constantes.
Se decide que la infección fue un factor desencadenante de la descompensación de la enfermedad de base, previamente descomocida.
Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio, crisis asmática severa, miocarditis aguda.

CONCLUSIONES

1. El estado grave del paciente sin enfermedades crónicas conocidas exige realizar un estudio amplio y diagnóstico diferencial detallado.

2. Se necesita evaluar todos los cambios en las pruebas realizadas para llegar e incluso cambiar el diagnóstico inicial. En este caso se empezó el estudio tras evaluar la cardiomegalia en la radiografía realizada por la sospecha de neumonía.
3. La ecografía a pie de cama sirve de gran ayuda en el caso de cualquier paciente grave.
4. Como medidas preventivas, a cualquier paciente se puede recomendar la control periódica de la tensión arterial, control de los factores de riesgo: mantener actividad física, dieta saludable, evitar tabaco.

P. #1267

UNA ARRITMIA POCO FRECUENTE

María Isabel Pérez Martín, Fernando García Martín, Silvia Ferrero Mato, Pilar Panero Argüello, Jesús Prieto Pilo, Marina Bousquets Niño

Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años, sin alergias medicamentosas, no presenta hábitos tóxicos y es dislipémico. En tratamiento con estatina y fenofibrato. Antecedentes cardiológicos personales: Estudiado en hospital privado por síncopes de posible origen vasovagal. Antecedentes cardiológicos familiares: Padre con arritmia, abuelo materno y tío materno con cardiopatía, ambos fallecidos en torno a los 50 años de aparente muerte súbita (sin especificar). Acude al Servicio de Urgencias por palpitaciones y mareo con el esfuerzo (al subir una escalera) que le dura unos 30 minutos, sin pérdida de consciencia. Asocia náuseas, sudoración profusa y malestar general. No cefalea. Indica tres episodios similares desde hace 9 meses con mareo en reposo de 5-10 minutos de duración. Dos de ellos se sucedieron de síncope. Asimismo, presenta disnea a moderados esfuerzos desde hace 1 mes, sin dolor torácico asociado.
En la exploración física se objetiva gran palidez y sudoración. Está afebril con las siguientes constantes biológicas: Tensión arterial 118/80mmHg, frecuencia cardíaca 200 latidos por minuto y saturación de oxígeno 100%. La auscultación cardiaca presenta tonos cardiacos rítmicos y sin soplos.
Se solicitan las siguientes pruebas complementarias, analítica sanguínea, Cr: 1.16, FG:75, Na 144, K: 3.9, Troponina 4187,8, NTproBNP 35, Hb: 15.6, leucocitos 7720 y plaquetas 181.000. Electrocardiograma: Taquicardia de QRS ancho a 300lpm, con morfología de BRDHH, con eje inferior, sugerente de TSVI (ver imagen).
Ante estos hallazgos la primera impresión diagnóstica es que se trata de una Taquicardia supraventricular (TSV) y se decide inicio de maniobra de masaje del seno carotídeo y tras resultar ineficaz se administra adenosina en bolos intravenosos (6mg, 12mg) que tampoco logra revertir el cuadro, por lo que se realiza una cardioversión sincronizada a 100 J revirtiendo el paciente a ritmo sinusal estable con QRS estrecho y sin alteraciones significativas. Se gestiona traslado a Hospital de referencia para valoración por Cardiología quienes realizan Ecocardiograma y Cardiorresonancia llegando al diagnóstico de una miocardiopatía arritmogénica de ventrículo izquierdo (VI) implantándose un desfibrilador (DAI) y tratamiento con beta-bloqueante.

CONCLUSIONES

Las arritmias ventriculares son un hallazgo frecuente en los pacientes con miocardiopatía arritmogénica ya sea de VD o VI y a menudo constituyen la forma de presentación inicial de la enfermedad. Se trata de una enfermedad hereditaria autosómica dominante que afecta con mayor frecuencia a varones (3:1) y puede causar la muerte súbita en sujetos jóvenes. La prevalencia es de 1:5000 sujetos adultos. Sus manifestaciones clínicas son

variables en función de la severidad y patrón de afectación del miocardio y engloban palpitaciones (67%), síncope (32%), dolor torácico atípico (27%) y disnea (11%). A pesar de que VD es el clásicamente afectado en esta enfermedad, la afectación del VI como es el caso que se presenta está siendo cada vez más reconocida. Esto se debe en parte al incremento del empleo de técnicas de imagen como la cardiorresonancia magnética.
Como conclusión, este caso demuestra que la miocardiopatía arritmogénica no solo afecta al VD, también puede afectar al VI. Se trata de una entidad con un riesgo muy elevado de muerte súbita por lo que desde los servicios de Urgencias debe ser sospechada y detectada lo más pronto posible con 4 objetivos principales: 1) Reducir la mortalidad 2) prevenir la progresión de la enfermedad 3) disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes y 4) limitar los síntomas de fallo cardiaco y mejorar la capacidad funcional de los pacientes. Entre las estrategias terapéuticas inmediatas que se deben llevar a cabo está la colocación de un DAI y la administración de fármacos betabloqueantes. Posteriormente se recomiendan modificaciones en el estilo de vida y restricción del ejercicio físico.

P. #1288

SÍNCOPE SECUNDARIO A ARRITMIA: MANEJO EN URGENCIAS EXTRHOSPITALARIAS

Agustín Guisado Gallego[1], María Jesús Madrid Reques[1], Jesús Chaveinte Serradilla[1], Óscar Lozano Gutiérrez[1], Miguel Nava Muñoz[1], Gemma Rodríguez Leal[2]

1. Samur.PC, Madrid, España
2. Summa112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El síncope constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de emergencias médicas y en ocasiones están producidas por algún tipo de arritmia, por ello es muy importante prestar atención a las constantes vitales y al ritmo cardíaco del paciente mediante monitorización electrocardiográfica para identificar rápidamente una arritmia y hacer un buen manejo de la misma, evitando así el deterioro hemodinámico del paciente siendo necesario en algunos casos la administración de medicamentos antiarrítmicos.

OBJETIVO

El principal objetivo del trabajo, de cara a posibilitar una herramienta efectiva a los médicos que se enfrentan a estos pacientes, es detectar las diferencias que en las constantes vitales tiene los pacientes mas graves, aquellos que van a precisar medicación.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos y trasladados por arritmias, por un SEM a lo largo del año 2024. Variables epidemiológicas: Edad, sexo. Diagnóstico clínico.
Variables independientes: Constantes vitales (Frecuencia cardiaca (FC), Frecuencia respiratoria (FR), Tensión arterial sistólica (TAS), Tensión arterial media (TAM), Tensión arterial sistólica, Saturación de oxígeno (SatO2) y valor en la escala de Glasgow) Variable dependiente Binaria: Arritmias tratados o no con fármacosAnálisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: t de Student para variables continuas, y Chi cuadrado para variables categóricas. IC 95%, SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

408 pacientes. 249 varones (61,9%, Edad media de la muestra 67,09 años (DE:19,9). Las arritmias más frecuentes fueron: Fibrilación auricular (32,8%), Bradicardia sinusal (21,1%) y Taquicardia paroxística supraventricular (20,8%). Las constantes medias a la llegada de la unidad, fueron: FC – 103,8(DE:54,4) FR – 16,5(DE:3,5) TAS –
2 / 2
130,06(DE:30,3) TAM – 95,3(DE:22,4) TAD – 78,03(DE:21,2), Sat O2 – 95,8(DE:3,2), Glucemia – 141,2(DE:52) y Glasgow – 14,9(DE:0,44) . El 30,6% de los pacientes requirió de medicación antiarrítmica. Los fármacos mas utilizados fueron el Verapamilo, seguido de la Adenosina y la Atropina.

En el análisis inferencial, se constataron diferencias significativas entre el grupo de pacientes que precisaron medicación para la arritmia y aquellos que no la necesitaron, en parámetros como la edad (70,5 vs 65,5) p=0,021, la FC (119,6 vs 96,6) p<0.001, FR (17,2 vs 16,2) p=0.026, TAS (139,1 vs 125,8) p<0,001, TAM (101,5 vs 92,4) p<0,001, y TAD (83,0 vs 75,7) p=0,002.
No hay diferencias con el sexo o con la finalización de la demanda.

CONCLUSIONES

El síncope originado por arritmias se manifiesta como un motivo frecuente de demanda para un SEM. Casi un 30% de los pacientes que sufrieron una arritmia fueron medicados. El perfil de los pacientes que precisan medicación, según nuestro estudio, presentan significativamente unos parámetros hemodinámicos más alterados que aquellos que no lo precisaros. La fibrilación auricular se constituyó como la arritmia más frecuente motivo de la demanda, en casi un tercio de los casos.

P. #1325

LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS EN EL DOLOR ABDOMINAL

María Del Carmen Orts Cansino, Ana Bayo Sevilla, Paloma Arias García, Javier Ordovás Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años, como antecedentes de interés presenta hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica y dislipemia. Diariamente toma atorvastatina, Valsartan e inhalador de indacaterol/glicopirronio.
Acude a urgencias por presentar hacía unas 4 horas, estando en una cafetería desayunando, dolor abdominal epigástrico agudo, irradiado a ambos hipocondrios hasta espalda, en cinturón. El dolor se acompañaba de cortejo vegetativo y había presentado un episodio sincopal con perdida de conocimiento de segundos de duración, sin pérdida de control de esfínteres y con buena recuperación posterior. Presentaba náuseas, sin episodios de vómitos, y no existía alteración del ritmo deposicional. Afebril en todo momento.
No había tomado analgesia.
A nuestra valoración, tensión arterial 99/53, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto y Saturación de oxígeno del 100%. Afebril.
Exploración: consciente y orientada, con mal estado general, eupneica en reposo, palidez cutánea y sudorosa. Normohidratada.
- Cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos
- Pulmonar: normofonesis sin ruidos patológicos.
- Abdominal: abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada pero más intenso en zona de epigastrio, defensa abdominal de forma generaliza y ruidos ausentes.
- Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Pulsos inguinales presentes.

Planteamiento de solicitud de pruebas:
Como primera sospecha al realizar la anamnesis (dolor epigástrico irradiado en cinturón junto a náuseas) podríamos pensar en una pancreatitis complicada, por el estado de la paciente, por lo que solicitaríamos en analítica de sangre los valores de la Lipasa.
Teniendo en cuenta que a la exploración presenta defensa abdominal junto a mal estado general, podríamos sospechar perforación abdominal, pudiendo pedir como prueba de imagen radiografía de abdomen (incluyendo posición en decúbito lateral).
Éstas serían las primeras sospechas a descartar, por ser patologías graves que requieren de actuación urgente.
Dado que la paciente presenta sospecha de patología grave con mal estado general e inestabilidad hemodinámica (hipotensión), se decidió pasar a box de críticos para tratamiento y realización de pruebas complementarias, incluyendo TAC abdominal.
Al realizar el TAC abdominal se observó: aorta elongada con rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.
El resto de pruebas realizadas fueron normales. Se solicitó valoración por cirugía vascular y la paciente fue intervenida de urgencia.

CONCLUSIONES

Se desconoce la causa exacta de esta afección. Sucede debido a una debilidad en la pared de la arteria. Los factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar este problema aórtico incluyen tabaquismo, Hipertensión arterial, Sexo masculino y Factores genéticos.
La rotura de un aneurisma de aorta abdominal es una complicación asociada de alta mortalidad. Además, hay importante morbilidad en la evolución post quirúrgica.
Sus síntomas incluyen: dolor en el abdomen o la espalda (el dolor puede ser intenso, repentino, persistente o constante; y puede irradiarse hasta la ingle, los glúteos o las piernas), desmayo, sudor frío, vértigo, náuseas y vómitos, frecuencia cardíaca rápida y shock hipovolémico.
Sus síntomas plantean diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal agudo: cólico renal, pancreatitis, diverticulitis, isquemia miocárdica de pared inferior, isquemia mesentérica y patología biliar, entre otras.
Como conclusión final, es muy importante sospecharlo cuando se realice la anamnesis para poder actuar rápidamente y así poder aumentar las probabilidades de supervivencia del paciente.

P. #1328

LA ETIQUETA: CUANDO LOS ANTECEDENTES PERSONALES CONDICIONAN LA ACTUACIÓN. ASMA BRONQUIAL-ASMA CARDIAL

Sara Moreno Suárez, Ana Zavala Ruano, Rosa García García, Ana Lucía Mora Gómez

Hospital Virgen De Las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 56 años con antecedentes personales de:
- Asma bronquial
- Fumadora activa de 2 paquetes al día
- Alergia alimentarias (lentejas, legumbres, frutos secos...)

Intervenida quirúrgicamente de varices en MII
Tratamiento habitual: budesonida /formoterol 160/4.5 , salbutamol, bilastina, aspirina
Motivo de consulta en urgencias: disnea
La paciente refería que tras un cuadro catarral hacía dos semanas había presentado mayor sensación de falta de aire, acompañado de tos irritativa y persistente, requiriendo mayor uso de broncodilatadores. Había acudido en dos ocasiones a urgencias del centro de salud donde había sido tratada con aerosoles de salbutamol e ipratropio y corticoide intramuscular, con escasa mejoría. No refería fiebre ni expectoración.
Exploración : TA 165/80 Fc 89 lpm FR 30 rpm .SatO2 94% con gafas nasales a 3 lpm.
ACR tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en bases y campos medios. No se auscultan sibilancias.
Ingurgitación yugular hasta tercio superior con reflujo hepatoyugular positivo.
ABDOMEN hepatomegalia de 2 traveses de dedo. Resto anodino
MMII: edemas ++/+++ hasta muslos con fóvea.
Tras exploración y ante los hallazgos arriba descritos, retomamos la anamnesis, puesto que lo que podría parecer inicialmente una crisis asmática no correspondía con la exploración física.
Reinterrogando a la paciente comenta además , que aunque en los últimos días presentaba disnea casi de reposo, había experimentado un aumento progresivo en los últimos dos meses, con edematización progresiva, nicturia y recorte del ritmo de diuresis en la última semana. NO refería dolor torácico en ningún momento
Basándonos en lo anterior solicitamos pruebas complementarias:
- Hemograma hemoglobina 11.9
- Bioquímica glucosa 200 iones normales. Función renal normal
- BNP 4045
- PCR y procalcitonina normal
- ECG ritmo sinusal a 85 lpm ,QRS estrecho. Eje derecho. Ondas t aplanadas en todas las precordiales y negativas en V6. BRDHH
- Radiografía de tórax: ICT> 0.5, redistribución vascular hasta ápex , senos costofrénicos pinzados. sin condensaciones.
- Troponina normal

Solicitamos eco cardio a pie de cama que informaba de ventrículo severamente dilatado, Hipocontractibilidad generalizada. FEVI muy severamente deprimida (15-20%) Ventrículo derecho ligeramente dilatado. Aurícula izquierda severamente dilatada. Insuficiencia mitral ligera- moderada. Insuficiencia tricuspídea

severa. Derrame pericárdico circunferencial moderado
La paciente ingresa en planta de cardiología.Se completó estudio con coronariografía y RMN cardiaca , observando en la primera enfermedad coronaria de dos vasis, DA y CX, revasuclarizadas y en RMN signos sugerentes de miocarditis, realizando biopsia, complicándose posteriomente con taponamiento cardíaco, requiriendo periocardiocentesis obteniendo 800cc de liquidohemático, mejorando en losndías posteriormente tanto clínica como analiticamente y en signos de ecocardiografía
Queda pendiente el resultado de la biopsia endomiocárdica y de cita en Enfermedades Autoinmunes (mujer con cuadro de miocarditis y enfermedad arteriosclerótica precoz)
La paciente fue dada de alta con seguimiento en consulta de insuficiencia cardiaca.
Juicio clínico :
Insuficiencia cardiaca (debut)
Miocarditis
Enfermedad coronaria de dos vasos revascularizada
FEVI severamente deprimida
FEVD severamente deprimida

CONCLUSIONES

Con este caso , queremos por una lado resaltar la importancia de una correcta y completa historia clínica, teniendo en cuenta los antecedentes personales pero sin que condicione una primera sospecha diagnóstica y por otro la importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento correcto y adecuado y la importancia de realizar una buena orientación de nuestros pacientes, que permita tratamientos adecuados. Si el tratamiento inicial hubiese ido dirigido a tratar una crisis de asma , las complicaciones probablemente hubiesen sido mayores

P. #1329

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

Leticia Silva Iglesias, Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos, Sara Arribas Bernardo, Arantxa Ramos Miravet, Francisco Ubet Barberá, Paula Queizan García

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Asma alérgico. Sensibilización a epitelio de animales. Seguimiento en Madrid. Parto eutócico el 24/12/2024.
Anamnesis: Mujer de 36 años que acude por tos seca y disnea progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos hace dos días. Niega otra clínica acompañante. Vista hace dos días en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, donde asocian tos seca a enalapril 10 mg/12horas por lo que se cambió a metildopa 250 mg con rescate de labetalol 100 mg/12 horas, con nula mejoría.
Como antecedentes personales a destacar, parto eutócico inducido por preeclampsia sin datos de gravedad hace 7 días.
Exploración física destaca taquipnea en reposo sin tolerancia al decúbito junto con crepitantes húmedos hasta campos medios y algún sibilante aislado en espiratorio. Mínimo edema con fóvea bimaleolar. Constantes TA: 154/97 mmHg, Fc: 66 lpm, Sat: 95% FiO2 21%, Tª : 35,7ºC.
Pruebas complementarias:
Analítica con hemograma, función renal e iones sin alteraciones. Gasometría venosa con pO2 20, pH y lactato normales. Perfil hepático similar a previo con leve transaminesemia, coagulación normal excepto Dímero- D elevado (1.52 µg/ml), troponina I de alta sensibilidad elevada (37 pg/ml) con seriación negativa, NT-proBNP elevado (5197 pg/ml).
Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 110 lpm. PR 160 ms. QRS 70 ms, eje normal, sin progresión de R hasta V5. T aplanada de forma difusa, negativa en V5 y V6.
Radiografía de tórax: Ligera cardiomegalia con aplanamiento de la silueta sugestivo de derrame pericárdico. Edema perihiliar.
Ante hallazgos de fallo cardíaco en paciente sin antecedentes cardiológicos, se solicita angio-TC urgente de arterias pulmonares donde no se evidencian defectos de repleción en arterias pulmonares. Derrame pleural bilateral, derrame pericárdico con un espesor de hasta 22 mm.
Opacidades en vidrio deslustrado de distribución simétrica perihiliar y en regiones anteriores de lóbulo medio, LSD y en língula con discreto engrosamiento septal. Cardiomegalia.
Se inicia tratamiento depletivo e ingreso a cargo de Cardiología donde se realiza ecocardiograma donde se objetiva FEVI severamente deprimida (FE 20%) e hipoquinesia global. Buena respuesta a dosis bajas de furosemida y dada de alta a los dos días con
tratamiento neurohormonal con sacubitrilo / valsartán, metoprolol y espironolactona. Se demoró el inicio de iSGLT2 por no disponer de datos de seguridad en la lactancia.
Diagnóstico: Insuficiencia cardíaca. Miocardiopatía postparto con disfunción ventricular.

CONCLUSIONES

La miocardiopatía periparto constituye un diagnóstico de exclusión. Existe consenso acerca de los factores favorecedores del cuadro, entre ellos los que aparece con más frecuencia es la preeclampsia y la hipertensión. La mayoría de las mujeres son diagnosticadas el primes mes después de parto. Los diferentes estudios concluyen que la FEVI al momento de la presentación es el mejor predictor de recuperación. El pronóstico de cara a futuros embarazos no es bueno, y salvo recuperación funcional completa no deben aconsejarse nuevos embarazos.

P. #1345

SE ME PARTE EL PECHO DE TANTO TOSER

Paula Fueyo García, Luis Martínez Fideu, María Lourdes Corisco Sánchez, Miguel Ángel Madrigal Fernández, María Teresa Andújar Martínez- Moratalla, Fernando Picón Serrano

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 26, no constan antecedentes personales ni familiares de interés, sin alergias medicamentosas conocidas (NAMC), no fumador, no consumidor de tóxicos; que acude al servicio de urgencias por cuadro respiratorio de 3 días de evolución consistente en rinorrea, odinofagia, tos sin expectoración y fiebre hasta 37.7°C que cede con Paracetamol.

A la exploración física (EF) faringe congestiva sin hipertrofia ni exudados, no se palpan adenopatías. No dolor a la percusión de senos paranasales. Auscultación pulmonar (AP): murmullo vesicular conservado (MVC) sin ruidos añadidos. Auscultación cardíaca (AC): rítmico sin soplos. Saturación 97% de oxígeno, frecuencia cardíaca (FC) 65 latidos por minuto. Presión arterial 131/78mm Hg.

Se diagnostica de infección respiratoria aguda de probable etiología vírica y se pauta tratamiento sintomático.

El paciente, ahora, refiere que tiene dolor al toser y muestra preocupación porque cree que en su familia hay una enfermedad genética cardiaca que no se quisieron estudiar. Comenta trasplante cardíaco de su abuela materna con 40 años.

Tras realizar anamnesis dirigida, se procede a realizar electrocardiograma (ECG), donde se objetiva descenso del segmento ST en II, III y aVF y ascenso del segmento ST en aVF, V1 y V2. Ante dichos hallazgos se solicita analítica urgente completa con troponinas y PCR y, radiografía de tórax.

La radiografía de tórax no muestra alteraciones significativas. El resultado analítica se objetiva leucocitos de 13.000 con fórmula normal, troponina de 80 y PCR de 30.

Se realiza interconsulta a cardiología decidiendo ingreso en la unidad de coronarias.

Se realiza ecocardiograma y resonancia cardiaca siendo ambas pruebas dentro de la normalidad y se diagnostica de miocarditis; permanenciendo ingresado durante una semana y dado de alta con buena evolución, con revisión en consultas. Vigilancia de factores de riesgo cardiovascular sin tratamiento al alta.

CONCLUSIONES

La infección respiratoria es uno de los cuadros más consultados en los servicios de urgencias. La edad del paciente y la exploración física arrojaban un diagnóstico de proceso vírico leve como primera posibilidad.

La anamnesis es una de la herramientas fundamentales que debemos aplicar con conciencia en nuestra práctica clínica y un apartado básico de la historia clínica.

El ECG es una prueba inocua, rápida y barata; que aporta gran información.

Ante procesos "banales" no debemos obviar otros concomitantes, ni despreciar el reintorrogar al paciente sobre antecedentes familiares o personales aunque no consten en la historia clínica.

P. #1351

ABORDAJE HOLÍSTICO DE LA DISNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángel Jesús Castillejo Domínguez, Elena Soliva Gisbert
Hospital de Manises, Manises, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años con antecedentes de enolismo y hábito tabáquico (cumpliendo criterios de bronquitis crónica, sin estudio de función respiratoria), hiperuricemia, dislipemia y claudicación intermitente, con nulo esfuerzo por el autocuidado y dudosa adherencia al tratamiento ambulatorio.
A la llegada del paciente a Urgencias, es introducido en box de vitales ante el hallazgo de marcada disnea, taquipnea, trabajo respiratorio asociado, requerimiento de mascarilla con reservorio a 15 litros por minuto para asegurar saturación de oxigeno de 90%, taquicardia a 180 latidos por minuto (LPM) y una tensión arterial de 90/55 mmHG.
En la exploración destacaba el trabajo respiratorio con espiración alargada y utilización de musculatura accesoria, auscultación cardíaca taquicárdica sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido de forma global con roncus y sibilantes dispersos y crepitantes en base izquierda, sin edemas periféricos.
En el box de vitales se inició tratamiento con nebulizaciones de bromuro de ipratropio, 225 mg de hidrocortisona intravenosa y 3 mg de morfina y se realizó un electrocardiograma (ECG) en el que se apreciaba una taquicardia de QRS estrecho a 180 latidos por minuto. Ante la situación de inestabilidad clínica y hemodinámica del paciente y el hallazgo de una taquicardia de QRS estrecho se decidió realizar cardioversión eléctrica (previa medicación con midazolam y fentanilo) a 130 julios, siendo esta efectiva, revirtiendo el paciente a taquicardia sinusal a 115 LPM con elevación de la tensión arterial a 120/70 mmHG y mejoría parcial de su disnea. Tras la estabilización hemodinámica inicial del paciente, se realizó una anamnesis más detallada en la que afirmaba haber presentado un cuadro de 5 días de evolución de aumento de su disnea basal, tos y expectoración verdosa. Se realizó una radiografía de tórax en la que se apreciaba un infiltrado en la base izquierda y una gasometría arterial en la que se apreciaba un PH de 7,15, PO2: 57 mmHg, pCO2 75 mmHg y lactato 7 mmol/L. En el resto de la analítica de sangre destacaba leucosistosis y elevación de proteína C reactiva.
Por todos los hallazgos descritos previamente se diagnosticó al paciente de sepsis respiratoria por neumonía adquirida en la comunidad con broncoespasmo asociado, taquicardia de QRS estrecho reactiva, se extrajeron hemocultivos, antigenuria de neumococo y Legionella, se inició antibioterapia con ceftriaxona y levofloxacino y se inició ventilación mecánica no invasiva con IPAP 12 EPAP 6 con buena tolerancia clínica.
Tras 6 horas, el paciente experimentó mejoría clínica y gasométrica y se procedió al destete con mascarilla con efecto venturi a 12 litros por minuto con buena tolerancia.
Al confirmar la estabilidad clínica, se ingresó al paciente a cargo de Medicina Interna para continuación de cuidados con buena evolución, pudiendo recibir el alta hospitalaria una semana después.

CONCLUSIONES

La disnea supone un motivo de consulta habitual y potencialmente grave en el ámbito de Urgencias y requiere un abordaje integral del paciente, ya que en ocasiones tiene un origen multifactorial, lo que dificulta su manejo.
La cardioversión eléctrica continúa siendo el tratamiento de elección en pacientes con taquicardias de QRS estrecho e inestabilidad clínica y/o hemodinámica asociada.

P. #1353

INFARTO DE MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUCTIVAS (MINOCA): UN ENIGMA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Andrea Tejada Claros, Lara González Del Río, Rocío Romero Fernández

HUCA, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 53 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias con dolor torácico intenso y opresivo que comenzó hace aproximadamente una hora mientras realizaba una caminata ligera. El dolor irradia hacia el brazo izquierdo y la mandíbula, y se acompaña de sudoración profusa y disnea. La paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. No hábitos tóxicos ni otros factores de riesgo cardiovascular.
En la exploración física, angustiada, con palidez y sudoración. Sus signos vitales muestran una presión arterial de 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 95 latidos por minuto y saturación de oxígeno de 97%. La auscultación cardíaca y pulmonar no revela hallazgos patológicos, y no se detectan signos de insuficiencia cardíaca.
Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:
* Electrocardiograma (ECG): Elevación del segmento ST en las derivaciones V2-V4, sugestivo de infarto agudo de miocardio.
* Análisis de sangre: Troponina T elevada (350 ng/L), indicando daño miocárdico.
* Angiografía coronaria urgente: Arterias coronarias sin lesiones obstructivas significativas.
El diagnóstico de infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA) se estableció con base en los hallazgos de la angiografía coronaria y la elevación de troponinas en un contexto de dolor torácico típico.
Diagnóstico diferencial
1. Infarto de miocardio con enfermedad coronaria obstructiva: Inicialmente considerado por la elevación del segmento ST en el ECG, descartado por la angiografía normal.
2. Miocarditis: Considerada debido a la elevación de troponinas, pero menos probable dada la presentación clínica y la elevación del segmento ST.
3. Embolia pulmonar: Descartada por la presentación clínica y los hallazgos de imagen.

CONCLUSIONES

MINOCA es una entidad clínica que representa aproximadamente el 5-10% de todos los infartos de miocardio y se caracteriza por la presencia de daño miocárdico sin lesiones obstructivas en las arterias coronarias. Las causas subyacentes pueden incluir espasmo coronario, microvascularización disfuncional o tromboembolismo transitorio. En este caso, el manejo inicial en urgencias incluyó la administración de nitratos, anticoagulantes y betabloqueantes. La paciente fue ingresada en la unidad de cuidados coronarios para monitorización y estudios adicionales, incluyendo resonancia magnética cardíaca para evaluar miocarditis y disfunción microvascular.
El manejo de MINOCA requiere un enfoque multidisciplinario para identificar y tratar las causas subyacentes y prevenir eventos cardiovasculares recurrentes. Este caso ilustra la importancia de considerar MINOCA en pacientes con infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva visible y destaca la necesidad de una evaluación exhaustiva y un tratamiento personalizado.

P. #1366

CAUSA ATIPICA DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Raquel García De Pedro, Cecilia Carolina Carrasco Vidoz, Carolina Fernández Palacios, Eugenia Vicente Tobar
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, fumadora de 10 cigarrillos al día, EPOC no reagudizadora.
Acude a urgencias por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de 10 días de evolución acompañado de tos escasa con expectoración amarillenta con disfonía, niega fiebre , no dolor torácico , no aumento de edemas en miembros inferiores . A la exploración presenta tensión arterial de 130/85, frecuencia cardiaca de 110 lpm, saturación basal de oxígeno del 92% , pálida con cianosis labial , llama la atención el edema en región del escote con circulación colateral y edema en brazos más significativo en brazo derecho con pulsos débiles. Auscultación cardiopulmonar , taquicardia sin soplos, roncus dispersos con hipoventilación basal . Edemas discretos en extremidades inferiores sin fóvea.
En analítica de sangre destaca leucocitosis de 23.530 Hemoglobina 10,4, Dimero- D: 6980 PCR : 243 pro- BNP: 600
Radiografía de tórax : signos de broncopatía crónica , ensanchamiento mediastínico paratraqueal derecho no existente el placas previas y consolidación en lóbulo inferior derecho.
Se solicito TAC cervical y torácico por sospecha de síndrome de vena cava superior donde se evidencia un aneurisma sacular de cayado aórtico de 8X7 cm que afecta a la arteria braquial derecha . El aneurisma desplaza y comprime la vena cava superior que conserva permeabilidad, resto de la aorta torácica presenta diámetro de 2.6 cm .
Con el diagnóstico de Síndrome de vena cava superior secundario a aneurisma con dilatación crítica del cayado aórtico y atelectasia de pulmón derecho sobreinfectada se inicia tratamiento antibiótico con monitorización estrecha , se traslada de forma urgente a la paciente a unidad de cirugía cardiaca de hospital terciario de referencia .

CONCLUSIONES

El Síndrome de la vena cava superior es una urgencia médica, su diagnóstico es fundamentalmente clínico y debemos sospecharlo en pacientes con disnea , edema en esclavina con circulación colateral en cara anterior del tórax y cianosis junto con la presencia de ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax. El diagnóstico de confirmación nos lo va a dar en TAC torácico.
La causa más frecuente del Síndrome de vena cava superior es la patología neoplásica , sin duda los peculiar de este caso es el origen poco frecuente de la compresión de la cava superior que es un aneurisma de gran tamaño del cayado aórtico

P. #1380

FIBRILACIÓN AURICULAR POR SOBREDOSIFICACIÓN DE SALBUTAMOL EN UNA MUJER DE 29 AÑOS

Carmen Ángeles Cáliz Rodríguez[1][2], María Victoria Jorge Contreras[1][2], Ana Crespo Oñate[3][2], Rayrinne Marmolejos Del Rosario[4][2]
1. Centro de Salud Galapagar, Galapagar, España
2. Hospital de el Escorial, San Lorenzo de el Escorial, España
3. Centro de Salud Torrelodones, Torrelodones, España
4. Centro de Salud San Carlos, San Lorenzo De El Escorial, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años de nacionalidad estadounidense y, como únicos antecedentes relevantes, obesidad y asma en tratamiento con salbutamol inhalado a demanda. Barrera idiomática moderada. Acude a Urgencias por dificultad respiratoria desde la noche anterior, que no mejora a pesar de salbutamol. Niega haber tenido fiebre, refiere tos escasa y dolor torácico de características anginosas, constante, que se irradia al hombro izquierdo. Asocia cortejo vegetativo y palpitaciones. La paciente piensa que se trata de un ataque de asma y realiza inhalaciones de salbutamol con empeoramiento de dolor. Niega otra sintomatología. En la exploración física destaca taquipnea y taquicardia en torno a 100 latidos por minuto (lpm), el resto de la exploración es normal. Se solicita análisis de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG), en el que se observa fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida (RVR) a 140 lpm. En el monitor se llega a objetivar frecuencia cardiaca (FC) de hasta 200 lpm, inicialmente se administra bisoprolol 2.5 mg vo y se solicita determinación de enzimas cardiacas, dímero D y tóxicos en orina. Se comenta el caso con Cardiología que recomiendan intentar revertir con maniobras vagales antes de plantear la administración de adenosina. Se realizan las maniobras vagales pero no son efectivas. Ante los resultados alterados del dímero D, se realiza un angio TC de arterias pulmonares que es normal.
Se envían los ECG a Cardiología y confirman FA, indican iniciar tratamiento con perfusión de amiodarona, anticoagulación y traslado a hospital de referencia. En el monitor se observa taquicardia de 160 lpm, con rachas de hasta 200 lpm. Es valorada por Cardiología que realiza ecocardiograma transtorácico: Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico, con función sistólica normal, sin alteraciones de la contracción segmentaria. Ventrículo derecho normal en tamaño y función. Sin valvulopatías significativas. Raíz aórtica normal. Sin derrame pericárdico. Auriculas de tamaño normal.
Tras el tratamiento con amiodarona, la FA revierte a ritmo sinusal. Ante conversión a ritmo sinusal y estabilidad hemodinámica, se decide alta con juicio clínico: Primer episodio de FA con RVR, CHADVASc 1 (mujer). Se prescribe anticoagulación con edoxaban durante un mes poscardioversión. En consultas sucesivas de revisión por Cardiología la paciente comenta varios episodios autolimitados de dolor torácico en probable relación con paroxismos de FA, se solicita ergometría para despistaje de patología isquémica y se inicia tratamiento con flecainida a dosis bajas.Se recomienda pérdida de peso y se deriva a

Neumología para descartar apnea obstructiva del sueño (AOS) para reevaluación del asma.

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente y alcanza una prevalencia de hasta un 10% en personas de edad avanzada. Los principales factores de riesgo son la edad, la hipertensión arterial, la obesidad, la AOS y las cardiopatías del lado izquierdo del corazón, especialmente la valvulopatía mitral. Sin embargo, también puede aparecer en contextos agudos como el estrés emocional, poscirugía, en la intoxicación etílica aguda, hipoxia, hipercapnia o tirotoxicosis. Aunque puede darse en individuos sanos, casi siempre se asocia a cardiopatía. En personas sin cardiopatía puede presentarse en forma de paroxismos cuya duración oscila entre pocos minutos y varias horas e incluso pueden ceder de forma espontánea. En esta paciente, aunque la arrítmia comenzó en el contexto de sobredosificación de salbutamol, existían dudas sobre la secuencia temporal por lo que se decidió no iniciar antiarrítmico ni betabloqueante al alta de Urgencias y se estudiaron posteriormente los posibles factores de riesgo asociados a pesar de que el ETT era normal.

P. #1386

ENTRENA CON INTELIGENCIA...NO EN EXCESO

Paula María González Medina, María Ferrando Feliu, Liuva Déniz Déniz, Lidise Rocío Arbolaez León

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente varón de 14 años, no alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. No antecedentes medicoquirúrgicos de interés. No toma medicación habitual. Derivado en SAMU, intubado por Glasgow 4-5, con taquicardia supraventricular a 200 lpm. Los familiares contaron que iba en bicicleta con los amigos, se empezó a marear, se bajó de la bicicleta y posteriormente dejó de responder a estímulos. Estuvo tres horas realizando ejercicio físico: boxeo, bicicleta y correr.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tª: 39.3 °C (Axilar); TA: 106/52 mmHg; FC: 166 lat/min; Sat. O2: 100 % con VMI

Paciente intubado. Auscultación cardiaca sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, no palpo masas ni megalias. No edemas en MMII. Ecocardio clínica: no dilatación de ventrículo derecho, no derrame ni signos de taponamiento, no engrosamiento ventricular.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG: taquicardia supraventricular a 171lpm
- Radiografía de tórax AP y L: no condensaciones, no derrames
- TC craneal: Estudio sin hallazgos patológicos
- Analítica: glucosa 152 mg/dL , urea 50 mg/dL, creatinina 1,73 mg/dL , bilirrubina total 0,31 mg/dL, GOT 60U/L, GPT 46 U/L, CPK 821 U/L, sodio 141 mmol/L, potasio 5,9 mmol/L, cloro 108 mmol/L, calcio 9,98 mg/dL, magnesio 2,08 mg/dL, TROPONINA-T ultrasensible 681,0 ng/L, NT pro BNP 45 pg/mL, PCR 0.08mg/dL, leucocitos 11,0 x 10^9/L, neutrofilos 6,0 x 10^9/L, hemoglobina 14,9 gr/dL, plaquetas 255 x 10^9/L, índice de Quick 85%, INE 1.11, TTPA 27.5seg, dímero-D 6.98mg/L. Sedimento de orina y drogas en orina negativos.
- Gasometría arterial: pH 7.203, pO2 280mmHg, pCO2 55.5mmHg, cHCO3 21.8 mmol/L, lactato 3.3 mmol/L

EVOLUCIÓN

A la llegada del SAMU, paciente con Glasgow 4-5, taquicardia supraventricular a 200lpm. Administran metoclopramida, midazolam, rocuronio, fentanilo previo intubar. Le administran adenosina, posteriormente cardiovierte eléctricamente con 140J. En urgencias, paciente intubado con taquicardia supraventricular a 170lpm. Administramos 300mg de amiodarona. Avisamos a UCI y pediatría. Se coloca sonda nasogástrica y sondaje vesical. Se administran 105 mg de midazolam, paracetamol y 20 mg de propofol. Pasamos 500ML de SF y dejamos fluidoterapia a 125 ml/h. Se deriva al paciente a UCI de adultos.

Al ingreso en UCI se pauta antibioterapia con meropenem y linezolid, se inicia fluidoterapia y noradrenalina. Se asocia vasopresina y corticoides a dosis de shock séptico, con necesidad de incremento hasta dosis máximas (0,03 UI/min) por persistencia de hipotensión y elevación de lactato. Evolución a síndrome de disfunción multiorgánica, con empeoramiento de

la función hepática, FRA KDIGO 3, coagulopatía y trombopenia. Progresión de fallo hepático, con hipoglucemia que requiere administración de soluciones glucosadas, aumento de la bilirrubina y de las transaminasas. Plaquetopenia (27000/mm3) en probable relación con circulación extracorpórea. Fibrinógeno 157 mg/dl. Índice de Quick 11%, INR 6,35. Se transfunden 2 UPFC y se administran 2 g de fibrinógeno. Lactato en ascenso (11,2 mmol/L). Se realiza TAC craneal que no muestra hemorragia intracraneal ni evidencia de lesión isquémica aguda u otras alteraciones significativas estructurales. Se deriva al paciente a la UCI de un Hospital con unidad Hepato-bilio-pancreática.

CONCLUSIONES

El golpe de calor es la hipertermia que se acompaña de una respuesta inflamatoria sistémica que produce disfunción multiorgánica y, puede provocar la muerte. Los síntomas incluyen temperatura > 40° C y alteración del estado mental; la sudoración puede estar ausente o presente. El diagnóstico es clínico. El tratamiento incluye un enfriamiento externo rápido, reposición de líquidos intravenosos y el apoyo necesario por las insuficiencias orgánicas.

BIBLIOGRAFIA
1. Vaidyanathan A, Malilay J, Schramm P: Heat-related deaths—United States, 2004–2018. MMWR 69(24);729-734, 2020.
2. Khatana SAM, Werner RM, Groenveld PW: Association of extreme heat with all-cause mortality in the contiguous US, 2008-2017. JAMA Netw Open 5(5):e2212957, 2022. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.12957

P. #1400

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: LO QUE LA VERDAD ESCONDE

Juana Beteta Moya, María Dolores Fontecha Olid, María Luisa Aguayo Ocaña
U.G.C. Urgencias. Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 53 años, antecedente de HTA y Trastorno Depresivo. Fumador activo de 20 cigarrillos/día.
Trasladado al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital tras sufrir en su domicilio, encontrándose en bipedestación, episodio presincopal con caída al suelo, en el contexto de cuadro de malestar centrotorácico inespecífico y sudoración profusa, sin otra sintomatología acompañante. Recuperación espontanea.
Atendido inicialmente por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria, le administran 300 mg de Ácido Acetilsalicílico vía oral y Diazepam 10 mg intravenoso ante estado de ansiedad, e inician tratamiento con sueroterapia por cifras límites de Tensión Arterial (TA): 100/60 mmHg,
Aportan Electrocardiograma sin evidencia de alteraciones agudas de la conducción ni repolarización.
A su llegada el paciente refiere encontrarse asintomático. Estable hemodinámicamente: TA tomada en miembro superior izquierdo 141/88 mmHg. Algo bradipsiquico y con tendencia al sueño, achacable al Diazepam administrado. Llama la atención a la exploración, la posición de su columna cervical en la camilla, rotada lateralmente hacia la izquierda. Se interroga por ello al paciente, quien afirma que es debida a una postura antiálgica, pues presenta leve dolor a dicho nivel, que atribuye a su caída. Cuando se procede a la exploración de la misma, no es palpable el pulso carotideo derecho, tampoco el pulso humeral ni radial del miembro superior derecho, siendo la tensión arterial indetectable en éste. Resto de exploración sin hallazgos destacables, incluida la auscultación cardiorespiratoria.
Ante ello y alta sospecha clínica de Síndrome Aórtico Agudo, se solicita estudio radiológico, TC sin y con contraste intravenoso y Angio-TC de Tórax, confirmándose la presencia de Disección de Aorta Tipo Stanford A,extendiéndose hasta tronco braquiocefálico derecho con origen de arteria carótida derecha en luz falsa.
Se contacta con el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital de Referencia y se procede a su traslado para intervención quirúrgica, la cual resulta satisfactoria.
El paciente fallece 4 días después en UCI: Infarto Extenso establecido en territorio de Arteria Cerebral Media Derecha y Arteria Cerebral Anterior Derecha e Izquierda con signos de Herniación Subfalcina y Uncal. Muerte encefálica.

CONCLUSIONES

El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad.
Su diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico.
Es importante identificar los signos y síntomas de la enfermedad.
El dolor está presente en el 96% de los SAA. Es brusco, intenso, con frecuencia lancinante, localizado en región centrotorácica, si

está afectada la aorta ascendente, o en región interescapular, si está afectada la descendente. Puede ser migratorio o irradiarse a mandíbula, epigastrio, región lumbar o extremidades inferiores.
La presentación inicial con síncope es relativamente frecuente (>10%), así como la clínica neurológica (6%), añadiendo esta última severidad al cuadro.
Los antecedentes clínicos son importantes para su sospecha, el 75% de los pacientes son hipertensos.
En la exploración física puede evidenciarse hipotensión severa o shock en el 15% de los casos, soplo de regurgitación aórtica en el 40% de las disecciones tipo A y déficit de pulsos en el 20% de los SAA.
En el caso de los SAA con afectación de troncos braquiocefálicos son típicas las diferencias de presión entre extremidades superiores y, en el caso de sospecha es obligado su registro.
La presencia de complicaciones como el compromiso de la circulación cerebral, implican muy mal pronóstico.
En más del 30% de los pacientes diagnosticados finalmente de SAA se sospechan inicialmente otras enfermedades: síndrome coronario agudo, pericarditis, embolismo pulmonar o enfermedad osteoarticular de columna. Uno de los errores diagnósticos más trascendentes es confundir la disección de aorta con un Síndrome Coronario Agudo, sobre todo si se indica tratamiento trombolítico.

P. #1450

QUE FUE PRIMERO EL HUEVO O LA GALLINA

Fernando Paulino Ortiz[1], Jaime Almendros Camacho[1], María Mercedes Paulino Ortiz[2], Paola Elena Sibila Silva[1], Ángela Lara López[1], Jesús Ortiz Molina[1]

1. HGU Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España
2. Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de 70 años con múltiples antecedentes (HTA, Nefrológicos y Neurológicos) que es derivada desde Nefrología, al advertir una FC de 160.
A su llegada al Servicio de Urgencias es pasada al Box Vital, donde con una breve anamnesis indica que la noche previa ha presentado dos episodios de mareo tipo inestabilidad sin pérdida de consciencia y sin sensación de palpitaciones asociada. La paciente niega fiebre, síntomas respiratorios, urinarios, digestivos o de insuficiencia cardiaca. Tras su monitorización evidenciamos tendencia a la hipotensión (102/57) y una FC de160. En la exploración física la paciente se encuentra consciente y orientada, aunque con una leve tendencia a la somnolencia y debilidad, leves signos de hipoperfusión y con una impresión general que sugiere una situación clínica potencialmente grave. En la exploración cardio-respiratoria solo destaca una taquicardia con ritmo irregular.
En el ECG realizado, se evidencia una taquicardia de QRS estrecho a 160 lpm e irregular compatible con una Fibrilación Auricular. Se trata de un primer episodio y por ello se inicia vía subcutánea, Enoxaparina a dosis de 1mg/Kg, en previsión de una posible necesidad de cardioversión emergente.
Es en este punto, y ante una situación de inestabilidad hemodinámica, es cuando el/la médico/a (todavía a la espera de resultados) debe iniciar la toma de decisiones para adoptar medidas inmediatas. Los algoritmos de decisión (Europeos y Americanos) indican con alto nivel de recomendación, que los pacientes inestables se benefician de una cardioversión eléctrica.
Sin embargo, ante dicha situación clínica debemos pensar que puede existir una causa desencadenante de dicha arritmia, que de ser tratado mejoraría directamente la clínica cardiovascular. Es decir, tratamos directamente la arritmia porque es el origen de la descompensación cardiovascular, o dicha arritmia es solo una expresión clínica más de una entidad patológica subyacente. Es en esta balanza de pros y contras es donde reside el potencial docente de este caso clínico.
En un ejercicio de contención (en lo que a una cardioversión eléctrica se refiere) y reflexión rápida, se adoptó la decisión de iniciar fluidoterapia, bajo la hipótesis de que dicha hipotensión era el desencadenante fundamental de la arritmia (tratándose de un primer episodio) y que la sintomatología referida por la paciente no se correspondía con la fibrilación auricular.
Finalmente y tras iniciar la administración de 750cc iv de SSF, en el monitor se aprecia un descenso progresivo de la frecuencia cardíaca con cardioversión espontanea a ritmo sinusal alternado con un ritmo de la unión (ya conocido en los antecedentes personales) con frecuencia cardiaca de 70lpm, a la vez que las cifras tensionales se normalizaban.

Posteriormente y con los estudios complementarios ya disponibles el diagnóstico sugería una neumonía covid como primera opción diagnóstica, y dicho episodio de fibrilación catalogado como secundario a la hipotensión.

CONCLUSIONES

Se trata de una situación clínica habitual y con el que queremos explorar:

- La toma de decisiones sobre el tratamiento de las arritmias, que si bien son una entidad patológica per se, pueden ser un síntoma añadido en situaciones como sepsis (tan común en nuestro medio).
- Invitar con ello a no reducir el tratamiento de la Fibrilación Auricular al control de frecuencia o de ritmo.
- Profundizar en la sintomatología que está directamente relacionada con las arritmias, y al concepto de inestabilidad hemodinámica que determina su esquema de tratamiento.
- La pregunta hipotética de que hubiera ocurrido con esta paciente si hubiéramos optado por la cardioversión eléctrica (apoyada por los algoritmos antes mencionados).
- La pregunta, de si este episodio de FA justifica la anticoagulación permanente de nuestra paciente.

P. #1462

HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA A OXIMETAZOLINA

Francisco Martínez De Gea, Laura Martínez Honguero
Hospital Rafael Méndez, Lorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 23 años, que acude al SUH por malestar general, pletora facial y cifras de tensión arterial elevadas (193/139 mmHg). La paciente se encuentra en seguimiento por cardiología y nefrología de su hospital de referencia. Estudios analíticos y cardiológicos normales. En tratamiento actualmente con amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida con mal control de cifras de tensión arterial. Indicación de capotopril a demanda en domicilio en caso de TAS > 160 mmHg y TAD > 90 mmHg. Tras toma de fármaco y persistencia de cifras de tensión arterial elevada acude a nuestro SUH.
CyO, BEG, normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo. Afebril.
AC: Rítmico sin soplos.
AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.
NEURO: CyO en persona, tiempo y espacio. Lenguaje fluente sin elementos afásicos ni disartria. Obedece órdenes. Pupilas isocóricas y normorreactivas, movilidad ocular conservada. Pares craneales centrados y simétricos. No focalidad neurológica.
Miembros inferiores: no edemas, ausencias de signos TVP.
EKG: Ritmo sinusal a 95 lpm, PR 0.15, QRSE sin alteraciones en la repolarizacion.
Rx de tórax: ICT dentro de la normalidad, no infiltrados ni derrames. No condensaciones.
Analítica: Hb 13 mg/dl, leucocitos 4287 x mm3, plaquetas 254.700 x mm3, troponina I < 0.03 ng/dl, resto normal.
Durante su estancia en urgencias en observación pendiente de pruebas complementarias, tratamiento y evolución de la paciente, se observa el uso de hasta 3 veces de spray nasal de oximetazolina.
Se pregunta a la paciente por su uso, la cual comenta que lleva usándolo de forma ininterrumpida mas de un años con una media de 4 a 56 aplicaciones por día.
Se revisa ficha técnica del fármaco, donde destaca entre los posibles efectos adversos: Taquicardia, palpitaciones, aumento de la tensión arterial. Dolor de cabeza, náuseas, exantema (enrojecimiento de la piel).
Tras control de las cifras de la tensión arterial, se derivo a seguimiento por parte de su Médico de Familia y Salud Mental, para abandono del uso continuado de oximetazolina, encontrándose la paciente actuablemente con buen control de cifras de tensión arterial en monoterapia con Valsartan 80 mg

CONCLUSIONES

La oximetazolina es un medicamento que pertenece al grupo de los medicamentos denominados simpaticomiméticos. Es un medicamento descongestivo nasal, se administrada por la nariz, produce constricción de los vasos sanguíneos a nivel local descongestionando la mucosa nasal.
La dosis recomendada es de 1 pulsación en cada orificio nasal 2

veces al día como máximo con un máximo de 3 días.
La aplicación de dosis excesivas o muy continuadas, produce entre otras cosas dolor de cabeza, temblores, insomnio, sudoración excesiva, palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial o alteraciones del sueño.
Los efectos tóxicos se deben a la estimulación de los receptores centrales alfa-2-adrenérgicos.
Medicamento altamente tóxico
Medicamento altamente tóxico a nivel cardiovascular: pudiendo producir taquicardia e hipertensión (que puede ser intensa).
Pueden acabar produciendo adicción a la oximetazolina con el uso de sprays nasales en pacientes con rinitis y congestión con obstrucción de las vías nasales, que utilizan este tipo de productos para mejora la insuficiencia respiratoria nasal. En una primera fase, el individuo acostumbra a consultar a su médico sobre el tratamiento adecuado para patología. Posteriormente el paciente deciden automedicarse al ser medicamentos que no precisan de receta medica con la generación efectos secundario descritos.

P. #1477

CUANDO LOS RIÑONES INFLAMAN Y EL CUERPO COLAPSA: SHOCK DISTRIBUTIVO EN UNA PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA

Sara Pérez Cruz, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Aurora Navarro Regi, Paula Romero Gallardo, Ángel Julián Iglesias Merchan, Enmanuel Chirino

Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 34 años con antecedentes de anemia ferropénica secundario a menorrea en tratamiento con hierro oral de forma discontinusin. Acude al servicio de urgencias por lumbalgia derecha de características mecánicas e irradiada a hipogastrio de 5 días de evolución, asociado a fiebre de 40°C en las últimas 72h sin respuesta a antipiréticos. Niega síndrome miccional, cólicos renoureterales o infecciones de orina de repetición.
A la exploración general destaca palidez mucocutánea, relleno capilar > 3 segundos e hipotensión (TA 90/50mmHg con taquicardia a 153lpm) y temperatura 40'1°C. En la exploración abdominal presenta dolor a la palpación superficial en hipogastrio sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal derecha positiva.
En analítica sanguínea destaca PCR 228mg/L; Leucocitos 6.89x10^3/mcL (Neutrófilos 82,6%); procalcitonina 0'35 ng/mL. Función renal conservada con coagulopatía (I.Quick 57%). Anemia severa (Hb 7.30 g/dL). Uroanálisis con leucocituria, bacteriuria y hematuria. Test de embarazo negativo
Ante sospecha de sepsis de probable origen urinario se inicia cobertura antibiótica precoz con Ceftriaxona 2gr, trasfusión de dos concentrados de hematíes y sueroterapia con cristaloides intensiva ajustada a peso. Previa toma de muestras microbiológicas.
A las 12h presenta empeoramiento clínico con anuria, inestabilidad hemodinámica (TA 80/43mmHg, FC 173lpm) pese a sueroterapia intensiva (2500 ml hasta el momento), disnea y ligeros edemas bimaleolar. En analítica de control se objetiva empeoramiento de reactantes de fase aguda (PCR 387 mg/L; Procalcitonina 39 ng/mL) y coagulopatía (I. Quick 48%). Persiste anemia severa (Hb 8,7 mg/dL) sin deterioro de la función renal. Se realiza ecografía a pie de cama objetivándose hidronefrosis grado III derecha con imágenes hiperecogénicas mal delimitadas y áreas hipoecoicas sugestivas de absceso renal, así como ausencia de colapso de vena cava superior.
Se solicita TC abdominal que confirma pielonefritis xantogranulomatosa complicada con absceso en el polo inferior, litiasis coraliforme e hidronefrosis grado IV/IV, y en cortes torácicos signos de congestión pulmonar y derrame pleural bilateral secundario a sobrecarga hídrica.
Se retira sueroterapia con hipotensión arterial permisiva en paciente joven e hipotensión basal y bien tolerada con adecuadas diuresis horarias durante su observación. Se hace escalada de antibiótico a Meropenem 1gr. Se corrige coagulopatía con Vitamina K oral y se realiza transfusión de concentrado de hematíes. Se realiza interconsulta a Urología de guardia.
Durante el ingreso, asumiendo sepsis de origen abdominal en

probable contexto renal por pielonefritis xantogranulomatosa asociado a litiasis coraliforme y derrame pleural bilateral se realiza nefrostomía percutánea con drenaje del absceso en el grupo calicial inferior por parte de urología, logrando mejoría clínica progresiva en las siguientes 72h.
Los resultados microbiológicos en 48h son: E. coli + Proteus Mirabilis multisensibles. Ante mejoría clínica y analítica la paciente es dada de alta con antibioterapia oral y se incluye en lista de espera quirúrgica para nefrectomía derecha.

CONCLUSIONES

La pielonefritis xantogranulomatosa es una patología infrecuente y destructiva del parénquima renal, generalmente asociada a litiasis coraliforme y obstrucción crónica, que, en algunos casos, no se traduce en alteraciones relevantes de los parámetros funcionales renales, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Así mismo, la rápida progresión a sepsis severa resalta la importancia del diagnóstico precoz y un manejo oportuno.
En este caso clínico, la ecografía clínica desempeñó un papel fundamental para establecer el diagnóstico. La ecografía abdominal permitió identificar alteraciones morfológicas renales sugestivas de la patología subyacente, orientando hacia una etiología específica. Adicionalmente, se utilizó como herramienta para evaluar el estado del volumen circulatorio, identificando signos de sobrecarga hídrica en un paciente con shock distributivo, a pesar de la administración de sueroterapia ajustada al peso. Este enfoque integral permitió la adaptación precisa de las medidas terapéuticas, minimizando el riesgo de iatrogenia y optimizando el manejo clínico.

P. #1489

CARDIOMIOPATÍA DE TAKO-TSUBO

Javier Ordovás Sánchez, Helena Mora Martínez, María Del Carmen Orts Cansino, Marta Castejón Rabinad, Marta Morera Harto, Marta Casaus Mairal
SALUD, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

- Anamnesis:
Mujer de 61 años, sin antecedentes médicos ni alergias conocidas hasta el momento, acude a urgencias por sensación constante de presión en cuello. Refiere inicio del cuadro la pasada noche sobre las 20:30. Comenzó con opresión centrotorácica irradiada a cuello; tomó analgesia y cedió la molestia torácica, pero se mantuvo la presión en el cuello. Al no ceder decide acudir a urgencias sobre las 10:00 de la mañana. Niega fiebre o cuadro catarral previo. No disnea ni palpitaciones. No cortejo vegetativo acompañante.
A su llegada a urgencias se realiza electrocardiograma (ECG) donde se aprecia elevación del segmento ST en derivaciones precordiales, por lo que avisan desde triaje para valoración. Se decide pasar a la paciente a boxes de vitales y se activa código infarto ante la sospecha de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).
- Exploración física:
Constantes: Tensión Arterial (TA) 117/75, Frecuencia Cardiaca 75 latidos por minuto (lpm), Saturación de Oxígeno 98%, Temperatura (T) 36.7°C.
Paciente consciente y orientada, eupneica en reposo, colaboradora. Normohidratada y normocoloreada. No ingurgitación yugular.
Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, soplo sistólico en mesocardio. Normoventilación en todos los campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos.
Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP.
Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin palparse masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo presente.
- Pruebas complementarias:
Se solicita analítica sanguínea (AS) completa, radiografía de tórax, en la cual no se ven alteraciones agudas, y ecocardiograma a pie de cama, donde se aprecia aquinesia septoapical y leve disfunción diastólica, sin otras alteraciones de interés. En la AS solo se destaca elevación de Troponina T Ultrasensible a un valor de 588.
- Tratamiento:
Se administra Ácido Acetilsalicílico (AAS) 300 mg y Ticagrelor 180 mg y la paciente sube a la sala de hemodinámica para cateterismo cardíaco urgente. En dicha prueba no se observan lesiones significativas en arterias coronarias.
Después queda ingresada en Cardiología, donde se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cardíaca con resultados concordantes con síndrome de Tako-Tsubo. También se solicitan catecolaminas en orina que son positivas.
El cuadro es catalogado como Cardiomiopatía de Tako-Tsubo y, tras buena evolución clínica, la paciente es dada de alta.

CONCLUSIONES

- Recalcar la importancia de realizar un ECG lo más pronto posible en aquellos pacientes cuya clínica pueda sugerir problemas cardíacos.
- Ante un paciente con alteraciones en ECG y clínica compatibles con síndrome coronario agudo se debe realizar cateterismo cardíaco para descartar lesiones coronarias.

P. #1490

TOBRAMICINA E INSUFICIENCIA RENAL: PELIGRO ELECTROQUÍMICO

María Cardells Peris, Andrea Cantos López, Gema Patricia Checa De La Cruz, Ivan zhelyazkov Gelenchev, Empar Benavent giménez, María Teresa Benavent Company

Hospital Francisco de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al servicio de urgencias hospitalario terciario, un varón de 76 años, que entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial, dislipemia, antecedentes de infarto agudo de miocardio Killip III con enfermedad de tres vasos. A nivel oncológico destaca: neoplasia de sigma, con reconstrucción de Hartmann. Adenocarcinoma de recto, adenocarcinoma de próstata tratada con radioterapia y cáncer de vejiga intervenido en cuatro ocasiones. Leucemia linfática crónica estadio C. El último control por hematología es de cinco días anteriores, donde destaca creatinina de 1,68 mg/dL, potasio 5,68 mmol/L, urea 93 mg/dL, destacando sintomatología miccional y diarrea pastosa. Le administran tobramiacina 300 mg intramuscular, y amikacina 1 g, junto con inmunoglobulinas, aciclovir y sulfametoxazol/trimetoprima profiláctica.

Refiere debilidad de miembros inferiores desde hace 12 horas, que le imposibilita la bipedestación y la movilidad, niega palpitaciones y dolor torácico. A su llegada tensión arterial de 119/79 mmHg, frecuencia cardiaca 60 latidos/min. Se realiza electrocardiograma a su llegada dónde se evidencia taquicardia ventricular de QRS ancho y regular. Tras valoración médica de triaje, pasa a box de reanimación donde se aprecia a la exploración física mal aspecto general con palidez cutánea, y aspecto caquéctico, relleno capilar alargado. A la auscultación cardiaca se aprecia taquiarritmia, a nivel pulmonar no se aprecia ruidos sobreañadidos. A nivel abdominal la colostomía permeable, sin alteraciones reseñables, a nivel de los miembros pulsos presentes y simétricos. Inicialmente se le administra 300 mg de amiodarona, durante su administración el paciente muestra inestabilidad precisando sedación y cardioversión eléctrica (CVE) con 150 J, siendo inefectiva. Tras la primera CVE se obtiene los resultados de la gasometría venosa donde se aprecia pH venoso 7,187, bicarbonato de 15,3 mmol/L, anión gap 20,90 mEq/L. potasio 9,73 mmol/L. Se le administra gluconato cálcico y bicarbonato 1/6 molar, y se contacta con la unidad de cuidados intensivos. A los 15 minutos de la llegada del paciente al servicio, el paciente presenta actividad eléctrica sin pulso, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar, administrándose tres ciclos de adrenalina. Se canaliza vía venosa central, en ese momento se obtiene la bioquímica donde se aprecia creatinina de 3,11 mg/dL, urea 158 mg/dL, glucemia 143mg/dL, el resto de los parámetros sin alteraciones reseñables. Se inicia bomba de perfusión de insulina 50 UI en 250 mL en glucosado al 10 %, pese a medidas de reanimación avanzadas, tres ciclos de adrenalinas y dada la poca respuesta y los antecedentes del paciente se decide no continuar con la reanimación cardiopulmonar.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra como la tobramicina pudo agravar la insuficiencia renal y elevando los niveles de creatinina, urea y potasio, junto con la deshidratación por el proceso gastrointestinal. Evocaron al paciente a una de las complicaciones más graves de la insuficiencia renal avanzada y la leucemia linfática crónica, la hiperpotasemia severa, desarrollando arritmias ventriculares potencialmente letales, como la taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y asistolia. Por ello, es esencial su identificación temprana mediante gasómetros en los boxes de reanimación, dado que la corrección temprana puede ser la clave para evitar desenlaces fatales.

P. #1492

NUNCA SABES DONDE ACABARÁ EL TROMBO

Abril Bajo Luna, Marina Mercado Casanovas, Carla Fernández Ripoll, Cristina Codina Boquet, Irene García Alonso
Hospital de Mataró, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 74 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, obesidad, insuficiencia renal crónica e hiperplasia benigna de próstata, sin alergias medicamentosas conocidas.
El cuadro clínico inicia con un episodio de opresión epigástrica irradiada a la escápula izquierda y mandíbula, autolimitado. Al día siguiente, presenta un episodio similar, más intenso y persistente, acompañado de inestabilidad cefálica, lo que motiva su ingreso a urgencias. A su llegada, presenta tensión arterial de 74/53 mmHg y frecuencia cardíaca de 40 lpm, sin signos de congestión pulmonar. Un electrocardiograma (ECG) muestra ritmo nodal, QRS estrecho y elevación del segmento ST en las caras inferior y anterior, con depresión especular en la cara lateral alta.
Ante estos hallazgos, se activa el protocolo de infarto agudo de miocardio (IAM) y el paciente es trasladado a un hospital de tercer nivel. Durante el trayecto, desarrolla un bloqueo auriculoventricular completo. A su llegada, se realiza una coronariografía por vía radial derecha, evidenciando dominancia derecha y oclusión ostial de la arteria coronaria derecha (CD). Se decide realizar una angioplastia primaria en la CD, encontrando dificultades debido a la tortuosidad arterial.
Por su inestabilidad hemodinámica, se implanta un marcapasos provisional por vía venosa femoral derecha y se administra noradrenalina. Tras la colocación de un stent farmacológico en la CD, el resultado angiográfico es favorable, logrando la recuperación de la conducción auriculoventricular y estabilización hemodinámica. El tiempo transcurrido desde el inicio del dolor hasta la reperfusión es de 241 minutos.
En el postoperatorio inmediato, el paciente inicia movilización, detectándose una leve debilidad en la pierna derecha. Se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal que revela una lesión isquémica aguda en el territorio distal de la arteria cerebral anterior izquierda, sin oclusión de grandes vasos y con perfusión normal. Neurología evalúa al paciente y establece el diagnóstico de ictus isquémico de mecanismo embólico.
El manejo del paciente se centra en la optimización hemodinámica y neurológica. Se ajusta el tratamiento antiplaquetario y anticoagulante, y se monitoriza estrechamente su evolución. Se implementan medidas de rehabilitación precoz y prevención secundaria, incluyendo control estricto de la presión arterial, glicemia y perfil lipídico. El paciente permanece bajo observación en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos, con evolución favorable y recuperación progresiva de la función motora.
Dado el contexto clínico, se concluye que el IAM de cara inferior y anterior con bloqueo auriculoventricular completo se asoció a un evento isquémico cerebral, probablemente de origen embólico. Se enfatiza la importancia del seguimiento

cardiológico y neurológico para reducir el riesgo de eventos recurrentes y mejorar el pronóstico funcional del paciente.

CONCLUSIONES

El paciente presentó un infarto agudo de miocardio complicado con un bloqueo auriculoventricular completo, requiriendo intervención percutánea y soporte hemodinámico. Posteriormente, sufrió un ictus isquémico de probable origen embólico. Se destaca la importancia del control riguroso de los factores de riesgo cardiovascular y el seguimiento multidisciplinario para prevenir futuras complicaciones.

P. #1495

DO I WANNA KNOW?

Abel Varela Herrero, Daniel Puente López, Irene Mate Martín, Paula Fernández De La Mata, Raquel García González, Saúl Escudero Álvarez

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

-Anamnesis: mujer de 91 años que acude a urgencias por dolor centrotorácico irradiado hacia cuello y abdomen de 5 horas de evolución. Asocia palpitaciones, mareo y sudoración.
-Antecedentes patológicos: Hipertension y dislipemia en tratamiento. Trasplante de riñón hace 18 años.
-Exploración física: consciente, orientada y abordable, buen estado general; auscultación cardíaca: ritmo irregular a unos 130 latidos por minuto. Sin alteraciones en el resto de la exploración. Tensión arterial a su llegada: 70/45.
-Pruebas complementarias: electrocardiograma (ECG); arritmia completa por fibrilación auricular (FA), con complejo qrs ancho, hemibloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo.
Radiografía de tórax: sin alteraciones significativas.
Bioquímica sanguínea: proBNP de 2350. Seriación de troponina a su llegada 22.7, a la hora 33.6 y a las 3 horas 74.1.
Durante su estancia en urgencias se coloca un dispositivo de monitorización cardíaca continua y se pauta tratamiento para control de frecuencia cardiaca con digoxina de 250 mcg/ml, más 500 mL de suero salino al 0.9%. A la hora de su llegada, se comprueba que la paciente se encuentra en ritmo sinusal, a unos 56 latidos por minuto. Se revisa monitorización y se objetivan dos rachas autolimitadas de 2 segundos de duración de taquicardia ventricular polimorfa compatible con torsadas de puntas, por lo que se avisa al cardiólogo de guardia.
Valoración por cardiología: ecocardiograma transtorácico con hipertrofia de ventrículo izquierdo con fracción de eyección ventrículo izquierdo conservada. Insuficiencia aórtica y tricuspídea moderadas.
Tras el episodio se midió se amplía analítica con la concentración de calcio, magnesio y proteínas totales en sangre junto a la tercera troponina, con unos niveles bajos de magnesio (1.6 mg/dl). Límite inferior en nuestro laboratorio en 1.9 mg/dl.
Tras estos resultados se administró una ampolla de sulfato de magnesio IV diluida en 100 ml de suero glucosado al 5% perfundida de manera lenta.
Se repitió una analítica completa 4 horas más tarde de la perfusión sin más eventos cardiogénicos de por medio, habiéndose corregido la hipomagnesemia.
En ningún momento la paciente refirió dolor ni palpitaciones ni notó ningún síntoma anómalo durante su estancia en urgencias
La paciente con un valor en la escala de CHA2DS2-VASc de 4 puntos, fue dada de alta del servicio de urgencias con tratamiento anticoagulante oral.

CONCLUSIONES

Es importante el estudio urgente de un dolor torácico en una persona con factores de riesgo cardiovascular,

independientemente de su historia cardíaca. Además, una correcta exploración física en manos de un profesional más una buena anamnesis ayudan a el diagnóstico y a la toma de decisiones dentro de unas urgencias cada vez más colapsadas, donde el tiempo es el recurso más valioso.
Destacar también el valor de la monitorización cardíaca continua en urgencias, donde las patologías son tan agudas y a veces fugaces permitiendo un diagnóstico más preciso.
Cada vez está tomando más importancia la medición de iones además de potasio y sodio, como son el magnesio o el cloro, pensando en ellas como una posibilidad para aumentar las posibilidades diagnóstico-terapéuticas.

P. #1514

TENGO EL CORAZÓN OCUPADO

Belén Alemán Santana[1], Héctor Cabrera Galván[2], Libertad Goya Arteaga[1], María Nayibe González Lorenzo[1]

1. HUSNC, Santa Cruz De Tenerife, España
2. SNU Los Gladiolos, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 63 años de origen boliviano con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes tipo II, con profesión de cuidadora principal de pacientes de tercera edad. Acude al SNU Los Gladiolos traída por hermana porque refiere que desde hace aproximadamente una hora comienza con sensación de palpitaciones y dolor torácico con importante astenia y mareo. No disnea. No síndrome febril. No otro cuadro concomitante. No consumo de tóxicos.
Se procede a la monitorización de la paciente donde presenta TA 80/50 mmHg, FC 185 lpm, SatO2 97% basal, afebril, glucemia de 106 mg/dl. Palidez mucocutánea y sudoración profusa. Ruidos cardiacos sin evidenciar soplos, rítmicos y con taquicardia. Murmullo vesicular conservado. Pulsos presentes en todas las extremidades. Exploración neurológica dentro de la normalidad. Abdomen sin hallazgos y sin presentar adenopatías o lesiones en piel.
Se realiza electrocardiograma evidenciando taquicardia ventricular, se procede a realizar cardioversión eléctrica previo sedoanalgesia hasta en tres ocasiones a carga máxima concomitante con sueroterapia intensiva por vía periférica; al evidenciar persistencia de la misma, se deriva a Hospital de Referencia pasando a cuidados críticos. Se administra 100 mgr de procainamida endovenosa sin éxito por lo que se inicia perfusión de procainamida (3000 mgr en 500 cc de glucosado al 5% a 10 ml/h, consiguiendo ritmo sinusal. En las pruebas complementarias: analítica dentro de la normalidad, radiografía de tórax sin hallazgos relevantes, tóxicos en orina negativos y en ecocardiograma se evidencia leve acinesia de ápex. Durante el ingreso en el Servicio de Cardiología, paciente comenta que hace tres años estuvo de visita prolongada en Bolivia; por lo que se solicita serología y se evidencia Trypanosoma cruzi como agente causal del cuadro.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Chagas es una infección causada por el Trypanosoma Cruzi endémica de 21 países de Latinoamérica que presenta dos etapas. Del 70 al 80% de los infectados no muestran síntomas; sin embargo, entre un 20 al 30% evolucionan a cuadros crónicos con afectación cardiaca, tubo digestivo y sistema nervioso.
La fase aguda tiene un proceso de pocas semanas de duración donde los síntomas más característicos son pápulas en piel donde se introduce el parásito, edema parpebral con adenopatías satélite y cuadros inespecíficos.
En la fase crónica, alrededor de un 30% de los pacientes desarrolla daño cardiaco como miocardiopatía, arritmias, aneurismas apicales y finalmente insuficiencia cardiaca. Menos de un 10% son afectaciones digestivas.

El diagnóstico es clínico: en la fase aguda se solicita gota gruesa donde se observa su presencia así como su cuantificación y en la fase crónica, se detectan sus anticuerpos en suero.
Como conclusión, hay que destacar la importancia de una buena historia clínica, así como antecedentes y viajes o procedencia con una exploración física adecuada para poder llegar al diagnóstico y así al tratamiento oportuno.

P. #1524

SÍNDROME AÓRTICO EN EL CÓDIGO INFARTO

Inés Romero Castilla, Pilar Romero Crespo, María Ángeles Viñas Gimeno, Lorena Gil Senabre, María Jesús Ripoll Sanchis, Ana Pulido Arribas

Hospital, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que es trasladado por SAMU al Servicio de Urgencias hospitalario con activación de código Infarto.
El paciente había presentado un síncope mientras realizaba ejercicio esa mañana, asociando molestias a nivel centrotorácico de características opresivas.
A la llegada del equipo de SAMU el paciente presentaba un Glasgow de 9, palidez cutánea, diaforesis y cuadro hipotensivo. Realizan ECG donde se aprecia elevación de ST en avR con descenso generalizado por lo que con sospecha de infarto de tronco se activa Código Infarto prehospitalario, así mismo inician perfusión de noradrenalina ante inestabilidad hemodinámica y se traslada a Urgencias hospitalarias.
A su llegada al box de críticos el paciente se encuentra inquieto a nivel psicomotriz, consciente y orientado, pero con discurso incoherente, presentando Glasgow de 14 (O4V4M6)
A la auscultación cardíaca taquicárdico con murmullo vesicular conservado a la auscultación pulmonar.
Se monitoriza a la paciente, apreciándose cifras normotensivas por lo que se interrumpe la perfusión de noradrenalina.
Durante su estancia en críticos el paciente presenta nuevo deterioro del nivel de conciencia respecto a su llegada con persistencia de cuadro de agitación junto con nuevo descenso de cifras de tensión arterial.
Ante cuadro de dolor torácico con alteración neurológica asociada, se plantea descartar síndrome aórtico agudo por lo que se realiza ecocardiografía clínica a pie de cama donde se objetiva dilatación de la raíz aórtica con insuficiencia aórtica asociada, observándose flap de disección.
La realización de la ecocardiografía a pie de cama desde el Servicio de Urgencias permitió obtener una sospecha diagnóstica de Disección de Aorta, confirmándose en angioTAC posterior, donde se observó Disección de aorta tipo A, con flap proximal desde el plano valvular hasta aorta torácica distal. Extensión de la disección de hacia carótida común derecha y carótida interna derecha (nivel C2), y en lado izquierdo hacia carótida común y carótida externa.

CONCLUSIONES

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias. La amplitud de entidades causantes del mismo junto con la alta tasa de mortalidad de algunas de ellas hace necesario plantear un adecuado diagnóstico diferencial. En el caso que nos ocupa, tras los hallazgos de la anamnesis como son el dolor torácico y el síncope, junto con los de la exploración física como hipotensión mantenida y agitación con disminución del nivel de conciencia, hizo plantear Síndrome Aórtico Agudo como alternativa al Síndrome Coronario

Agudo planteado inicialmente. El uso de herramientas como la ecografía clínica ayudó a tomar decisiones para agilizar el proceso terapéutico definitivo.

P. #1552

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA SECUNDARIA A ROTURA ESPONTÁNEA DEL VELO VALVULAR MITRAL, UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Javier Cazalilla Exposito, Elena María Jiménez González, Francisco Moral Villar, Nieves Orozco Casado, Rocío Ortega Gutiérrez, Antonio Siles Vega

Hospital de alta resolución de Alcalá la Real, Alcalá La Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales:
- Hipertensión arterial: Diagnosticada hace 8 años, en tratamiento losartan/hidroclorotiazida
- Valvulopatía mitral con insuficiencia moderada por prolapso de válvula mitral: Diagnóstico de hace 10 años, con seguimiento clínico regular sin tratamiento quirúrgico.
- No antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares relevantes.
- Fumadora ocasional.

Motivo de consulta:
Paciente de 75 años que consulta el servicio de urgencias debido a la aparición súbita de disnea progresiva y sensación de opresión torácica de 4 horas de evolución.
La paciente está en seguimiento por cardiología por valvulopatía mitral, pero nunca había tenido datos de insuficiencia cardiaca ni dolor torácico. No refería síntomas catarrales ni fiebre.
Signos Vitales:
Frecuencia cardíaca: 124 lpm, ritmo regular.
Tensión arterial: 150/90 mmHg.
Frecuencia respiratoria: 28 rpm.
Saturación de oxígeno: 88% en aire ambiente.
Temperatura: 36.8°C.
Inspección:
La paciente se encuentra en notable dificultad respiratoria, con uso de músculos accesorios.
Cianosis periférica y diaforesis.
Pulsos periféricos disminuidos y piel fría.
ACR: se auscultan soplo sistólico en foco mitral que se irradia hacia axila y carótidas; también soplo diastólico en foco mitral
Pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes bilaterales en las bases en lóbulos inferiores; presenta hiperventilación en base derecha.
Exploración neurológica:
Estado de conciencia conservado, Glasgow 15.
Pruebas Complementarias:
Electrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal a 130 lpm. No se observan signos de isquemia.
Radiografía de tórax: edema intersticial con consolidaciones parcheadas algodonosas; derrame pleural derecho; ICT normal
En analítica sanguínea presenta elevación del proBNP (5000) y Tn1 en 50, siendo poco probable la isquemia aguda.
Tratamiento Inicial:
Oxígenoterapia mediante mascarilla con reservorio al 100%,
Furosemida 40 mg IV en bolo.
Perfusión de nitroglicerina IV.
Morfina 5 mg diluidos en bolo IV.
La paciente presenta una mejoría clínica inicial, con reducción

de la disnea y estabilización hemodinámica. Dada su condición grave, se decide trasladarla en UVI móvil medicalizada a nuestro hospital de referencia para una valoración por parte de cardiología.
Se realiza ecocardiograma con los siguientes resultados:
Hipertrofia ventricular izquierda moderada.
Dilatación de la aurícula izquierda.
Prolapso de válvula mitral con rotura de cuerda tendinosa posterior, provocando regurgitación mitral severa.
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada.
La paciente fue monitorizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se mantuvo en tratamiento con soporte ventilatorio no invasivo con presión positiva, mejorando gradualmente su saturación de oxígeno.
Se realiza coronariografía urgente, descartándose lesiones vasculares significativas y origen isquémico de la lesión.
Se indica cirugía de reemplazo valvular mitral urgente debido a la rotura de la cuerda tendinosa, la insuficiencia mitral severa.
La cirugía se realizó sin complicaciones, sustituyendo la válvula mitral por una prótesis metálica.
Tras 48 horas de vigilancia postquirúrgica, la paciente fue trasladada a planta de cardiología. Se inicia tratamiento con antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM), ISGLT2, sacubitrilo/valsartán, betabloqueantes y anticoagulación, en principio con heparina y posteriormente con sintrom.
La paciente evolucionó favorablemente con una mejoría significativa en su capacidad funcional y continuó su seguimiento en consultas de cardiología.

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una condición clínica compleja que se caracteriza por la incapacidad de mantener un gasto cardiaco adecuado para satisfacer las necesidades del organismo.
Ante un deterioro rápido del paciente y un soplo de nueva aparición siempre debemos sospechar afectación valvular.
La principal causa de insuficiencia mitral aguda es isquémica como complicación de un IAM, siendo la rotura espontánea algo anecdótico. Sin embargo, lo debemos tener en cuenta sobre todo en pacientes que presentan una valvulopatía previa por prolapso mitral.

P. #1554

¿TRATAMIENTO O INTOXICACIÓN?

Yago Muñecas Cuesta[1], Juan Less González[2], Mónica Coll Hernández[2], Jorge Muñecas Ramírez[3], Daniel Martínez Jiménez[2], Ainhoa Pérez García[4]

1. GUETS, Toledo, España
2. SUMMA112, Madrid, España
3. Hospital de Getafe, Getafe, España
4. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años con antecedentes VIH, Virus hepatítis C con carga viral indetectables, ex adicto a heroína y alcohol, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y obesidad. Hace 8 días, fué atendido en centro hospitalario por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y conducción aberrante con bloqueo completo de rama derecha, tras cardioversión eléctrica exitosa, indican al paciente tratamiento con apixaban 10 mg, flecainida 100 mg y bisoprolol 2,5mg.
Nos avisan del centro coordinador, por paciente con taquicardia con QRS ancho tras valoración por atención primaria. A nuestra llegada, paciente inicialmente obnubilado, normocoloreado, pulso carotídeo presente y relleno capilar enlentecido. Refieren que ha sufrido un síncope secundario a taquicardia QRS ancho de 150 lpm. En el momento de la asistencia frecuencia cardiaca: 160-180 lpm con signos de inestabilidad hemodinámica. No refiere dolor torácico y presenta disnea moderada. Saturación: 92%. Tras sedación con propofol y analgesia con fentanilo, se realiza cardioversión eléctrica una sola descarga de 50 julios, resultando exitosa. Tras la descarga presenta un cuadro de hipotensión 65/36, iniciando perfusión de noradrenalina a 2 mcg/kg/min y es trasladada a centro hospitalario en SVA.
A su llegada a puerta de urgencias presenta tensión 130/70. En gasometría presenta acidosis metabólica, lactato de 3,8 y potasio de 5,7. Inician tratamiento con furosemida y gluconato cálcico, retirando la noradrenalina.
Seguido por unidad de arritmias, presenta un flutter conducido con aberrancia, repitiendo una nueva cardioversión, que resulta inefectiva y queda en tratamiento con bisoprolol, hemodinámicamente estable y con frecuencias en torno a 100 lpm.

CONCLUSIONES

La flecainida es un antiarrítmico que actúa bloqueando los canales de sodio durante la fase 0 del potencial de acción, retardando la conducción cardiaca y disminuyendo la contractilidad. Esto se refleja en el ECG de superficie con un marcado ensanchamiento del QRS principalmente, y en una prolongación de los intervalos QT y PR. De todo ello deriva el espectro de toxicidad cardiaca que incluye bradicardia, bloqueo A-V, taquicardia ventri-
cular polimorfa, fibrilación ventricular, asistolia y disociación electromecánica.
La intoxicación por este fármaco es muy infrecuente, con un inicio de acción rápido en forma de hipotensión y arritmias cardiacas

y una alta mortalidad. La flecainida se elimina principalmente por el hígado a una velocidad relativamente alta (5,6 ml/kg/min),pero debido a su alto volumen de distribución (9 litros/kg) tiene una prolongada vida en el plasma. La semivida terminal de la flecainida oscila entre 12 y 30 horas, mientras que la duración de sus efectos antiarrítmicos se prolonga hasta 1-2 días. No existe antídoto y su tratamiento está basado en la experiencia de los escasos casos descritos.

El tratamiento de apoyo incluye fármacos inotrópicos, marcapasos y ventilación mecánica. Debido al elevado volumen de distribución y a la prolongada vida media, las técnicas de depuración renal poseen escasa efectividad. El by-pass cardiopulmonar ha sido usado en casos con grave compromiso hemodinámico.

Tanto la insuficiencia renal como hepática pueden alterar el metabolismo de la flecainida, lo que ocasiona acúmulo de la misma. Es recomendable no utilizar flecainida en este tipo de casos a menos que los beneficios claramente superen los riesgos de su utilización. En tales casos es indispensable la vigilancia clínica, electrocardiográfica y hemodinámica, así como la monitorización de niveles plasmáticos. También está contraindicada en pacientes con fibrilación auricular y bloqueo de rama.

P. #1557

LUMBALGIA SECUNDARIA A ANEURISMA DE AORTA. LA IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

Marta Auxiliadora Marqués Mayor[1], Marta Palmero Calvo De Mora[2]

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 58 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso, dislipémico y EPOC bronquitis crónica. Fumador activo de un paquete diario. No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés. En tratamiento domiciliario con losartán y atorvastatina.

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude a urgencias derivado por su Médico de Atención Primaria por lumbalgia de 4 días de evolución sin cambios con los movimientos ni respiración. No lo relaciona con sobreesfuerzo ni traumatismo. Niega fiebre ni otra clínica acompañante.

Tras analgesia, escasa mejoría.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A su llegada a urgencias, estable clínica y hemodinámicamente. Buenas constantes con tensión 120/90 mmHg, saturación 96% basal y frecuencia 80 lpm. A la exploración, buen estado general, consciente, orientado y colaborador. No ingurgitación yugular, ambas carótidas con latido simétrico.

Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos ni ruidos sobreañadidos, con murmullo vesicular conservado. Abdomen con masa pulsátil a nivel superior de mesogastrio. Resto de exploración anodina con puñopercusión renal bilateral ausente.

EVOLUCIÓN

En urgencias se realiza analítica sanguínea y gasometría sin ningún hallazgo reseñable. Radiografía lumbosacra en la que se objetiva una calcificación anterior a la columna, discontinua, que dibuja posible dilatación vascular aórtica.

Ante estos hallazgos, se decide realizar ecografía POCUS, en la que se visualiza un aneurisma aórtico abdominal de 40 mm a nivel infrarrenal, sin imágenes de posible complicación.

Dado los hallazgos, se avisa a cirugía vascular que decide seguimiento por su parte y valoración de intervención quirúrgica.

JUICIO CLÍNICO

Aneurisma aorta abdominal infrarrenal

CONCLUSIONES

El aneurisma de aorta abdominal es una dilatación localizada y permanente de la aorta por debilitamiento de la pared vascular. Hablamos de aneurisma cuando el diámetro está por encima de 30 mm. Es una patología de elevada morbimortalidad y prevalencia ascendente.

La ecografía abdominal es un método sensible, específico y rentable para diagnosticar esta enfermedad. Actualmente se considera un buen método de cribado. Además, permite un estrecho seguimiento, al ser una técnica fácilmente reproducible.

P. #1569

BRADICARDIA EXTREMA EN PACIENTE CON ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS

Sebastián Felipe Ipiña Vega[1], Paula San José Alonso[2], Christian Baizán Díaz[3], Jorge Gracia Ochotorena[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. 061 Cantabria, Santander, España
3. Emergencias 112 Castilla y León, Ponferrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), miocardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular persistente (FA), isquemia crónica IIB de miembros inferiores (MMII) con stent en eje iliaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, acudió a urgencias derivado desde Atención Primaria, por disnea los 3 días previos que progresivamente se volvió de mínimos esfuerzos, con empeoramiento nocturno y ortopnea, sin disnea paroxística nocturna. Asoció además oliguria con ligero aumento de perímetro abdominal, debilidad generalizada y mareos intermitentes los últimos 15 días. No fiebre, dolor torácico ni palpitaciones. Se asoció a una disminución de la ingesta de líquidos y pérdida de apetito desde el inicio del cuadro.

En el examen físico: consciente, orientado en persona, pero desorientado en tiempo y espacio. Tensión arterial 98/52 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 34 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97%. En la exploración neurológica presentó Glasgow 15, fuerza muscular disminuida en MMII (4/5), conservada en las superiores, sin signos de focalidad. Auscultación cardiopulmonar con ruidos rítmicos sin soplos e hipofonesis en ambas bases con crepitantes finos. Abdomen globuloso, blando, depresible sin masas ni megalias. Mínimos edemas maleolares bilaterales.

La analítica evidenciando alteración de los siguientes valores: creatinina 1.82 mg/dL, sodio 106 mEq/L, potasio 6.5 mEq/L, glucosa 136 mg/dl, osmolaridad plasmática 229 mOsm/kg, osmolaridad urinaria 450 mOsm/kg, sodio urinario 60 mEq/L , NT-proBNP 5531 pg/ml. La radiografía de tórax mostró ligera redistribución vascular. El electrocardiograma (ECG) evidenció ritmo nodal de escape con bradicardia a 25 lpm, intervalo PR prolongado, QRS estrecho con ondas T picudas, sin signos de isquemia aguda.

Los diagnósticos que se tuvieron en cuenta fueron hiponatremia crónica severa, fracaso renal agudo (FRA), hiperpotasemia severa, insuficiencia cardiaca (IC) congestiva y bradicardia secundaria a alteraciones iónicas.

Se trató con Atropina 0.5mg cada 3 minutos y se iniciaron medidas antipotásicas con Gluconato de calcio 10% intravenoso (iv) y 10 UI de Insulina rápida en 500ml de suero glucosado al 5% iv. Se comenzó Aleudrina en perfusión 15mL/h por FC baja, notando normalización de la FC a 50 lpm con ritmo sinusal. Se administró solución salina hipertónica al 3% iv en infusión lenta para la hiponatremia, con restricción hídrica y monitoreo estricto del sodio sérico cada 4-6 horas. No precisó soporte aminérgico.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico a pie de cama con fracción de eyección ventrículo izquierdo preservada sin otras alteraciones reseñables.

Ingresó 7 días en Unidad de Cuidados Intensivos y 10 días en Cardiología hasta resolución del cuadro, con FRA como principal desencadenante

CONCLUSIONES

Al enfrentarnos a alteraciones en el ECG, es importante recordar que las alteraciones iónicas pueden ser las responsables. La bradicardia extrema, en el contexto de un FRA, puede relacionarse a dichas alteraciones, principalmente por la incapacidad de los riñones de excretar electrolitos. La hiperpotasemia es la causa más frecuente de bradicardia en éstos pacientes, por afectar el potencial de membrana en las células del nodo sinoauricular, con un riesgo significativo de presentar arritmias letales. Es un trastorno frecuente en las urgencias de España, con una incidencia que varía entre un 3-13% de los pacientes atendidos, pudiendo asociarse en ellos algún grado de FRA en el 71%, IC en el 35% y diabetes en un 57%. Es por esto que se necesita una precisa toma de decisiones sobre su correcto manejo. En primer lugar se trató la bradicardia con Atropina y Aleudrina, sin embargo el manejo definitivo fue la corrección del potasio. El calcio iv, la insulina con glucosa y el salbutamol son los pilares de tratamientos a emplear. También están los diuréticos en pacientes no deplecionados y la hemodiálisis en casos graves en contexto de FRA.

P. #1583

MIOCARDIOPATIA ARRITMOGENICA

Iker Guariste Vilchez, Ana Lucía Rengifo Martínez, Sheila Condor Pineda, Alba Ramos García, Irati Oregi Belasutegi, Lorea Gómez Berasategui
OSI BIDASOA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

MIOCARDIOPATIA ARRITMOGENICA
Paciente de 65 años de edad con antecedente de DM tipo 2 con antidiabético oral con estudio cardiológico hace unos años sin interés por ECG morfología de BIRDHH, actualmente con antidiabéticos orales y buen control. Actividad física corredor y montañero.
Acude al servicio de urgencias tras haber haber realizado actividad física correr 10 km como lo hace habitulmente inicia con sensación de retumbar en hemitórax izquierdo asociado de sensación de mareo tras los cambios de posición
En la exploración Buen aspecto general con TA 65/35 FC 225 Sao2 99%
Resto de la exploración anodina . ECG Taquicardia de QRS ancho a 225 , se realiza CVE sin incidencias pasando a ritmo sinusal, se inicia amiodarona con mantenimiento de perfusión. Se traslada a CMI con estudio con ETT VD derecho dilatado con hipoquinesia mediopical,estenosis aortica leve . Cateterismo Ateromatosis coronaria no significativa y RMN Moderada disfunción sistólica con dilatación ventricular se sospecha displasia arritmogenica de VD por lo que se decide implantación de DAI , se inicia betabloqueantes a dosis bajas. Hasta la fecha sin nuevos episodios de arritmia.

CONCLUSIONES

La Miocardiopatía arritmogénica (MCA) es una enfermedad del músculo cardíaco. Es también una enfermedad genética.
Cuando un equipo de cardiólogos franceses identificó por primera vez la enfermedad en la década de los ´70, la llamaron Displasia arritmogénica del ventrículo derecho. («Displasia» significa "desarrollo anormal"). Por este motivo esta enfermedad también se conoce con este término. Al principio la MCA fue descrita como una enfermedad del ventrículo derecho, pero los cambios en el músculo cardíaco también pueden afectar el ventrículo izquierdo. Los avances en el diagnóstico revelan que incluso más frecuentemente afecta al ventrículo izquierdo o es biventricular.
Algunos miembros de una familia pueden estar más afectados que otros, y otros pueden no estar afectados en absoluto

P. #1609

SÍNDROME CORONARIO ALÉRGICO ¿CONOCES EL SÍNDROME DE KOUNIS?

Daniel Romero Cabrera, María Ángeles Ramírez Pérez
SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kounis (SK) se define como un síndrome coronario agudo (SCA) puede ser angina inestable, infarto agudo de miocardio o trombosis del stent en un contexto de hipersensibilidad.
De etiología multifactorial que incluyen reacciones alérgicas, en la actualidad la prevalencia mundial del síndrome es desconocida dado que es una patología con poca sospecha, de ahí que en la mayoría de casos no se diagnostique ni se aplique el tratamiento adecuado..

OBJETIVO

• Actualizar conocimientos para reconocimiento y abordaje del sindrome kounis

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica a través de los motores de búsqueda en Google Scholar y Researt Gate, se consultaron las bases de datos Pubmed, SciELO y Clinical key, Cochrane Library, utilizando el descriptor en ciencias de la salud: síndrome de Kounis, síndrome coronario alérgico, infarto anafilaxia, publicados entre los años 2019-2024 y revistas médicas científicas internacionales, con un total de 18 artículos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La mayoría de los casos publicados en la literatura son sucesos clínicos aislados describiendo múltiples causas como fármacos, picaduras de himenópteros, alimentos, mastocitosis, stents fármaco activos.
Se han descrito 3 subtipos de SK:
Tipo I (sin enfermedad coronaria previa) angina vasoespástica.
Tipo II (con enfermedad coronaria previa) rompiendo la placa de ateroma, con obstrucción de arteria coronaria.
Tipo III (pacientes con trombosis de los stents fármaco-activos)
El diagnóstico es clínico y de sospecha, apareciendo síntomas y signos sugestivos de una reacción alérgica aguda (prurito, urticaria, angioedema, disnea, estridor, broncoespasmo, dolor abdominal, vómitos, diarrea, hipotensión, etc.) coincidente con un SCA (dolor torácico de características anginosas, cortejo vegetativo) y que van precedidos de un evento capaz de producir una reacción alérgica (toma de fármacos, alimentos, picaduras de insectos, etc.) debe hacernos pensar en un SK.
Con respecto al manejo, hay que destacar que los tratamientos específicos aceptados para SCA y anafilaxia pueden presentar contraindicaciones.
Calcio-antagonistas: son los fármacos antiisquémicos de elección en el SK.

CONCLUSIONES

Actualmente no hay establecidas guías clínicas para el tratamiento del SK y el número de casos es demasiado pequeño para aportar recomendaciones definitivas al respecto. Como conclusión, una aproximación inicial debe evaluar, en primer lugar, si en el cuadro clínico predomina la reacción anafiláctica con afectación cutánea o respiratoria asociada (para la que no se pueda demorar el uso de adrenalina) o el SCA con dolor torácico persistente (para el que priorizaremos el uso de calcioantagonistas). en una relación de riesgo-beneficio asociaremos corticoides, volumen o tratamiento antiagregante. Al tratarse de un síndrome poco frecuente e infradoagnosticado son necesarios más estudios.

P. #1629

SÍNCOPE POR TAQUICARDIA VENTRICULAR SECUNDARIA A HIPOCALCEMIA

María Isabel López López, Marta Ordóñez Espinosa, Juan Melero López

Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Benalmádena, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años que acude a Urgencias por síncope, sin pródromos, en domicilio hace una hora. Niega dolor torácico, disnea o palpitaciones previos a cuadro sincopal. No cefalea ni amnesia del episodio.
Entre sus antecedentes destaca un mieloma múltiple, en seguimiento y tratamiento por Hematología. También una cardiopatía isquémica crónica, en seguimiento por Cardiología, y un implante de marcapasos bicameral debido a un bloqueo auriculo ventricular de tercer grado hace tres años.
El paciente cuenta que los días previos fue avisado por Cardiología por haber presentado una racha de taquicardia ventricular no sostenida asintomática, pautándosele carvedilol cada 12 horas que no estaba tomando debido a hipotensión secundaria. Además, por parte de Hematología, había comenzado tratamiento con bifosfonatos.
EXPLORACIÓN: Buen estado general, eupneico, consciente y orientado en las tres esferas. Tensión arterial 112/50, frecuencia cardiaca 82 latidos por minuto, saturación de oxígeno 98% basal. Auscultación cardiaca y respiratoria anodina.
Abdomen y exploración neurológica dentro de la normalidad.
Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
ELECTROCARDIOGRAMA: ritmo sinusal a 75. Bloqueo auriculo ventricular de primer grado y bloqueo completo de rama derecha (ya conocido) . No alteraciones agudas de la reporalización.
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: sin hallazgos relevantes.
ANALÍTICA DE SANGRE: destaca troponinas y dímero D dentro de la normalidad.
Hemoglobina en rango. Iones en rango excepto calcio < 5.
Al volver a historiar al paciente tras resultados de las pruebas complementarias, comenta en días previos cuadros de rigidez mandibular y parestesias en miembros inferiores.
Se inicia reposición de calcio con gluconato cálcico en perfusión así como de magnesio con sulfato de magnesios. Se comenta caso con Cardiología de Guardia que indican traslado del paciente a hospital de referencia para valoración por su parte. Se comenta con Hematología de guardia que indican suspensión del tratamiento con bifosfonatos hasta valoración por su parte en consultas externas.

CONCLUSIONES

El síncope es una entidad que puede ser producida por múltiples mecanismos. Para decantarnos por uno y otro, es necesario la realización de una historia clínica exhaustiva y una exploración física minuciosa para solicitar las pruebas complementarias

necesarias.
Si se sospecha un síncope cardiogénico, hay que prestar especial atención a los iones y los antecedentes previos.
En este caso, la hipocalcemia producida por inicio de un nuevo tratamiento con bifosfonatos, justifica la aparición de arritmias (como la taquicardia ventricular) y los cuadros de rigidez muscular y las parestesias en extremidades. Así mismo, al tratarse de una hipocalcemia grave (tanto por los niveles que presenta como por los síntomas que produce) se dicidió reponer calcio de manera intravenosa con gluconato cálcico.

P. #1637

MANEJO DEL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO EN UN PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Javier Cazalilla Expósito, Elena María Jiménez González, Francisco Moral Villar, Rocío Ortega Gutiérrez
Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real, Alcalá La Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida y dislipemia tratada con simvastatina. Acude a urgencias por inestabilidad hemodinámica, presentando bradicardia a 30 lpm, hipotensión, palidez cutánea, relleno capilar prolongado y signos de trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria. La saturación de oxígeno es del 87%.
A su ingreso, el paciente tiene la vía aérea permeable y se administra oxigenoterapia con Ventimask al 50% debido a disminución del nivel de conciencia. Se monitoriza con parches y se administra atropina en tres dosis de 1 mg sin respuesta clínica. Se inicia perfusión de isoprenalina, logrando mejoría de la frecuencia cardíaca a 50-60 lpm. Una vez estabilizado, se decide su traslado en ambulancia medicalizada a nuestro hospital de referencia.
Durante el traslado, el paciente sufre un deterioro con nueva bradicardia a 30 lpm sin respuesta al incremento de la perfusión de isoprenalina, por lo que se inicia marcapasos transcutáneo previa sedación con fentanilo y midazolam. Posteriormente, presenta deterioro del nivel de conciencia con riesgo de compromiso de la vía aérea, requiriendo ventilación con ambú en la última etapa del traslado.
Al llegar al hospital, es dirigido al box de críticos, donde se procede a la intubación orotraqueal. Posteriormente, es trasladado a la UCI para la colocación de un marcapasos temporal. Se realiza un cateterismo que confirma una lesión en la arteria coronaria derecha, por lo que se coloca un stent farmacoactivo. Evoluciona favorablemente y es trasladado a la planta de cardiología para continuar con su manejo, siendo dado de alta con ajuste de tratamiento:
- Doble antiagregación: AAS + ticagrelor
- Bisoprolol
- Losartan
- Rosuvastatina

CONCLUSIONES

El manejo del BAVC representa un desafío clínico, especialmente en escenarios de inestabilidad hemodinámica. La respuesta inicial a la atropina suele ser limitada, requiriendo soporte con fármacos cronotrópicos y, en casos refractarios, marcapasos transitorio. La presencia de una lesión coronaria subyacente resalta la importancia del abordaje intervencionista precoz.
Este caso subraya la necesidad de un abordaje rápido y coordinado en el manejo del BAVC, destacando la importancia de la monitorización continua, el uso de marcapasos transitorio y la intervención coronaria temprana para mejorar el pronóstico.

P. #1641

ISQUEMIA AGUDA DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: UN CASO DE FIBRILACIÓN AURICULAR NO CONOCIDA

Rocío Romero Fernández, Lara González Del Río
HUCA, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años que acude al servicio de urgencias debido a un dolor agudo en el miembro superior derecho (MSD) que ha persistido durante 24 horas. La paciente, con antecedentes médicos relevantes solo presenta un episodio previo de colelitiasis, niega cualquier traumatismo que pudiera haber desencadenado su condición. Durante la exploración física, se observa frialdad en el MSD, palidez y ausencia de pulso tanto en la arteria humeral como en la radial, lo que sugiere una posible isquemia.
La auscultación cardio-pulmonar revela ruidos cardíacos arrítmicos, lo que plantea la sospecha de un problema cardiovascular subyacente. Se realiza una analítica sanguínea que muestra resultados dentro de los límites normales, excepto por un D-Dímero elevado de 1633, lo que puede indicar un proceso trombótico. Un electrocardiograma (ECG) revela fibrilación auricular no conocida, lo que refuerza la sospecha de que la isquemia del MSD podría estar relacionada con un evento embólico.
Con base en la evaluación clínica y los hallazgos diagnósticos, se concluye que la paciente presenta isquemia aguda del miembro superior derecho. Se solicita una interconsulta a cirugía vascular, que decide ingresar a la paciente para realizar una tromboembolectomía humeral de urgencia. Este procedimiento tiene éxito, ya que se recuperan los pulsos a nivel humeral y radial, mejorando la perfusión del miembro afectado.
Al día siguiente, la paciente es dada de alta con un tratamiento anticoagulante inicial de heparina de bajo peso molecular (Hibor 7500 UI) durante 10 días, seguido de la sustitución por Pradaxa, un anticoagulante oral. Además, se programó una consulta con Cardiología para evaluar la necesidad de una posible cardioversión, dado el episodio de fibrilación auricular que podría haber contribuido a la formación del trombo.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de una evaluación rápida y adecuada en pacientes ancianos que presentan síntomas de isquemia, así como la necesidad de investigar y tratar condiciones subyacentes como la fibrilación auricular, que pueden tener consecuencias graves si no se manejan adecuadamente. La intervención oportuna y el manejo anticoagulante son cruciales para prevenir futuros eventos tromboembólicos y mejorar la calidad de vida de la paciente.
En conclusión, este caso clínico ilustra un episodio de isquemia aguda en un paciente anciano, destacando la relevancia de la identificación y tratamiento de arritmias cardíacas como factores de riesgo para eventos trombóticos. La atención multidisciplinaria y el seguimiento adecuado son esenciales para garantizar la recuperación y el bienestar del paciente.

P. #1659

FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA: LA IMPORTANCIA DE LA ANTICOAGULACIÓN

Berta Alonso García, Alicia Cardenas García, Clara Ponce Aceituno, Irene Serrano Pozas
Hospital General de Villalba, Villalba (madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad Actual: Mujer de 85 años, con HTA en tratamiento con, Candesartan/Hidroclorotiazida 32/12,5mg y Amlodipino 5mg, que acude al servicio de urgencias por episodios de palpitaciones recurrentes junto con hipertensión. Refiere tres episodios de palpitaciones coincidentes con hipertensión, autolimitados en las últimas semanas. Durante los episodios niega disnea, síncope, mareo o dolor torácico. Niega fiebre.
En el centro de salud han realizado estudio pero siempre ECG normales.
Exploración física: TA 185/96 mmHg; FC 82lpm; Afebril; Sat O2 98%. Consciente, alerta, orientada en las tres esferas. Buen estado general. Adecuado estado de hidratación, nutrición y perfusión. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio.
Tórax: Auscultación cardíaca taquicardica arrítmica, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos. Abdomen blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal ni masas ni megalias palpables. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. Puñopercusión renal negativa.
Extremidades: No edema ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes simétricos.
Pruebas complementarias:
Rx tórax: ICT normal. SCF libres. Mediastino e hilios pulmonares de tamaño y morfología normal. No se identifican infiltrados, condensaciones parenquimatosas ni derrame pleural. No hay signos de neumotórax. Estructuras óseas y de partes blandas visualizadas sin hallazgos destacables.
ECG a su llegada: fibrilación auricular a 150lpm; QRS estrecho; Eje normal; Sin alteraciones agudas de la repolarización
Analítica: Hemograma y bioquímica sin alteraciones; Formula leucocitaria sin alteraciones; Coagulación normal; función renal conservada con iones en rango; enzimas cardiacas en rango; proBNP normal.
Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico, función sistólica global y segmentaria normal, patrón de llenado con alteración de la relajación, cociente E/E' de 6, aurícula izquierda ligeramente dilatada, ventrículo derecho normal, válvulas mitral y aórtica normales.
Escala CHADS-VASc 4. Escala HAS-BLED 2.
Evolución:
Se administra Amlodipino 5mg y Furosemida 20mg. Se realiza ECG de control: ritmo sinusal a 59 latidos por minuto, PR normal, QRS normal, eje izquierdo, QT corregido de 433 milisegundos.
Diagnóstico:
Fibrilación auricular paroxística diagnosticada, HTA no controlada. Función cardíaca estructural y sistólica preservada.
Tratamiento:
- Pradaxa 150mg, un comprimido cada 12 horas
- Bisoprolol 2.5mg, un comprimido al dia

CONCLUSIONES

El tratamiento anticoagulante desempeña un papel fundamental en la prevención de complicaciones graves en pacientes con fibrilación auricular (FA). La FA es una arritmia cardíaca común que aumenta significativamente el riesgo de eventos tromboembólicos, especialmente el accidente cerebrovascular isquémico.

El uso adecuado de anticoagulantes orales ha demostrado reducir de manera efectiva la incidencia de tromboembolismo, mejorando así la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.

Si bien los anticoagulantes conllevan un riesgo de sangrado, los beneficios en términos de reducción del riesgo de ictus superan significativamente estos riesgos en la mayoría de los pacientes con FA no valvular. Además, los avances en el desarrollo de los anticoagulantes orales de accion directa, han permitido un manejo más seguro y efectivo, eliminando la necesidad de monitorización constante y reduciendo las interacciones medicamentosas en comparación con los anticoagulantes tradicionales.

En conclusión, la anticoagulación es una estrategia terapéutica esencial en el manejo de la fibrilación auricular para prevenir eventos tromboembólicos potencialmente mortales. Es fundamental una evaluación personalizada y un seguimiento continuo para garantizar su efectividad y minimizar los riesgos asociados, mejorando así la seguridad y el pronóstico de los pacientes con esta condición.

P. #1666

TAQUICARDIA VENTRICULAR EN PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS

Alberto Gil Gómez[1], Yéssica Julia Expósito Cutillas[1][2], Celia Gil Gómez[3], Irene Fernández Bueno[4], Javier López Ayala[5]

1. Centro Salud Archena, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, España
5. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 84 años con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo II y portador de marcapasos DDDR por bloqueo auriculoventricular 2:1. El paciente refiere episodio de palpitaciones junto con dolor torácico y sensación de disnea, motivo por el que avisa a los servicios de emergencias. A su llegada, encuentran al paciente consciente y orientado, estable con adecuadas tensiones y objetivan taquicardia ventricular monoforma sostenida (TVMS), por lo que adminsitran 300 mg amiodarona y 100 mcg fentanilo y derivan a servicio de urgencias hospitalario. Al recepcionar al paciente en urgencias, se objetivan tensiones en torno a 90/60 mmHg y persistencia de la taquicardia ventricular a 150 lpm. Ante estos hallazgos, se decide realizar una cardioversión eléctrica a 200 julios, previa sedación con 8 ml de propofol a 10mg/mL, con salida en ritmo de marcapasos. El paciente quedó ingresado y se realizó estudio electrofisiológico donde se objetivó una escara periaórtica y se procedió a la ablación rodeándola. Se implantó un desfibrilador automático implantable bicameral con programación para favorecer la estimulación antitaquicardia.

CONCLUSIONES

Ante un paciente que presente una taquicardia de QRS ancho, la valoración inicial irá dirigida a comprobar el estado hemodinámico que supone mantener una frecuencia ventricular alta.

Diferenciar una taquicardia ventricular (TV) de una taquicardia supraventricular (TSV) con bloqueo de rama o por una reentrada auriculoventricular antidrómicas, puede suponer un reto. Para ello podemos ayudarnos de algoritmos de diagnóstico diferencial y, en ocasiones, la anamnesis puede sernos de utilidad.

Respecto al tratamiento, si el paciente se encuentra inestable hemodinámicametne su tratamiento será inmediato, realizándose una cardioversión eléctrica sincronizada a ser posible sin demorarla para realizar estudios diagnósticos complementarios. Si el paciente permanece estable, debe ser monitorizado y reevaluado frecuentemente dado que puede presentar un deterioro progresivo de su situación hemodinámica. Dentro de la estabilidad hemodinámica, si hay dudas de si puede tratarse de una TSV, pueden intentarse maniobras vagales o adenosina. Si sospechamos de una cardiopatía estructural o de una TV de origen incierto, optaremos por procainamida o amiodarona.

P. #1677

GRIPE B: MAS ALLÁ DE UN RESFRIADO

Rocío Del Mar Díaz Ibáñez, Miguel Ángel Pérez Sáez, María Jesús Cabrerizo Egea

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: pérdida de conocimiento.
Antecedentes familiares sin interés.
Antecedentes personales:
Sin alergias a fármacos, sustancia o productos relacionados con el ámbito sanitario.
No factores de riesgo cardiovascular.
Epilepsia focal criptogenética desde 2009.
Interrupción voluntaria del embarazo en dic/2024.
Tratamiento habitual. eslicarbazepina 800mg 1.5 comprimidos/24 horas y clobazam 10mg/24 horas.
Enfermedad Actual:
Paciente de 29 años, que acude trasladada por ambulancia convencional a las 5 am por presentar cuadro sincopal acompañado de algún movimiento tónico al levantarse para ir al baño de unos segundos de duración sin mordedura de lengua ni relajación de esfínteres pero con sensación nauseosa posterior. No pico febril ni vómitos acompañantes.
El día anterior presentó episodio similar, añadiendo síntomas catarrales en días previos por los que acudió a urgencias, y tras observación y pruebas complementarias, se procedió al alta (análisis de sangre (AS) y TAC craneal normal, gripe B positivo) con tratamiento sintomático.
Exploración física:
Marcada sensación de enfermedad (mareo intenso y náuseas), palidez cutáneo mucosa severa con mala perfusión periférica, hipotensión mantenida (tensión arterial (TA) 56/35mmHg), refiriendo durante la exploración dolor torácico y oligoanuria.
Pruebas complementarias.
Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 105lpm. Descenso PR en II y III. QRS estrecho. Elevación punto J en II, III y aVF y de v4-v6.
Radiografía de tórax anteroposterior portátil: no condensaciones parenquimatosas, senos costofrénicos libres.
Se realiza ecocardiografía a pie de cama y se objetiva derrame pericárdico severo y miocardiopatía hipertrófica.
En AS destaca troponina Ths 120 pg/ml, creatinina 0.93mg/dl, proteína C reactiva 12.82mg/dl, leucocitos 14810 (N: 79%, L: 11%). Coagulación: Tiempo de protrombina 72%, tiempo de tromboplastina parcial activada 37.5seg, INR 1.25. Gasometría venosa pH 7.41, pCO2 36.1, HCO3 22.5mmol/L, láctico 4.69mmol/L.
Se realiza pericardiocentesis subxifoidea sin incidencias extrayendo 200cc de líquido amarillento seroso. Se dispone de catéter pigtail con drenaje a bolsa.
Evolución:
La paciente ingresa en UCI con mejoría clínica y hemodinámica con aclaramiento de láctico y comenzando diuresis, pero posteriormente, a las 6 horas, presenta nuevamente cuadro de hipotensión y taquicardia con empeoramiento clínico con obnubilación y signos de bajo gasto. Se realiza ecocardiografía que muestra disfunción severa (<15%) del ventrículo izquierdo con dilatación auricular e insuficiencia mitral moderada. Se inicia soporte vasoactivo con catecolaminas a altas dosis y expansión volumétrica, persistiendo signos de bajo gasto, obteniendo datos gasométricos de pH <7.2 y láctico 8mmol/l. A continuación presenta parada cardíaca y respiratoria, con inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 30 minutos siendo ineficaces, dando lugar a éxitus letalis.
* No se propuso para donación de órganos ni se realizó necropsia.
Diagnóstico principal:
Shock cardiogénico
Derrame pericárdico severo
Miopericarditis fulminante
Gripe B.

CONCLUSIONES

-La miopericaditis secundaria a infección por el virus Influenza B se trata de una complicación menos frecuente dentro de las observadas por otros tipos de virus Influenza. Si bien, en caso de presentarla, es esperable una evolución más fulminante e incluso letal. Por ello, sería recomendable estar alerta ante signos iniciales de shock en el paciente para iniciar cuanto antes soporte con oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) y tratamiento antiviral. En nuestro centro hospitalario, no se disponía de soporte ECMO.
-Se piensa que el mecanismo fisiopatológico por el que se afecta el miocardio en caso de la gripe B podría estar relacionado con una tormenta de citoquinas y no tanto con la infiltración del virus y su replicación como en el caso de la gripe A.
-Tras revisar la literatura, podría ser recomendable estandarizar la realización de biopsia endomiocárdica post-mortem en estos casos de cara a mejorar el tratamiento inicial y a largo plazo de estos pacientes para evitar el desenlace fatal de esta complicación.

P. #1694

CÓDIGO INFARTO EN UN ÁREA RURAL: CUANDO EL TIEMPO ES ORO Y EL CIELO ES LA RUTA

Paula Vela Vela, Claudia Del Carmen Fernández Ruíz, Macarena Godoy Gandía, Marta Amaya Guerrero

AGS Serranía de Ronda, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 78 años con antecedentes de cáncer de próstata tratado con radioterapia, hipertensión y dislipemia, acude al consultorio del pueblo por dolor torácico opresivo de una hora de evolución asociando sudoración profusa. Epigastralgia en estudio desde hace un mes pero esta vez el dolor es de características diferentes al dolor habitual.
Exploración: El paciente presenta regular estado general, sudoroso, consciente y orientado, eupneico en reposo, afebril. Auscultación cardíaca rítmico sin soplos y pulmonar con murmullo conservado sin ruidos añadidos.
Tensión arterial: 145/83 mmHg. Glucemia: 121 mg/dL. Saturación basal: 96%.
Pruebas complementarias:
Se realiza Electrocardiograma (ECG) donde se evidencia un ritmo sinusal a 80 latidos por minutos, y elevación del ST en II,III y aVF con descenso de V2-V6.
Se administran 2 puff de nitroglicerina sublingual lo cual mejora el dolor pero no desaparece.
Evolución y Desenlace:
Nos encontramos ante un paciente con dolor torácico típico de una hora de evolución con un ECG donde se evidencia una elevación del ST (SCACEST). Dada la ubicación donde se encuentra el paciente (a 30 minutos por carretera del hospital comarcal, el cual no presenta sala de hemodinámica) se informa al centro coordinador del 061 y se activa el trasporte aéreo para traslado a hospital de referencia con sala de hemodinámica (posible en menos de 120 minutos de realizar Intervención Coronaria Percutánea Primaria). Se le administra 300 mg oral de ácido acetilsalicílico (AAS) y 10 mg de morfina intravenosa.
El paciente presentaba una oclusión de la arteria coronaria derecha (CD) donde se coloca stent. A los 5 minutos de pasar a la unidad de críticos, el paciente comienza de nuevo con dolor y elevación del ST en cara inferior por lo que se realiza nuevo cateterismo donde se objetiva oclusión del stent recién colocado, por lo que se coloca 2 stents en la zona de estenosis. Además presenta lesión severa en descendente anterior que se procedió a revascularizar en un segundo tiempo. Doblemente antiagregado con AAS y ticagrelor.
A los dos días del alta, el paciente vuelve a consultar porque ha presentado malestar abdominal pero esta vez acompañado de episodio de rectorragia. En el hospital le realizan TC abdominal donde se evidencia lesión polipoidea en luz de sigma de sospecha neoplásica. Dada la doble antiagregación por el reciente infarto de miocardio con reestenosis hiperaguda del stent de decide posponer intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

- En este caso estamos ante un dolor torácico con un ECG patológico donde se evidencia elevación del ST en cara inferior. El SCACEST que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato debido al alto riesgo de morbimortalidad.
- El objetivo del tratamiento del SCACEST es la reperfusión precoz de la arteria responsable del infarto, mediante intervención percutánea primaria o fibrinólisis.
- Reperfusión temprana: En las primeras 12 horas desde el inicio de los síntomas, la ICP primaria es el método de reperfusión de elección en el SCACEST en los siguientes 120 minutos tras el diagnóstico. Si se produce en un hospital con hemodinámica, el tiempo objetivo para la ICP primaria es de 60 minutos. Este tiempo se amplía a 90 minutos si el primer contacto médico se realiza en un servicio médico de urgencias o en un hospital sin hemodinámica.
- Los pacientes con SCACEST deben recibir tratamiento con AAS desde el primer contacto médico. La elección del segundo antiagregante y de la coagulación dependerá de la estrategia de reperfusión.
- Este síndrome puede tener complicaciones graves: Puede evolucionar a shock cardiogénico, arritmias malignas o insuficiencia cardiaca, aumentando la mortalidad.
- Pronóstico tiempo-dependiente: Cuanto antes se realice la reperfusión, menor será el daño miocárdico y mejor será la recuperación.

P. #1720

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. CUANDO LOS FACTORES DE RIESGO NO ACOMPAÑAN

María Belén Rayos Belda, María Ñiguez Rivera, M. Carmen Ponce Cuadrado

Hospital Vega Baja, Orihuela, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis
Mujer de 32 años que acude a urgencias por dolor torácico opresivo irradiado a espalda y cuello de 12 horas de evolución, no relacionado con los esfuerzos ni los movimientos. Se acompaña de nauseas, 4 vómitos, sensación de disnea y palidez. No sudoración, no fiebre ni cuadro catarral previo. No ha mejorado con la toma de paracetamol ni metamizol. Primer episodio. Las nauseas las asocia al anticonceptivo que comenzó hace 2 meses
Antecedentes personales
No alergias. No hipertensión (HTA), no diabetes, no dislipemia. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tratamientos: anticonceptivos orales desde hace 2 meses
Situación basal: independiente, patrón cognitivo adecuado a la edad.
Exploración física
Tensión arterial: 130/80, FC 80 latidos x minuto (lpm), Temperatura 36 °C. Buen estado general, Normohidratada, discreta palidez cutánea, normonutrida, eupneica en reposo.
Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos; Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado bilateral, no dolor a la palpación torácica; Abdomen: blando, depresible, no doloroso; Extremidadeds inferiores: No edemas.
Pruebas complementarias:
Electrocardiograma (EKG) con dolor: Ritmo sinusal a 100 lpm, eje 60°, PR normal, QRS estrecho. Elevación del punto J V1-3, T negativa V4-5, sin EKG previos para comparar.
RX tórax: normal.
Analítica: Ck 1998 U/L, TrI 66997 pg/mL, pro-BNP 1563 pg/mL, resto de bioquímica y hemograma normal.
Evolución:
Ante clínica y hallazgos analíticos compatibles con cardiopatía isquémica se contacta con UCI que aceta ingreso.
Coronariografía: Acceso radial dcho. Tronco común, Coronaria derecha y circunfleja sin lesiones. Descendente anterior (DA): lesión oclusiva medio-distal sugestiva de disección coronaria espontanea, con visión de DA distal filiforme. Con catéter EBU 3.5 6F se consigue avanzar y se dilata con balón la zona oclusiva implantando Stent Onyx 2.5 x 15observando desplazamiento de hematoma que compromete el flujo en DA. Se pasa balón y se coloca Stent Onyx 2.5 x 12 con buen resultado angiográfico
Al finalizar el procedimiento se detecta edema agudo de pulmón. Se realiza ecocardioscopia objetivando estenosis mitral severa quedando ingresada en UCI para observación.

CONCLUSIONES

La disección espontánea de las arterias coronarias crea una situación de emergencia y ocurre cuando hay un desgarro en la pared de una arteria del corazón. Puede disminuir o bloquear el flujo sanguíneo al corazón y causar un infarto de miocardio (IAM), problemas en el ritmo cardíaco o muerte súbita.
Afecta más comúnmente a las mujeres de 40 a 50 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad y en los hombres. Las personas que tienen disección espontánea de las arterias coronarias a menudo no tienen factores de riesgo para la enfermedad cardíaca. Se desconoce la causa de la disección espontánea de las arterias coronarias.
Entre los factores de riesgo más comunes encontramos: sexo femenino, parto, estrés extremo, displasia fibromuscular, alteraciones del tejido conectivo, HTA severa, consumo de drogas como la cocaína.
Es por ello por lo que, ante un dolor torácico sugestivo de cardiopatía isquémica, no debemos descartar este diagnóstico, aunque nos encontremos ante una persona joven sin factores de riesgo o un EKG no sugestivo.

P. #1740

DEL ATRAGANTAMIENTO AL SCA CON ELEVACIÓN TRANSITORIA DEL ST

Ana Rocío Villalón Sánchez, María Del Carmen Aparicio Gallardo, Marina Vera Del Rio, Laura Del Paso Cañigueral, Andrea Gallardo Jiménez, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales
• Alergias: Metotrexate (astenia y fiebre).
• Factores de riesgo cardiovascular:
o Hipertensión arterial no tratada.
o Consumo regular de alcohol.
• Comorbilidades:
o Artritis reumatoide.
o Hipoacusia bilateral mixta.
o Pseudofaquia en ojo izquierdo (antecedente de desprendimiento de retina intervenido).
• Cirugías previas:
o Hernia inguinal bilateral.
o Apendicectomía.
Enfermedad actual
El paciente presenta un dolor intenso en la garganta que le cuestra tragar la comida de caracteríticas opresivo que aparece inicialmente a las 22:30 h y dura pocos minutos, cediendo espontáneamente. Posteriormente, a las 23:00 h, el dolor reaparece con las mismas características, acompañado de náuseas y sudoración.
Consulta en el centro de salud de su pueblo, donde se realiza un ECG que muestra elevación del segmento ST en II, III y aVF (3 mm) y descenso en I y aVL. Tras estabilización inicial con AAS, clopidogrel y HBPM, es trasladado a nuestro hospital.
A su llegada, el paciente está asintomático y las alteraciones del ST han desaparecido en el ECG.
Constantes vitales:
o TA: 130/74 mmHg.
o FC: 65 lpm, regular.
o FR: 15 rpm.
o Sat O2: 98% basal.
Exploración física:
Normalidad.
Pruebas complementarias
1. ECG inicial (en centro de salud):
o Elevación del segmento ST en II, III y aVF (3 mm).
2. ECG en críticos:
o Ritmo sinusal.Normalización de las alteraciones del segmento ST.
3. Radiografía de tórax: Sin hallazgos significativos.
4. Analítica sanguínea:
o Troponina I: 228 ng/L (elevada).
o Creatinina: 0.92 mg/dL.
o Glucosa: 109 mg/dL.
o Hemoglobina: 14.1 g/dL.
o Plaquetas y coagulación normales.
Dado la elevación del ST transitoria y un valor de troponinas elevadas se contacta con UCI.
Juicio clínico
1. Síndrome coronario agudo con elevación transitoria del segmento ST (STEMI transitorio en territorio inferior).
2. Killip I (sin insuficiencia cardíaca).
Plan de actuación
1. Tratamiento inicial:
o Doble antiagregación: AAS 300 mg + clopidogrel 300 mg.
o Anticoagulación: HBPM a dosis terapéuticas.
o Estatina a dosis plenas.
2. Monitorización en UCI: Control continuo de constantes y ECG.
3. Estudio anatómico coronario:
o Contacto con el servicio de hemodinámica.
o Programación de cateterismo cardíaco urgente y posible angioplastia primaria.
Evolución inicial
Durante su estancia en la UCI, el paciente permanece estable y asintomático. Se realiza un cateterismo cardíaco urgente, que muestra:
• Lesión crítica en la arteria coronaria derecha (ACD), tratada con éxito mediante angioplastia primaria con stent farmacológico.
El paciente es trasladado a planta con buena evolución clínica y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

¿DONDE RADICA SU INTERES?
Este caso resalta la importancia del ECG en la detección precoz de un SCACEST transitorio, asociado a fenómenos de trombosis coronaria transitoria o espasmo. A pesar de la resolución espontánea del segmento ST, estas lesiones suelen ser críticas y requieren intervención coronaria percutánea (ICP) para prevenir recurrencias y complicaciones mayores. De hecho en la ultima revisión de SCA nos indica que el SCACEST transitorio indica un pronóstico deteriorado.
La elevación transitoria del ST indica una oclusión coronaria que se resolvió espontáneamente o tras un flujo coronario intermitente, pero que aún representa un riesgo significativo. La angioplastia primaria sigue siendo el tratamiento de elección en estos casos.
El ECG es clave para identificar elevaciones transitorias del segmento ST, que pueden representar lesiones coronarias graves. Este caso subraya la importancia de un manejo rápido y coordinado para optimizar el pronóstico de estos pacientes. El uso de angioplastia primarria en lesiones críticas asegura la revascularización completa y reduce el riesgo de eventos mayores a largo plazo.

P. #1748

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA Y ACTUACIÓN EN URGENCIAS

Manuela Campos Holguin
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 42 años con antecedentes personales de hipertensión y obesidad, que consulta en urgencias por intenso dolor agudo a nivel de miembro inferior derecho, asociado a sudoración profusa, de inicio la hora previa a nivel centrotorácico y abdominal. A la llegada, tendencia a la hipertensión con pulsos presentes. Dada la evolución tórpida, el dolor incontrolado pese a analgesia de tercer escalón y ausencia de pulsos y signos de hipoperfusión a nivel de miembro, se solicita AngioTAC confirmando la sospecha clínica de disección de aorta, entrando en la hora posterior en quirófano para realizar la reparación de reparación de disección de aorta Stanford A transformada en B, con un excelente resultado.

CONCLUSIONES

La disección de aorta aguda es una emergencia vascular con una mortalidad extrahospitalaria del 80%, y sin intervención del 60%. La mejora de estos resultados depende del trabajo entre equipos de departamentos de urgencias y equipos multidisciplinarios expertos en manejo de la aorta.
Dentro de los síndromes aórticos, la disección es la patología más catastrófica por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. Desde el punto de vista clínico menos de la mitad de los pacientes tiene una sospecha inicial correcta y hasta el 39% tienen una demora diagnóstica de 24 horas o superior puesto que los hallazgos "clásicos" se observan en menos del 50% de los pacientes. En consecuencia, es necesario desarrollar algoritmos diagnósticos que sean conocidos por el equipo multidisciplinar.

P. #1761

LO QUE ESCONDE UN DOLOR DE PECHO

Virginia Vesga Villaverde[1], Elisa Alba Ingelmo astorga[2], Margarita Alonso Fernández[3], Susana Villar Antón[4], Ana Fernández García[3], Beatriz Cartón Manrique[5]
1. Médico Residente Centro de Salud Tordesillas, Valladolid, España
2. Médico Adjunto Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
3. Médico Adjunto Centro de Salud Tordesillas, Valladolid, España
4. Médico Residente, Centro de Salud Parquesol, Valladolid, España
5. Médico Adjunto Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años fumador de veinte cigarrillos al día, hipertensión de larga data, dislipémico, obeso. Estudiado en cardiología por dolores torácicos atípicos: cateterismo sin lesiones significativas. Acude a Urgencias por dolor torácico desde hace 24 horas que se le irradia a cuello y mandíbula. Refiere proceso catarral de tos y mocos desde hace quince días para el cual le habían puesto tratamiento. Niega disnea, palpitaciones y cortejo vegetativo. Refiere nauseas ocasionales y diarrea. Además, relata historia de dolor de espalda desde hace un año que persiste hasta el momento actual y que no controla con analgesia. Hace veinticuatro horas fue atendido en otro hospital por la misma clínica; analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax normales por lo que fue dado de alta.
Constantes: 177/99 mmHg, FC: 74 latidos por minuto, Temperatua: 36,5 °C, Saturación de oxígeno: 93%
Regular estado general, pálido, normohidratado. Eupneico. Auscultación cardiaca; rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Extremidades inferiores sin edemas.
Pruebas Complementarias:
-Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización.
-Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico.
-Analítica destaca dímero D 5800, troponinas < 20, Nt-proBnp 128
-TAC de aorta: flap intimal que se origina desde la aorta ascendente y continúa siendo visible hasta la arteria iliaca común izquierda, en relación con disección aórtica tipo A de la clasificación de Stanford.
- Se realiza interconsulta con Cirugía Cardiaca y con Cardiología valorando el traslado a unidad de coronariografía.
-Se realiza un ecocardiograma donde se aprecia el ventrículo izquierdo ligeramente dilatado (55 mm) con función conservada, a nivel aórtico dilatación aneurismática de aorta. Presenta insuficiencia aórtica leve de etiología funcional.
-Juicio clínico: síndrome aórtico agudo. Disección aórtica tipo A.

CONCLUSIONES

La disección de aorta se produce por la repentina aparición de un desgarro de la íntima, dando paso a una columna de sangre impulsada por la tensión arterial, penetra en la pared de la aorta

destruyendo la capa media y despegando la adventicia de la media. En el 70% de los casos se asocia a hipertensión arterial. Pensamos en ello si tenemos un paciente con dolor torácico intenso irradiado a la zona interescapular, acompañado de manifestaciones vasovagales. Podemos encontrar asimetría de pulsos o síntomas isquémicos migratorios. Ante la sospecha clínica, una determinación de D-dímeros negativa descarta el diagnóstico (de manera similar al TEP). En nuestro caso fue positiva y se solicitó un angio-Tac diagnosticando un síndrome aórtico agudo y por ello se llevó a cabo un TAC torácico. El electrocardiograma y las enzimas cardiacas suelen ser normales. En la radiografía de tórax podemos encontrar un ensanchamiento mediastínico y el diagnóstico lo debemos confirmar con un TAC torácico con contraste. El tratamiento consiste en la reducción rápida de la tensión arterial con betabloqueantes intravenosos y nitroprusiato sódico. En cuanto al tratamiento quirúrgico depende del tipo de disección, si seguimos la clasificación de Stanford como en nuestro caso. Las tipo A, más frecuente y de peor pronóstico, existe afectación de la aorta ascendente el tratamiento siempre es quirúrgico. En cuanto a las tipo B en las que no se afecta la aorta ascendente, puede estar afecto el cayado y/o la aorta descendente, el tratamiento inicial es conservador y si se complica se realiza tratamiento endovascular. En cuanto al síndrome aórtico agudo la sospecha clínica es muy importante, así como prestar especial atención a los antecedentes del paciente.

-Bibliografía:
(1).Elena Fortuny Frau, Isaac Martínez López, José Miguel Martín, Enfermedades de la aorta y patología arterial, Manual de Cardiología, 11° edición, Madrid, 2018, pag.92-102

P. #1769

LO QUE CON VÓMITOS EMPEZÓ, BLOQUEADA TERMINÓ

Fernando Martín Olmedo, Ester Garrido López
Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral De La Mata, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, que acude a Urgencias del Hospital por vómitos, sensación de dolor torácico retroesternal, y cortejo vegetativo. Acudió al centro de salud, donde administraron Primperán y sueroterapia y ante la no mejoría, derivan a Urgencias. No refiere alergias a medicamentos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo quirúrgico, asma bronquial, glaucoma, y fibrilación auricular paroxística, con hipertensión arterial pulmonar severa mixta, confirmada por cateterismo; además en tratamiento con CPAP con apnea del sueño, con oxigenoterapia domiciliaria. Intervenida de histerectomía con doble anexectomía.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Mala perfusión generalizada, frialdad y palidez de mucosas, reticulación dérmica, taquipnéica con uso de musculatura accesoria, hipotensión arterial (no capta tensión arterial), SpO2 con GN a 2L del 80%, consciente, orientada, colaboradora, Glasgow 15/15. Ingurgitación yugular, se palpa pulso radial, muy débil.

Constantes recogidas en Urgencias: Glucemia capilar 133mg/dl, SpO2 85% con GN a 2L, afebril, hipotensión arterial, FC en torno a 20 lpm.

Auscultación cardiaca: rítmica con ritmo ventricular en torno a 20 lpm, no soplos audibles. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes en bases pulmonares. Abdomen blando, globuloso, depresible, no dolor a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

En la analítica realizada en Urgencias, presenta hemograma normal. Gasometría arterial con acidosis metabólica (pH 7.25), con hiperlactacidemia (lactato 8.8). Coagulación con alteraciones con AP 17%, INR 4.34, TTPA 42.3 seg. Bioquímica con Glucosa 147, Urea 149, destaca insuficiencia renal aguda con Creatinina 4.41, FG 10, con hiperpotasemia severa (Potasio 6.40), resto normal (Bilirrubina total 0.50, Sodio 137, Cloro 98, LDH 533, GOT 130, GPT 128, GGT 179, Procalcitonina 0.09, NT-proBNP 2302, PCR 38.9, TSH 3.07).

ECG en Urgencias: Ritmo nodal con escape ventricular a 20 lpm, QRS ancho con bloqueo de rama izquierda del Haz de Hiss, eje en torno a 0°, sin alteraciones de la repolarización ventricular aguda.

Radiografía de tórax: aumento del índice cardiotorácico, redistribución vascular, derrame pleural derecho, idéntica a su radiografía de tórax basal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

La paciente llega a Urgencias de nuestro hospital comarcal con datos de shock hipovolémico con hipotensión, hipoperfusión, que, tras ver electrocardiograma, se visualiza ritmo nodal con escape ventricular a 20 latidos por minuto, por lo que iniciamos perfusión de Isoproterenol y se monitoriza en box de reanimación. Hablamos con Cardiología del hospital de segundo nivel más cercano, y vemos en analítica fracaso renal

agudo con creatinina >4.4mg/dl con acidosis metabólica (pH 7.25), hiperlactacidemia (lactato 8.8 mmol/l) e hiperpotasemia (K 6.4 meq/L), por lo que se sospecha de bradicardia secundaria a alteraciones hidroelectrolíticas. Toma Diltiazem, por lo que probablemente haya hecho una intoxicación por diuréticos, secundaria a un fracaso renal agudo que impide la eliminación del fármaco, y por ello produce la bradicardia secundaria. Se trató con medidas antipotasio, fluidoterapia y bicarbonato, con mejoría hemodinámica y analítica, pasando a ritmo nodal a 40 lpm con QRS estrecho, y se deriva a la UCI.
En UCI, la mantienen monitorizada, retiran finalmente el Isoproterenol a las 8 horas del ingreso, y precisa de ventilación no invasiva en modalidad CPAP con PEEP de 9 y FIO2 al 50% durante 6 horas hasta normalización de alteraciones hidroelectrolíticas e inicio de diuresis. Finalmente resuelve el cuadro con expansión de volemia y retirada de calcio antagonistas.

CONCLUSIONES

Se trata de una paciente diagnosticada de hipertensión pulmonar mixta con insuficiencia mitral moderada recientemente hospitalizada, que ha presentado vómitos, provocando insuficiencia renal prerrenal en probable relación a intoxicación por diuréticos (acidosis láctica con hiperpotasemia por Diltiazem), y con ritmo nodal con escape ventricular a 20 lpm, que se ha resuelto tras expansión de volemia, medidas antipotasio y retirada de calcioantagonistas, revirtiendo a ritmo sinusal mediante la corrección de alteraciones hidroelectrolíticas.

P. #1774

SÍNDROME DE TAKOTSUBO INVERTIDO: UN CASO DE DOLOR TORÁCICO Y TROPONINAS ELEVADAS SIN ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA

María Trigo Alcaraz[1], Paula Santamarina Palop[2], Paula Prieto Gálvez[2]

1. Médica, Torredonjimeno, España
2. Médica, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

- No alergias medicamentosas conocidas. No FRCV. Hipotiroidismo tras tiroidectomía. Tratamiento: Eutirox 112 mcg, lorazepam.
- Motivo de consulta: mujer de 62 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por cuadro de amnesia tras discusión con una vecina. A las pocas horas, comienza con dolor torácico opresivo y punzante con irradiación a miembro superior izquierdo. No cortejo vegetativo.
- Exploración y pruebas complementarias

TA 165/85 mmHG. FC 80 lpm. SatO2 95%. ACP: Tonos rítmicos, sin soplos. MVC conservados sin ruidos patológicos. Se le realiza TC de cráneo sin hallazgos. Exploración neurológica normal. Analítica: Elevación de troponina T (78.8 inicialmente, 181 a las 2 horas). ECG: Taquicardia sinusal con extrasístoles ventriculares aislados. RX tórax: Sin signos de condensación ni derrame pleural. Tratamiento en urgencias: AAS 300 mg, analgésicos y ansiolíticos. Se contacta con cardiología y se decide valoración en UCI. Se administra clopidogrel 300 mg. Procedimiento: Cateterismo diagnóstico terapéutico y posterior ingreso en UCI. Ecocardiograma: Cavidades cardíacas de dimensiones normales. FEVI 55%, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Grosor miocárdico normal. VD con función sistólica normal. No valvulopatías. No derrame pericárdico. Cateterismo: Ventrículo izquierdo no dilatado, con hipoquinesia de los segmentos medios (compatible con Tako-Tsubo invertido) y FE normal. Ausencia de regurgitación mitral. En coronografía no hay lesiones en tronco ni en las arterias.

- Orientación diagnóstica / Juicio Clínico: Síndrome Takotsubo invertido
- Diagnóstico diferencial: IAM. Miocarditis. Pericarditis aguda.

CONCLUSIONES

Complejidad diagnóstica y manejo multidisciplinario necesario en una paciente con presentación atípica de dolor torácico y troponinas elevadas. Necesidad de considerar diagnósticos diferenciales amplios para evitar diagnósticos erróneos. - El diagnóstico debe ser considerado después de excluir otras causas posibles de dolor torácico y elevación de troponinas. La ausencia de lesiones coronarias significativas en el cateterismo, junto con la clínica y los hallazgos de imagen, apoyan este diagnóstico. - La variante invertida de este síndrome, caracterizada por hipoquinesia de los segmentos medios del ventrículo izquierdo, es menos común y puede presentar desafíos diagnósticos. - Finalmente, se recomienda seguimiento en consulta de cardiología, control de FRCV y medidas para reducir el estrés, crucial para prevenir recurrencias y asegurar un buen pronóstico a largo plazo

P. #1780

DE HEMORROIDES A HEMODINÁMICA

Ismael Fuentes Barón, Bienvenido Marín Cano, Ana Rocío Villalón Sánchez, María Del Carmen Aparicio Gallardo
Hospital Serrania de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Personales:
- No RAM conocidas.
- Hábitos tóxicos: Bebedor y consumo de drogas ilícitas.
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva biventricular (Síndrome de Noonan vs Leopard, mutación GEN RAF 1).
- Fibrilación auricular paroxística (tratamiento previo prolongado con amiodarona).
- Hipogonadismo central, enanismo y Síndrome de Williams.
- Tratamiento habitual: AAS 100mg, Bisoprolol 2.5mg, Amiodarona 200mg.

Anamnesis:
El día 29 de mayo presenta a las 20hs dolor precordial tipico, sin irradiación con mareo y sincope, con recuperación completa asociado a disnea marcada. Mejoría de disnea progresivamente, pero continua con dolor hasta alrededor de las 00hs de camino al hospital. El dolor cede, pero mantiene molestias.
A su llegada, se realiza ECG observando ascenso de ST en cara lateral 3-4 mm. Se visualiza ECG del mes de dos meses previos observando trastorno de repolarizacion a nivel inferolateral marcada, pero los ECG del momento del dolor presenta ascenso de ST mas pronunciado. Se realiza carga de AAS y clopidogrel.
Permanece hemodinamicamente estable con TAM 67 con FC 71 lpm, ritmo sinusal. Sin disnea y persistencia de molestias. No mareos ni nauseas. Saturación de 92% por lo que se deja gafas nasales, saturando 95%. Se mantiene en todo momento, lucido vigil, orientado, sin focalidad neurológica aparte de su situación clínica basal.
Se contacta con hemodinámica y se decide realizar fibrinólisis con 6mil unidades + enoxaparina EV según protocolo. Dado que en nuestro hospital comarcal no existe unidad de hemodinámica se traslada a UCI de hospital de referencia donde se desestima cateterismo tras detección de anemia grave. Tras transfusión de 2 CH se traslada a planta y tras estabilidad hemodinámica se traslada a MI.
Se comenta con Hematología que recomienda tratamiento con Fe IV y vitamina B12 y estudio digestivo.
Refiere anemia ferropénica de larga data que ya fue tratada con hierro oral pero que luego dejó, refiere que ha presentado en los últimos días un sangrado debido a unas hemorroides abundantes.
Exploración:
Anodina a excepción de hemorroides tipo IV, con signos de trombosis con sangrado leve en la actualidad
Pruebas Complementarias
- Analítica 29/05: función renal adecuada, iones en rango, troponina 79,58, transaminasas normales. PCR 15,4. proBNP 10038. GV normal. Hb 6,4, hto 25,7%, VCM 54,9, HCM 13,7, plaquetas 336000.
- Colonoscopia 10/6/24: HEMORROIDES EXTERNAS-INTERNAS grado IV.

Evolución y curso Clínico
Durante el ingreso en Medicina Interna con evolución clínica favorable desde el punto de vista cardiológico, hemodinámico, hematológico y digestivo.
El paciente desea marcharse de alta.
Juicio Clínico
- SCA de tipo II en el contexto de anemia de características ferropénicas (microcítica e hipocrómica). Niveles de vitamina B12 disminuidos y en contexto de hemorroides sangrantes
- Fibrinólisis el 29 de mayo.

CONCLUSIONES

El síndrome coronario agudo (SCA) tipo II supone un desafío diagnóstico en urgencias, ya que su origen no es una obstrucción coronaria, sino un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno al miocardio. Este caso resalta la importancia de considerar causas sistémicas, como la anemia ferropénica, especialmente en pacientes con cardiopatías estructurales. La anemia severa puede desencadenar angina hemodinámica en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva.
Un enfoque integral en urgencias, con evaluación de factores desencadenantes, es clave para evitar intervenciones innecesarias y optimizar el manejo. Se destaca la necesidad de protocolos específicos para el SCA tipo II, priorizando la corrección de la causa subyacente, como la reposición de hierro y el soporte hematológico. La valoración del estado hematológico y de otros factores sistémicos es esencial en estos casos.
Este caso subraya la importancia de una anamnesis detallada y un enfoque estructurado en urgencias, integrando clínica, exploración y pruebas complementarias para un diagnóstico preciso. El tratamiento debe centrarse en la causa primaria, evitando procedimientos invasivos innecesarios y mejorando el pronóstico del paciente.

P. #1786

ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS MÁS FRECUENTES Y SENCILLOS PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE LAS TAQUICARDIAS VENTRICULARES

José Enrique Alonso Formento[1], Inés Alonso Envid[1], Victoria Estaben Boldova[2], Marta De Azúa Jiménez[1], María Jesús Pueyo Morer[1], Elisa Aldea Molina[3]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España
3. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial entre las taquicardias supraventriculares con conducción aberrante (TSV-CA) y las taquicardias ventriculares (TV) es un reto clínico fundamental en la electrofisiología cardiaca. Ambas pueden presentarse como taquicardias de complejo QRS ancho, lo que dificulta su diferenciación inicial y puede derivar en errores diagnósticos con importantes implicaciones terapéuticas.
Las TV tienen un origen ventricular y suelen estar asociadas con cardiopatía estructural, con un mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica y muerte súbita.
Para diferenciarlas, es esencial un análisis detallado del electrocardiograma (ECG), evaluando criterios como la morfología del QRS, la disociación auriculoventricular, los complejos de captura y fusión, así como los criterios de Brugada y Vereckei. Además, factores como la historia clínica, la presencia de cardiopatía estructural y la respuesta a maniobras vagales o fármacos como la adenosina pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico.
Una identificación precisa de la arritmia es crucial, ya que el tratamiento difiere significativamente: mientras que las TSV-CA pueden responder a maniobras vagales o bloqueadores del nodo AV, las TV requieren antiarrítmicos específicos o cardioversión eléctrica en casos inestables.

OBJETIVO

Analizar los criterios clínicos y electrocardiográficos de las taquicardias ventriculares, enfocándonos en criterios diagnósticos rápidos y evitando la dependencia exclusiva de criterios morfológicos.

MÉTODO

Se analizaron 148 electrocardiogramas digitalizados de pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de taquicardia ventricular entre 2017 y 2024. Se consideraron criterios de estabilidad hemodinámica, antecedentes de cardiopatías y criterios electrocardiográficos sencillos según Brugada, Vereckei, Pava, Wellens y Kindwall.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio (2017-2024), se atendieron 1.395.115 pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios de nuestra comunidad, con una distribución por sexo de 51,75% mujeres y una edad media de 44 años.
En total, el 0,034% (484 pacientes) presentaron una taquicardia ventricular. El análisis multivariante identificó que los factores de riesgo más asociados con TV fueron:
- Displasia arritmogénica del ventrículo derecho (x14)
- Síndrome de Brugada (x12)
- Miocardiopatía hipertrófica y dilatada (x10)
- Fracción de eyección deprimida (x9)
- Cardiopatía isquémica (x7)
- Edad > 65 años (x5)
- Sexo masculino y valvulopatías (x4)
- Insuficiencia cardiaca y obesidad (x3)
- Hipertensión arterial (x2)
- Dislipemia y diabetes mellitus (x1)

El 87,5% de los pacientes con TV requirieron ingreso hospitalario, y un 0,5% falleció en urgencias.
En el análisis de los 148 electrocardiogramas disponibles, los criterios electrocardiográficos más frecuentes fueron:
- Onda RS > 100 ms (15,6%)
- Onda Q o R > 40 ms en aVR (12,2%)
- Onda R inicial en aVR (10,8%)

El 83,8% de los pacientes presentaban criterios rápidos de diagnóstico de TV, entre ellos:
- Inestabilidad hemodinámica
- Antecedentes de cardiopatía isquémica o arritmogénica
- Eje eléctrico desviado entre 180° y 270°
- Disociación auriculoventricular
- Concordancia positiva o negativa en precordiales
- QRS > 140 ms
- aVR positivo
- Inicio del QRS ancho y lento

CONCLUSIONES

El diagnóstico preciso de la taquicardia ventricular es crucial para una adecuada toma de decisiones terapéuticas. En nuestro estudio, se identificó que la mayoría de los pacientes con TV presentaban criterios rápidos de diagnóstico, lo que sugiere que estos pueden ser herramientas efectivas en la evaluación inicial. El uso de criterios clínicos y electrocardiográficos simples, como la inestabilidad hemodinámica, la historia de cardiopatía estructural y la presencia de patrones específicos en el ECG, permite una identificación rápida y confiable de la TV, evitando errores diagnósticos y optimizando la selección del tratamiento.

P. #1797

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

María Del Carmen Morante Navarro[1], Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], José Wilder Quenata Romero[2], Paola Esther Veliz Terceros[3], Sandra Milena Bello Benavides[3], Cristina Bedoya Sánchez[3]

1. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España
2. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
3. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: Paciente varón de 19 años, con antecedentes patológicos: Rinitis, dermatitis atópica, rinoconjuntivis. Antecedentes quirúrgicos: Drenajes transtimpánicos en oído derecho. Niega antecedentes tóxicos. Ningún tratamiento habitual.
Acude a urgencias por cuadro catarral de algo más de una semana de evolución. El paciente refiere inicio del cuadro con tos con expectoración amarillenta, rinorrea, odinofagia, disnea a medianos esfuerzos, fiebre de hasta 39°C, desde hace dos días empeoramiento de su clínica desde que comenzó con fiebre. Esta noche dolor torácico que dice haberle despertado del descanso nocturno, dolor centro torácico de tipo opresivo irradiado a región dorsal, con empeoramiento con la tos, los movimientos y en decúbito, algo de mejoría en sedestación e incorporarse hacia delante. No refiere otra clínica. Niega episodios similares previos. Se auto pauto paracetamol y dihidrocloruro de cetirizina sin mejoría.
Exploración física: TA 123/76, FC 100 lpm, SAT 02 96%, Glucemia 99 mg/dl, FR 22 rpm, T 38°C. Consciente, orientado, hidratado y perfundido. Normal coloración, no ingurgitación yugular, carótidas isopulsátiles. Auscultación cardiaca tonos rítmicos, no soplos, no roce ni extratonos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado en ambos campos. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias, puño percusión bilateral negativa. Extremidades inferiores no edemas, no signos de trombosis venoso profunda, pulsos pedios positivos.
Analítica: Troponina alta sensibilidad 3435.5 pg/mL, proteína C reactiva 14.72 mg/dL
Radiografía de tórax posterolateral y lateral: No condensación ni derrame
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 82lpm, PR 160ms, QRS estrecho, descenso de PR en cara inferior y elevación en aVR, T negativas y simétricas en V1 y III (variante de la normalidad).
Ecografía transtorácica a pie de cama esencialmente normal (función biventricular normal, sin valvulopatías significativas y sin derrame pericárdico).
Diagnóstico: Miopericarditis.
Se sugiere ingreso en UVI para vigilancia.

CONCLUSIONES

Conclusiones: El paciente ingresa en cuidados intensivos para tratamiento y monitorización. La Miopericarditis es una entidad que afecta predominantemente a varones jóvenes, supone el 5% de las consultas de urgencias. Entre el 15 y el 35% presentan elevación de biomarcadores cardiacos (miopericarditis) y al menos 2 de las siguientes características: dolor torácico pericardítico, supradesnivelación generalizada del segmento ST, roce pericárdico y/o derrame pericárdico ecocardiográfico. Su pronóstico a largo plazo es excelente, y la complicación más frecuente es la pericarditis recurrente.

P. #1806

TAQUIARRITMIA NO FISIOLÓGICA EN EL EMBARAZO

Keidy Mariela Casco Alvarado[1][2], Ana María Albaladejo Rubio[2], Luis Edward Sierra Bernal[2][3], Anaily Trujillo Barrios[2][1], Mariana Barrera Valencia[2][4], Tamara Puche Bolarín[2]

1. Centro de Salud Jumilla, Jumilla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. Centro de Salud Francisco Palao, Yecla, España
4. Centro de Salud Mariano Yago, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 34 años de edad gestante de 35 semanas acude por sensación de palpitaciones con nauseas de dos horas de evolución tras despertar del sueño. Afebril. Niega patología infecciosa intercurrente.
A su llegada pasan a sala de espera y le recomienda tranquilizarse, ya que podría tratarse de una "crisis de ansiedad".
Examen Físico:
Signos vitales: Tensión arterial:124/85mmHg Frecuencia cardiaca: 144 lpm Saturación de oxigeno: 97% Temperatura: 36.7°C
Glasgow 15/15 puntos
Auscultación Cardiopulmonar: rítmico, taquicárdico sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos agregados.
Analítica Sanguínea urgente: Sin alteraciones significativas, sin elevación de reactantes de fase aguda.
Electrocardiograma:
A su llegada al Servicio de Urgencias, se realiza Electrocardiograma en el que se halla:
Taquicardia supraventricular con respuesta ventricular a 144 lpm, sin actividad auricular visible. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.
Evolución en Urgencias:
Se realizan maniobras vagales y compresión del seno carotídeo sin cese de taquiarritmia, por lo que se inicia farmacoterapia administrándose Adenosina de 6 mg en bolo intravenoso rápido seguido de bolo de arrastre con Suero Fisiológico 0.9%, sin resultar efectivo.
Posteriormente, se repite nuevo bolo endovenoso rápido de Adenosina 12 mg, resultando efectivo tras lo que queda asintomática, realizándose nuevo electrocardiograma donde objetivamos un Ritmo sinusal, intervalo PR<120 ms, FC 80.

CONCLUSIONES

El manejo de taquicardias supraventriculares(TSV) en pacientes gestantes requiere un enfoque cuidadoso, priorizando la seguridad tanto de la madre como del feto.
Si la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, se recomienda implementar inicialmente el uso de maniobras vagales, si están fallan la adenosina intravenosa es una opción apropiada, ya que yugulan aproximadamente el 90% de las TSV. La adenosina tiene una vida media muy corta (menos de 10 segundos), lo que hace que la exposición placentaria a la adenosina se reduzca considerablemente. Al usar esta forma escalonada que combina intervenciones no invasivas y terapéuticas permite abordar de manera adecuada el cuadro clínico mientras se minimiza el impacto sobre ambos pacientes.

P. #1811

FIBRILACIÓN AURICULAR INDUCIDA POR PREGABALINA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

María Vanessa De Dios Benito, Stephanie Lilen Saley, Eva Montané Esteva

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
Varón de 71 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos.
Hipertensión arterial (HTA), dislipemia, enfermedad renal crónica grado II y mesotelioma pleural maligno (T2N1) diagnosticado en septiembre de 2022, lateralidad izquierda en progresión pendiente de 2n línea de tratamiento.
MEDICACIÓN HABITUAL:
Dexketoprofeno 12.5mg/12h, paracetamol 1g/24h, fenofibrato 145mg/24h, Movicol 1s/24h, nifedipino 30mg/12h, ácido fólico 5mg/24h, Oramorph 0.2mL/12h, pregabalina 25mg/24h y morfina 10mg/12h.
ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente acude a urgencias el 17.09.24 por palpitaciones de 3 horas de evolución tras tomar la medicación habitual de la mañana. No dolor torácico, disnea o síncope.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, masa en región dorsal izquierda pétrea sin cambios de coloración.
Tonos cardíacos arrítmicos sin soplos, no ingurgitación yugular, extremidades inferiores (EEII) sin edemas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Electrocardiograma (ECG): Ritmo de fibrilación auricular (FA) a 160 latidos por minuto (lpm), eje normal, sin signos de isquemia o necrosis.
Radiografía de tórax: no condensaciones parenquimatosas, senos costofrénicos libres, sin signos de redistribución vascular, similar a previas.
Analítica: sin anemia, leucocitos y plaquetas normales, ionograma en rango, creatinina 1.39mg/dL, perfil hepático correcto, troponinas negativas, no datos de coagulación.
EVOLUCIÓN:
A su llegada el paciente se encontraba con tensión arterial y saturaciones mantenidas, afebril y eupneico, con frecuencia cardíaca (FC) entorno a 170lpm.
Se objetivó en ECG inicial FA de novo con ChadsVasc de 2 (se inició tromboprofilaxis), previamente no documentada (múltiples consultas durante el mes por mal control del dolor sin evidencia de alteraciones ECG) por lo que se consideró beneficiario de control del ritmo. Se inició manejo con betabloqueante sin mejoría, consiguiendo disminuir la frecuencia finalmente con digoxina.
Se comentó con cardiología y se consideró tributario de cardioversión farmacológica (CVF), por lo que se administró bolus de 300mg de amiodarona sin revertir a ritmo sinusal (RS), motivo por el que se inició una Bomba de Infusión Continua (BIC) de amiodarona con reversión a RS al cabo de 3.5h, se mantuvo BIC 12h más.
Tras la CVF el paciente se mantuvo con FC y RS sin incidencias, se

orientó como FA paroxística, y dado que no presentó signos de alarma se decidió alta a domicilio con edoxaban 60mg/24h y amiodarona 200mg/24h.
Sin embargo, el paciente volvió a acudir a urgencias el 22.09.24 por otro episodio de FA rápida, se ajustó la FC y se dio de alta asociando bisoprolol de 2.5mg/24h.

CONCLUSIONES

El paciente inició el tratamiento con pregabalina por mal control del dolor el 09.09.24 y acudió a urgencias una semana después por una FA de debut, por lo que, dada la cronología y plausibilidad biológica, la sospecha de la reacción adversa medicamentosa (RAM) se notificó al Programa de Farmacovigilancia, aunque el paciente la siguió tomando y no se retiró de la receta hasta el 06.11.24.
Según el Algoritmo de causalidad de Karch y Lasagne modificado la pregabalina tuvo una relación causal definida (8/12 puntos).
Aunque la mayoría de las veces la causa de FA se atribuye a HTA, problemas cardíacos o enfermedades hormonales, hasta un tercio de las causas son idiopáticas. Dada la importancia y gravedad de la FA, hay que incluir en el diagnóstico diferencial etiológico la FA inducida por fármacos, para poder retirarlos a tiempo en caso de sospecha.
Es importante notificar las sospechas de RAMs, sobre todo, de aquellas reacciones que son impredecibles, al no estar relacionadas con los efectos propios del mecanismo de acción ni con las dosis del fármaco.
El objetivo principal de las notificaciones espontáneas es la detección precoz de las señales de alerta o seguridad que no han podido ser identificadas durante la etapa de desarrollo clínico, para mejorar la atención y seguridad del paciente

P. #1825

DISNEA EN URGENCIAS: ENFOQUE, DIAGNÓSTICO Y MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Fernández Casado, Neyky Sofia Obando García, María Yolanda Marino Tardozo, Sandra Aldea Bravo, Dina El-Haddad Boufares

Hospital del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular anticoagulada, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada de probable origen hipertensivo, con antecedentes de descompensaciones previas y enfermedad renal crónica estadio 3 con creatinina basal en torno a 1.3 mg/dL.
Acude a urgencias por cuadro de 1 semana de evolución sin edemas con fóvea en miembros inferiores y fatiga progresiva sin desencadenante claro.No refieren que haya tenido cuadros infecciosos desde final de diciembre que tuvo cuadro catarral autolimitado.No objetivaron sangrados ni ha tenido mal control de la medicación o de la tensión arterial.
En la exploración destaca ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares bilaterales y edemas con fóvea hasta zonas declives en ambos miembros miembros inferiores pero más acentuados izquierdo y cambios de coloración tróficos en miembro inferior derecho sugerentes de insuficiencia venosa crónica con pequeña ulcera en tibia, no aumento de temperatura ,ni de volumen que sugieran trombosis venosa profunda ni celulitis. Pulsos distales presentes y simétricos.
Analíticamente presenta elevación de propéptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) 15.096, deterioro de la función renal (filtrado glomerular 42 ml/min/1.73m2) e hiponatremia leve, en radiografia de torax se observa derrame pleural izquierdo y en electrocardiograma fibrilación auricular a 68 latidos por minuto. Se inicia tratamiento con furosemida intravenosa y ante la situación clínica de la paciente se tramita ingreso en planta de medicina interna.
Durante su ingreso, presentó mejoría clínica pero en contra presentó un deterioro de la función renal,que requirió suspensión temporal del tratamiento diurético. Tras la nueva mejora de la función renal pero ante la persistencia de edemas e hiponatremia leve. Se reintroduce de nuevo diurético a dosis bajas con mejoría parcial de la natremia y función renal. Finalmente con la nueva dosis de diuréticos, se obtuvo gran mejoría clínica de la paciente por lo que pudo ser dada de alta con tratamiento domiciliario.

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada en el contexto de hipertensión arterial y fibrilación auricular requiere un abordaje multidisciplinario para evitar episodios de descompensación.
El manejo de la insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad renal crónica es desafiante debido al equilibrio entre diuréticos y función renal.
La optimización del tratamiento, incluyendo el manejo de la anemia y la corrección de alteraciones electrolíticas, es fundamental para mejorar el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

P. #1839

HIPOTERMIA Y ONDA J DE OSBORN EN MIGRANTES ARRIBADOS POR VÍA MARÍTIMA EN CAYUCOS

Sebastián M. Matos Castro[1][2], Luis M. González García[3], Melany Herrera García[4], María Amparo Hernández Quesada[5], Manuel Gálvez Rodríguez[6], Saray Álvarez Fajardo[7]

1. CS Laguna Mercedes. Gerencia Atención Primaria. Tenerife, La Laguna, España
2. Universidad Europea de Canarias, La Orotava, España
3. Hospital Insular Nuestra Señora de los Reyes, Valverde. El Hierro, España
4. Gerencia Atención Primaria. Tenerife, La Laguna, España
5. Servicio Normal de Urgencia de los Realejos. Gerencia Atención Primaria. Tenerife, Los Realejos, España
6. Hospital Insular Nuestra Señora de Los Reyes, Valverde. El Hierro, España
7. CS Orotava Dehesa. Gerencia Atención Primaria. Tenerife, La Orotava, España

INTRODUCCIÓN

En 1953 John J. Osborne, médico estadounidense, descubrió por primera vez en un electrocardiograma una deflexión positiva al final del complejo QRS y justo antes del segmento ST, denominado como punto J, representando el final de la despolarización y el comienzo de la repolarización ventricular en pacientes expuestos a bajas temperaturas.
En diversas investigaciones sobre la J de Osborn se ha observado la manifestación de ondas que superan los 2 mm de amplitud, presentando un mayor riesgo de arritmias y posible muerte asociada a factores arritmogénicos.
Diversos trabajos científicos han intentado atribuir la aparición de la J de Osborn en el trazado electrocardiográfico, además de en la hipotermia, en algunas patologías como la hipercalcemia, hiperpotasemia, síndrome de Brugada, intoxicaciones medicamentosas, bloqueos de rama, en parada cardiorrespiratoria o en la enfermedad de Chagas, entre otras.
La hipotermia se define como el descenso no intencionado de la temperatura
corporal central inferior a 35°C de manera esporádica. En el caso de una hipotermia accidental se genera la pérdida de calor por convección en ambientes fríos y la pérdida de calor conductivo en un medio como el agua, asociado a un problema agudo, y sin lesión previa del hipotálamo que se encarga de la regulación del termostato corporal.
La hipotermia grave se asocia a diversas alteraciones electrocardiográficas. Los migrantes que arriban a Canarias por vía marítima pasan días en el mar, en condiciones de hipotermia.

OBJETIVO

Determinar las características clínicas asociadas a la aparición de onda J de Osborn en situaciones de hipotermia en migrantes vía marítima.

MÉTODO

Estudio observacional, de cohorte y prospectivo, durante 3 meses (junio-agosto 2024), de pacientes con hipotermia y onda j de Osborn. La presencia de esta alteración en el ECG La presencia de onda J se determinó por el médico asistencial y luego fue corroborada por 2 cardiólogos de forma independiente.Las variables analizadas fueron: edad, sexo, constantes vitales, parámetros de laboratorio (extracciones periféricas iniciales y tras normotermia), evolución (vivo o fallecido), traslados a hospital de tercer nivel y ECG (presencia onda J de Osborn, ritmo sinusal y análisis de QRS).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La muestra obtenida fue de 10 pacientes, con una edad media de 25±5.33 años, 30% mujeres, 7.29±1.25 días de travesía, temperatura media de 32±1.8 oC (rango 27 a 33.5), TA sistólica 111.8±36 mmHg, FC 66.6±29.7 lpm, 18.4±4 respiraciones por minuto. En cuanto a los parámetros analíticos, presentaban un hematocrito de 42±6.6%, Na de 144,2±16.9 mEq/l (rango 139-190), K de 4.2±1 mEq/l (rango 2.45-6.53), Cl 122,25±38.72 mEq/l (rango 97-179), creatinina 1.55±0.86 mg/dl (rango 97-179), CPK de 13080±8188.7 ng/ml, mioglobina de 2484.1±1039.3 ng/ml, pH 7.19±0.15 (rango 6.9-7.46) y HCO3- 15.58±6.82 (rango 6.3-27). Tras recuperar la normotermia, todos los parámetros clínicos y analíticos se modificaron de forma significativa (p=0.001). Falleció 1 paciente de la serie (10%), 4 precisaron ingreso en el hospital de primer nivel y 4 fueron derivados en helicóptero al hospital de referencia.
Se relacionó la mala evolución clínica con una temperatura inicial inferior a 35°C, y la presencia de onda J de Osborn, si bien ésta no fue patognomónica de la hipotermia.

CONCLUSIONES

La hipotermia en migrantes vía marítima con trayectos superiores a 7 días, se asocia a alteraciones ECG, trastornos hidroelectrolíticos y alta morbimortalidad.

P. #1853

INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA POR HIPERTENSION PULMONAR SECUNDARIA A TUBERCULOSIS EN MUJER JOVEN

Glnés Gómez Ubeda, Florencia Laffont Oscoz, Marta Hernandorena González
Hospital Sagunto, Sagunto, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años que consulta en urgencias por edemas de MMII de una semana de evolución.
Antecedentes:
No alergias.
Fumadora de unos 10 años/paquete
Exhábito alcohólico hasta hace unos 5 años. Niega otros tóxicos.
Tuberculosis pulmonar (TBC) 1992, con recidiva en 2006 y 2008. Último ingreso por TBC en 2009 con TBC bacilifera
Anorexia nerviosa tipo restrictivo. Seguida por Salud Mental
Tratamiento habitual: Pregabalina 150 / 8h, Quetiapina 25 1/24h, Clorazepato 10 2/24h, Venlafaxina 150 1/24h
La paciente refiere los edemas en zonas declives, junto a un cansancio y disnea progresivos a moderados esfuerzos. Inicialmente fue estudiada por su médico de atención primaria en la que le solicita una analítica ordinaria en la que destaca elevación de transaminasas, elevación de Vitamina B12, ferropenia y normalidad de proteínas en plasma.
La exploración de la paciente es la siguiente
Presion arterial: 119/86 Pulsioximetria 80%, temperatura 36.9°C
Cianosis perioral Disnea al hablar. Edema palpebral, en áreas declives y en MMII hasta región sacra con fóvea
Auscultacion cardiaca: rítmica, sin soplos audibles, ni roces
Auscultacion pulmonar: Sibilantes espiratorios con disminución del MV en pulmón izquierdo
Acropaquias, restos de nicotina en dedos de la mano.
Ingurgitación yugular,
Abdomen con ascitis no a tensión, dudosa hepatomegalia
En las pruebas complementarias en urgencias destaca la radiografía de torax que muestra lesiones residuales de las TBC previas y en el electrocardiograma destaca una desviación del eje hacia la derecha
Se ingresa como sospecha de Hipertension Pulmonar (HTP) . Durante el ingreso se instaura un tratamiento depletivo (balance negativo de unos 8 litros)
Se descartan enfermedades autoinmunes, VIH, patologia tumoral, tromboembolismo pulmonar.Las pruebas de función respiratoria son las siguientes FVC 48.9 %, FEV1 30, FEV1/FVC 53; Post BD FVC 44% FEV1 27%
Se confirma HTP mediante ecocardiografia que permite estimar una presión arterial pulmonar de 70 mmHg. Dilatacion de cavidades derechas y disfunción de ventrículo derecho

CONCLUSIONES

La insuficiencia cardiaca es una patologia multifactorial y conviene estar abierto a distintas etiologias en la practica medica.
Si bien inicialmente el sintoma cardinal fueron los edemas y se oriento hacia un sindrome nefrotico el estudio, la rapida progresion y la aparición de nuevos síntomas obligaba a hacer una reevalucion de las causas.
De gran ayuda fue el electrocardiograma, que mostraba una desviacion del eje hacia la derecha junto con la radiografía de torax, con sus lesiones pulmonares nos marcaba una dirección a seguir, que se confirmo mediante la ecocardiografía.
En tiempos de tecnificación de la asistencia no olvidemos los sillares donde se asienta el conocimiento, y demos valor a pruebas siemples, rapidas y eficientes, que nos ayuden a guiar el diagnóstico

P. #1859

TUMOR MEDIASTINAL CON MANIFESTACIÓN CARDIACA ARRÍTMICA: PRESENTACIÓN DE CASO

Andrés Mauricio Medina Amortegui, Javier Mauricio Cajas Daza

Hospital Universitari Dexeus, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino de 82 años de edad con antecedentes de condrosarcoma costal diagnosticado en 2012. Resecado, reemplazo costal con prótesis de titanio y dada de alta a los 10 años por estar libre de enfermedad. Dislipidemia y osteoporosis. No antecedentes alérgicos ni hábitos tóxicos, ingresos médicos en 2024 por infecciones urinarias.

Consultó al servicio de urgencias el 27 de diciembre de 2024 por deterioro del estado general, disnea de mínimos esfuerzos palpitaciones, fatiga/astenia y tos seca irritativa de unos días de evolución. Al interrogatorio dirigido la paciente negó sudoración nocturna, registros febriles o equivalentes, al igual que pérdida de peso reciente y sin otro síntoma asociado de relevancia.

Al examen físico paciente estable hemodinámicamente, afebril. Normotensa 119/80 mmHg, Taquicardia 119 lpm, Taquipneica. Sin dolor. Saturando 90% al ambiente. Buena mecánica ventilatoria con buena entrada de aire bilateral. Ruidos cardíacos conservados arrítmicos. Silencios libres. Edemas periféricos grado I, ingurgitación yugular. Abdomen sin hallazgos patológicos. Lucida, sin signos de déficit neurológico agudo.

Se realizó analítica que evidenció troponina de 178 ng/L, sin otro dato de interés. Electrocardiograma de ingreso que evidenció inicialmente taquicardia supraventricular con respuesta ventricular rápida que no respondió a cardioversión farmacológica con adenosina por lo que requirió cardioversión eléctrica retornando a ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares, sin alteraciones del ST. Se realizó placa de tórax que evidenció cardiomegalia asociado a signos redistributivos y ensanchamiento mediastínico.

En sala se realizó curva de troponinas (137 ng/L) con ProBNP de 5880 pg/ml. Se realizó estudio con AngioTAC de tórax que evidenció masa mediastínica anterior y paracardiaca derecha que rodea los vasos mediastínicos sin comprimirlos e infiltra la cámara cardiaca del ventrículo derecho, disminuyéndola así como derrame pleural bilateral con atelectasias basales. Sin otro dato de interés.

Se decidió ampliar estudio con resonancia magnética cardíaca que evidenció compresión de la pared libre del ventrículo derecho por masa tumoral. Sin focos de necrosis ni de fibrosis en ninguna de las paredes del miocardio ni del pericardio. Masa en mediastino anterior y medio en toda su extensión desde su margen superior hasta el margen diafragmático que engloba y comprime algunas estructuras vasculares pero que no las infiltra. Imágenes sugestivas de síndrome linfoproliferativo vs carcinoma sarcomatoide.

Se comentó el caso con Equipo de Cirugía de Tórax que denegó posibilidades de biopsia quirúrgica por alto riesgo sugiriendo biopsia por punción guiada por TAC. Se realizó toracocentesis evacuadora para mejoría clínica, líquido a citología (negativa para atipias) y físico químico compatible con trasudado.

Frente a estos hallazgos el 2 de enero se solicitó PETTAC que evidenció gran masa en mediastino anterior y medio asociado a masa suprarrenal derecha asociado a lesión ósea lítica en la apófisis transversa derecha de T4 de aspecto metastásico. Se comentó el caso con Equipo de Intervencionismo que por estructuras adyacentes y alto riesgo de complicaciones denegaron la posibilidad de biopsia percutánea. Se solicitó traslado a centro de referencia de tercer nivel para completar estudio aceptándose el día 13 de enero del presente año.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso clínico de paciente con manifestaciones cardiacas arrítmicas en contexto de masa mediastínica compresiva de cámaras cardiacas considerándose sospecha de linfoma primario cardiaco vs carcinoma sarcomatoide, esto en contexto de antecedente de condrosarcoma, sin embargo, ante magnitud, localización y alto riesgo de intervención tuvimos limitación para estudio histopatológico. Finalmente se decidió en conjunto con paciente y familiares manejo conservador para mantenimiento de ritmo cardiaco.

P. #1863

HIPERPOTASEMIA EN URGENCIAS: MANEJO Y DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Ana Herrera Rodríguez, Maite Del Cerro Saelices, María Victoria Olalla Martín, Paloma Fernández Martín, Virginia Álvarez Rodríguez, Corina Cazorla Cana

Hospital de Getafe, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años que acude a urgencias por presentar malestar general y anorexia junto con negativa a la ingesta hídrica de 3 días de evolución, sin asociar otra clínica. El paciente está en seguimiento por su médico de atención primaria por presentar en analítica de hace un mes deterioro de la función renal y pendiente de valoración por Nefrología. Meses previos había estado en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y antiinflamatorios por un episodio de lumbalgia mecánica. Niega consumo de tóxicos o nueva medicación.

Exploración física: temperatura:36 °C, Tensión sistólica (mm Hg):60, Tensión diastólica (mm Hg):50, Frecuencia cardiaca(lat./min):117, Saturación de oxígeno (%):80, Glucemia capilar(mg/dl):59. Palidez cutánea. Glasgow 13/15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Deshidratación de mucosas, sudoración profusa. Alerta, orientado en tiempo y espacio Auscultación cardiaca: Rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: No datos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios, presentes y simétricos. Livideces hasta raíz de miembros, sin edema.

Se canalizan dos vías periféricas, se solicitan pruebas complementarias, electrocardiograma se observa onda T picuda en todas las derivaciones, indicativo de hiperpotasemia grave. En la analítica presenta un potasio de 9 mEq/L. Creatinina sérica de 4 mg/dL. BUN 30mg/dl, gasometría venosa ph 7.21, HCo3 7. resto normal.

Se inicia inmediatamente medidas antipotasio: administración de calcio gluconato intravenoso (10 mL de solución al 10%) para estabilizar la membrana celular. Bicarbonato de sodio intravenoso (50-100 mEq) para promover el cambio de potasio del espacio extracelular al intracelular. Insulina 10 unidades y glucosa 10% 500ml para facilitar el traslado del potasio hacia las células.

Se considera diálisis debido a la insuficiencia renal aguda y la incapacidad de la función renal para eliminar el potasio. Monitoreo electrocardiográfico continuo para detectar cambios en el ritmo cardíaco.

Evaluación del tratamiento con fármacos: revisión de los medicamentos que podrían haber contribuido a la hiperkalemia (omeprazol y aines).

Se solicita valoración por parte equipo de nefrología para determinar la necesidad de diálisis urgente pero dada la inestabilidad que presenta el paciente se decide ingresar al paciente en la unidad de cuidados intensivos.

Después de las primeras 12 horas de tratamiento, el paciente presenta una reducción significativa de la concentración de potasio en sangre a 6.8 mEq/L, y la función renal mejora parcialmente con una creatinina sérica de 2.0 mg/dL. Se realiza un seguimiento estrecho con ajustes del tratamiento y se inicia la hemodiálisis programada en las siguientes 48 horas.

CONCLUSIONES

La hiperpotasemia grave es una emergencia médica que puede desencadenar arritmias ventriculares mortales, y su reconocimiento rápido es crucial para prevenir complicaciones. En este caso, la identificación temprana de los síntomas clínicos y constantes vitales, junto con el hallazgo de alteraciones en el electrocardiograma, permitió una intervención inmediata, reduciendo el riesgo de arritmias graves-parada cardiorrespiratoria.

El manejo de la hiperpotasemia grave debe ser integral y basado en el estado clínico del paciente. En este caso, se emplearon medidas como la administración de calcio gluconato, bicarbonato de sodio, insulina y glucosa, junto con una evaluación rápida de la necesidad de diálisis. Es esencial que cada intervención sea adaptada al perfil clínico del paciente para lograr la reducción efectiva del potasio y estabilizar la función cardiovascular, junto con monitoreo electrocardiográfico continuo.

La intervención oportuna del equipo de urgencias, junto con la consulta temprana a nefrología, permitió determinar la necesidad de diálisis y ajustar el tratamiento. La colaboración entre especialidades es clave en el manejo de estas situaciones complejas.

P. #1867

TORMENTA ARRÍTMICA DURANTE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Andrea Cacabelos Dios, Ana Ordóñez Pastor, José María Santaolalla Felices

Servicio de Emergencias Sanitarias 061 de la Rioja, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Estando de guardia en la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA), avisan por un varón de 69 años con cuadro de dolor en brazo izquierdo irradiado a espalda, acompañado de sudoración y sensación nauseosa, de minutos de duración, haciéndose muy intenso, en vía pública. Fumador importante. Antecedente de Fibrilación Auricular (FA) paroxística. Tratado con amiodarona, bisoprolol y anticoagulado con rivaroxabán.
A nuestra llegada, el paciente se encuentra con aceptable estado general, hipertenso (180/128mmHg) y taquicárdico. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos y pulmonar sin alteraciones. Se realiza electrocardiograma en ambulancia, objetivando elevación de ST de V2 a V6 con FA a 150 lpm, en el contexto de presencia de dolor. Administramos doble antiagregación (Ácido Acetilsalicílico 300mg y Ticagrelor 180mg vía oral), metoclopramida intravenosa por náuseas y una dosis sublingual de nitroglicerina, mejorando tensiones y aliviando parcialmente el dolor. Se realizan electrocardiogramas de derivaciones derechas y posteriores con imagen especular. Se llama a hemodinámica en preaviso y se activa el Código Infarto. Durante el traslado al hospital (menos de 10 minutos, al encontrarnos próximos al mismo), continúa con dolor, administrando una segunda dosis sublingual de nitroglicerina. Una vez en el hospital, en el proceso de traslado a Hemodinámica, el paciente se encuentra muy nauseoso, con sudoración profusa, importante palidez cutánea y empeoramiento de su estado general, constatando en monitor una Fibrilación Ventricular (FV), realizando una desfibrilación a 200J. El paciente vuelve a presentar en tres ocasiones más nuevos episodios de FV, realizando de nuevo descargas en cada episodio. Debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente y la proximidad con la zona de reanimación de Urgencias, se moviliza al paciente ahí, presentando una taquicardia helicoidal tipo Torsada de Pointes en dos ocasiones, precisando dos nuevas descargas, administramos amiodarona 300mg, ondansetron y cloruro mórfico. Tras sexta descarga, se consigue finalmente trasladar al paciente a Hemodinámica, sin más complicaciones. La coronariografía urgente mostró enfermedad severa de la arteria descendente anterior (DA) proximal, realizándose angioplastia con implante de 2 stents a ese nivel.

CONCLUSIONES

La tormenta arrítmica es una urgencia vital que se define como 3 o más episodios de taquicardia ventricular (TV), fibrilación ventricular (FV) o descargas de un desfibrilador automático implantable en 24 horas. Su mortalidad es elevada, siendo fundamental determinar el tipo de arritmia ventricular y el factor desencadenante para dirigir el tratamiento.
La TV se clasifica en monomorfa y polimorfa. La monomorfa se asocia típicamente a cardiopatía estructural. Por el contrario, la TV polimorfa y la FV son más específicas de isquemia miocárdica. En el Síndrome Coronario Agudo (SCA) son frecuentes las arritmias ventriculares dentro de las primeras 24-48h, sin implicar un mayor riesgo posterior, puesto que la causa de la isquemia aguda puede ser reversible.
El manejo inicial de esta entidad debe incluir la revascularización coronaria y el uso de fármacos antiarrítmicos (bloqueadores beta, procainamida o amiodarona).
Este caso ilustra el manejo inicial de una tormenta arrítmica en el contexto de un SCA. Es primordial identificar adecuadamente el mecanismo subyacente para poder realizar un tratamiento adecuado, por lo que al estar ante un SCA se debe realizar el tratamiento de revascularización precozmente, para evitar consecuencias que podrían ser fatales.

P. #1870

TAPONAMIENTO CARDIACO

Silvia Cercas Lobo, Lluís Enric Castillero Díaz, María Andrea Garrido Quintero, Ane González Díez, Isel Borrego Yanes
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 80 años, hipertenso, dislipémico y diabético con antecedente reciente de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST con realización de angioplastia y colocación de dos stents solapados en coronaria derecha distal 15 días antes.
Consultó a urgencias 5 días después por dolor torácico orientándose como pericarditis aguda por elevación de reactantes de fase aguda y troponinas en la analítica de sangre y derrame pericárdico de 7mm en la ecocardiografía, siendo dado de alta con tratamiento con antiinflamatorios.
Reconsultó de nuevo a los 10 días por astenia, hiporexia, náuseas y diarreas con distensión abdominal, además de ortopnea y disnea de esfuerzo progresiva.
Constantes vitales: Tensión arterial 111/57mmHg; Frecuencia cardiaca 112 latidos/minuto; Frecuencia respiratoria 20 respiraciones/minuto; Saturación de oxígeno con gafas nasales 2L/min 94%
Exploración física: regular estado general, auscultación respiratoria con crepitantes en bases y cardiaca con tonos rítmicos sin soplos ni roces. Ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular positivos. Abdomen distendido con dolor a la palpación de hemiabdomen derecho, sin irritación peritoneal. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma: ritmo sinusal 99 latidos/minuto, QRS 100ms, eje desviado a la izquierda. Sin hallazgos patológicos nuevos en la repolarización.
- Gasometría venosa: pH 7,36; Lactato 2,3
- Analítica de sangre: Na 141, K 4,57. Cr 1,84mg/dL (previa 1). AST/ALT 45/57. NT-proBNP 2500 (previo 712). Plaquetas 292000, INR 1,27. *Hb 97 normo-normo. Reticulocitos 1,41%. Ferritina 2557, sideremia 5. B12 1279, Folato 38. *Leucocitos 14500 con neutrofilia 12300, PCR 102.
- Tomografía abdominal: Hallazgos sugestivos con colecistitis aguda (edema de pared, hipercaptación mucosa y cambios inflamatorios de grasa perivesicular) con líquido peritoneal sugestivo de perforada. Signos de hepatopatía crónica con hipertensión portal. *Notable aumento de derrame pericárdico 7–> 37mm con disminución de volumen de cavidades derechas.
- Rx tórax: cardiomegalia sin signos congestivos llamativos

Es valorado por cirugía general que interpreta que el derrame pericárdico podría condicionar una congestión venosa retrógrada con edema de pared vesicular y descartan la sospecha de colecistitis.
Es valorado por cardiología. Realizan ecocardio que muestra derrame pericárdico severo concéntrico (>3 cm en todos los planos) con compromiso de cavidades derechas y variabilidad de los flujos transvalvulares. VCI dilatada fija. FEVIp.
Orientan el caso como taponamiento cardiaco secundario a probable complicación tras angioplastia (principal sospecha por perforación coronaria).
El paciente ingresa en Semicríticos donde se le realiza pericardiocentesis urgente con extracción de 1,3L de derrame hemático. Progresivamente, mejora clínicamente y es dado de alta a los 5 días.

CONCLUSIONES

La perforación coronaria es una complicación rara de la intervención coronaria percutánea, pero puede desencadenar un taponamiento cardiaco que puede conllevar a la muerte del paciente. (1)
Su incidencia durante la angioplastia es del 0,2%, pero puede alcanzar el 3%. La guía de angioplastia es la causante en el 20% de los casos (2) aunque también puede deberse al inflado del balón o el stent o la aterectomía rotacional.
El taponamiendo se debe a la acumulación de líquido pericárdico que provoca la compresión de las cámaras cardíacas por aumento de la presión pericárdica. El pericardio tiene cierto grado de elasticidad; pero una vez que se alcanza el límite elástico las cámaras cardiacas disminuyen su tamaño reduciendo la distensibilidad diastólica. Una vez el pericardio ya no puede estirarse, pequeños volúmenes de líquido (50-100ml) pueden descompensar hemodinámicamente (3).

[1] Carvajal, G; Siles M; Fernández,J. Taponamiento cardiaco posterior a intervención cardiaca percutánea. Rev costarric cardiol. 20[1]3; [1]5(2): 3[1]-34.
2 Marti, V et al. Perforación coronaria complicada con taponamiento cardiaco sellada mediante coils metálicos. Rev Esp Cardiol. 2004;57(10):990-2.
3 Vargas et al. Rev Chil Anest. 2021.50(6):879-82).

P. #1884

DOCTOR, PERO... ¿NO ERA GASTROENTERITIS?

Marina Narváez Piña, Sofía García Vicente, Laura Rojas Saborido, Marta Muntané Padilla

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 57 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias por cuadro de dolor centrotorácico tipo opresivo no irradiado sin cortejo vegetativo asociado de 48 horas de evolución. Además, reporta deposiciones diarreicas sin productos patológicos y vómitos de 3 días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante.
A su llegada a Urgencias buen estado general, normotensa, refiere algo de disconfort torácico. Se realiza electrocardiograma (ECG) donde se evidencian ondas T negativas en cara anterolateral e inferior. Se extrae determinación analítica con valor de troponina 1300. Se contacta con Cardiología de guardia que acude a valorar a la paciente. En ecocardiografía transtorácica (ETT) objetivan hipoquinesia severa de todos los segmentos apicales y medios que condiciona una función sistólica severamente deprimida y disfunción severa de ventrículo derecho.
Ante los hallazgos, se contacta con Hemodinámica para realización de cateterismo urgente, en el cual no se detectan lesiones significativas. Posteriormente, se decide ingreso a cargo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dada la sospecha de miocarditis aguda con disfunción ventricular severa (FEVI 15-20%).
La paciente evoluciona adecuadamente durante su estancia en UCI con vigilancia estrecha y control sintomático, pasando a cargo de Cardiología que da de alta a domicilio con controles en consultas externas.

CONCLUSIONES

En este caso, a pesar de encontrarnos ante una paciente sin antecedentes de interés y con un cuadro de infección gastrointestinal, no se debe pasar por alto el dolor torácico que presentaba. Con un simple ECG se pudo evidenciar la repercusión de la infección a nivel cardíaco y la disfunción biventricular severa consecuente que podría haber tenido un desenlace fatal.
Gracias a una actuación precoz y un control estrecho, la paciente evolucionó adecuadamente durante su ingreso.
Es de especial importancia una evaluación rápida y un manejo multidisciplinario en este tipo de situaciones en las que el cuadro no es evidente dada la ausencia de inestabilidad hemodinámica o mal estado general en el momento de la llegada al servicio de urgencias.

P. #1905

CUANDO NI EL CORAZÓN TE HACE ABANDONAR LA PARTIDA

Mercedes Moreno López[1], ALBA Hernando Mate[1], DELIA Herranz Benito[1], Patricia González Cuadrado[1], Paula Queizan García[1], Germán Pablo Lalomia[2]

1. Hospital general Segovia, Segovia, España
2. Hospital general segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA:
Mientras juega al golf, episodio de palpitaciones con mareo que no cede con medidas habitual. Aunque no se encuentra bien conduce y realiza la compra, donde pierde el conocimiento.
EXPLORACIÓN:
Se encuentra diaforético y somnoliento. No recuerda el evento.
Presenta hipotensión (60/29 mmHG) y taquicardia (138lp), con saturación basal de 79%.
Resto sin alteraciones.
PRUEBAS REALIZADAS:
EKG URG: FC: 47LPM, ritmo regular, no se visualizan ondas P, QRR estrecho.
EKG INGRESO: Taquicardia regular de QRS estrecho a 150lpm. RS variable, sugiere taquicardia auricular.
ANALITICA: Leucocitos(137600x10E3/mm3), Creatinina 1,4mg/dL, Glucemia 183 mg/dl , NTproBNP: 628pg/mL(1331pg/mL al siguiente día), Troponinas 90 pg/mL (412 pg/mL, al siguiente día), Dimeros (3,37 µg/mL),Lactato(4mmol/L), Filtrado glomerular (45,2 mL/min).
HEMOCULTIVOS X 2.
RX.
ECOCARDIO: (ingreso previo; Dilatación de ambas aurículas, dilatación ligera de aorta ascendente. Ventriculo izdo no dilatado con función sistólica normal).
HOLTER: (ingreso previo: No pausas significativas, rachas no sostenidas de taquicardia supraventricular, abundante esv aislada).
TRATAMIENTO:
Se inicia carga de volumen + oxigenoterapia con mascarilla reservorio.
SSF 0.9% 500 ml IV, ondasetron 8mg IV, Adenosina 6 mg IV y posterior flush, fentanilo 60 mcg IV, midazolam 3mg IV, cardioversión eléctrica sincornica 150 J, amiodarona 300 mg IV, fentanilo 50 mcg IV.
EVOLUCION: Se mantiene 48 horas en UCI, sin recidiva arrítmica. Tendencia a bradicardia sinusal asintomática. Se habla con cardiología y se decide alta a planta. Ante sospecha diagnostica de taquicardia auricular se decide anticoagulación oral directa. Ante disfunción sinusal asintomática, se pauta dosis baja de betabloqueantes hasta EEG.
Se propone EEG y ABLACIÓN preferente en RIO ORTEGA. Si se descarta taquicardia auricular , se podría retirar anticoagulante y si no se pudiera proceder a la ablación, posiblemente se plantearía marcapasos.
Dada estabilidad hemodinámica y clínica en los siguientes días, se decide dar alta pte de citas, a los 4 días de la llegada a urgencias.

ABLACIÓN POSTERIOR: Taquicardia por reentrada en nodo AV de tipo común. Ablación con radiofrecuencia de la vía lenta nodal con criterios de efectividad. Se suspende lixiana y bisoprolol.
- revisiones por su MAP, en caso de iniciar intolerancia a esfuerzos, síncope.. REMITIR PREFERENTE

DIAGNOSTICO PPAL: TAQUICARDIA PAROXISTIXA SUPRAVENTRICULAR. OTROS DIAGBOSTICOS: DISFUNCIÓN SINUSAL ASINTOMÁTICO, INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TIPO 2. PICO FEBRIL SIN FOCO, FRACASO RENAL AGUDO PRERRENAL.

CONCLUSIONES

Generalmente, la taquicardia supraventricular no pone en riesgo la vida, a menos que tengas daño cardíaco u otra afección cardíaca. Sin embargo, si la taquicardia supraventricular es grave, los latidos cardíacos irregulares pueden causar que la actividad cardíaca se detenga de manera repentina.
Dos son los fármacos de elección: la adenosina (ATP) y el verapamilo, ambos por vía intravenosa y con una efectividad del 80 al 90%. * La adenosina, por sus escasas contraindicaciones, rapidez de acción y eliminación (vida media de 1,5 s desapareciendo el efecto en 15 s), se considera el fármaco de primera elección.
Una de las claves para este tipo de patología es la prevención y para ello hay unas indicaciones a tener en cuenta: Alimentación saludable y actividad física. Consumir alimentos frescos y variados, que incluyan en cada una de las comidas frutas enteras y verduras. Eliminar el Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, Control del estrés, hipertensión y diabetes. ..
Disminuir consumo de sal, mantén un peso saludable, un buen descanso...
Evitar desencadenantes de la taquicardia hasta que filiemos y tratemos etiológicamente la misma.
Una asistencia precoz a la hora de presentar clínica aumenta la supervivencia.
Es esencial, realizar las pruebas complementarias necesarias, así como seguir una estrategia de control del ritmo, Valorar el tipo de arritmia y en función de ello, realizar control farmacológico o eléctrico.

P. #1929

NO HE IDO NUNCA AL MÉDICO

Yolanda Benito Merino, Mónica García Fernández, Cristina Morillas Ramiro, Ángel Francisco Viola Candela, Verónica Elena Fermín Ramírez, Irene Palacios Aceña

HNSS, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años sin antecedentes de interés hasta hace 15 días , salvo bebedor de alcohol diario (3-4 cervezas). Con inicio de tratamiento entonces por IAM anterior con oclusión de arteria descendente anterior y circunfleja por lo que, en la actualidad tras el alta hospitalario hace 5 días, permanece en tratamiento con doble antiagregación, hipolipemiante a dosis altas, antihipertensivo y diuréticos, sumando la dapaglizfozina (ISGLT2). Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por cuadro de mareo de 7 horas de evolución que describe tipo inestabilidad, sensación de desvanecimiento, visión borrosa y sudoración, acentuado con los cambios posturales. No pérdida de conocimiento. Desde entonces, disnea asociada, de mínimos esfuerzos, que de forma progresiva se ha hecho de reposo. Niega dolor torácico ni palpitaciones. No ortopnea, oliguria ni aumento de edema miembros inferiores (MMII). Buena adherencia al nuevo tratamiento que se inicio tras ingreso durante 10 días por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) Killip IV (con edema agudo de pulmón asociado, que precisó ventilación mecánica y drogas vasoactivas-inotrópicas) con enfermedad de 2 vasos revascularizado y disfunción del ventrículo izquierdo 35-40%. Buena evolución en el ingreso y en domicilio al alta. Comenta inmovilización desde entonces, guardando reposo en domicilio. Pesadez de ambos MMII secundaria. Afebril. Niega proceso infeccioso intercurrente.
A su llegada, evidencia de signos de hipoperfusión con pulsos periféricos débiles, palidez generalizada y sudoración con la movilización.
A la exploración física: TA 89/60mmHg, PAM:60mmHg, desaturación basal de oxígeno (satO2) del 87%, taquipnea y disnea en reposo (precisa ventimask 9lpm para satO2 >92%). Rítmico (hipofonético), impresiona soplo mitral y crepitantes en bases. No edema de MMII sin aparentes signos de trombosis venosa.
Se monitoriza al paciente y se realiza electrocardiograma, en ritmo sinusal a 75lpm, eje +90°, PR constante a 160ms y QRS >120ms con imagen de bloqueo completo de rama derecha (BCRDHH), no presente en el ingreso previo, y Q patológica con T negativa V1-V5.
Como parte de la exploración física y dados los antecedentes, se realiza ecocardiograma clínico con disfunción del ventrículo izquierdo severa (FEVI 25-30%) con acinesia septal y anterior e insuficiencia mitral severa (no descrita previamente) ; ventrículo derecho no dilatado, con disfunción leve.
Se realiza como pruebas complementarias, radiografia con datos de congestión pulmonar y analítica con gasometría venosa, donde destaca hiperlactacidemia de 5.1 deterioro dela función renal (Creatinina de 4)
Se inicia aporte de fluidos con SSF 0.9% y dada la persistencia de la inestabilidad hemodinámica se canaliza vía central y se

inicia infusión de vasopresores (noradrenalina) e inotrópico (dobutamina). Ante la desatO2 a pesar de O2, se inicia ventilación mecánica no invasiva con mala tolerancia, precisando alto flujo y se traslada paciente a UCI coronaria ante evidencia de shock cardiogénico; se inicia también tratamiento diurético, con buena evolución progresiva durante su estancia en la misma.

CONCLUSIONES

Destacar la complejidad que suponen algunos pacientes, que minimizan patologías previas o incluso no saben que sufren de las mismas.
Importancia de la ecografía clínica dentro del campo de la patología urgente/emergente para llegar, en un primer momento, a una orientación diagnóstica basada en hallazgos objetivos que nos hagan descartar otros diagnósticos posibles a priori y nos permite actuar con rapidez
Importancia de una atención de calidad ante una emergencia, con realización de técnicas dentro del servicio de urgencias y uso de la diversidad de terapias de las que disponemos y en las que debemos familiarizarnos para uso rápido ante una emergencia.

P. #1930

MUJER DE 76 AÑO CON DOLOR TORÁCICO

Amara Aladel Ponce, Paula Pérez Mut
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años con Antecedentes patológicos de Aneurisma de Aorta, Osteoporosis, Sd. Sjogren sin seguimiento, disfagia a líquidos estudiada por digestivo, dolor torácico estudiado por cardiología descartándose origen cardíaco.
La paciente acude a su centro de Atención Primaria para un control tensional y mientras estaba esperando en la sala de espera, comienza con dolor centrotorácico opresivo no irradiado, malestar general, dispnea y mareos. Es llevada al box de Urgencias del centro donde se toman constantes y se realiza ECG que muestra un Bloqueo AV completo a 35-40lpm con Ondas T negativas en cara inferior que junto con la clínica presincopal y dolor torácico se comenta con hemodinamia y se activa código IAM.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA: 177/70mmHg SatO2: 98% FC: 40lpm
Diaforética, palidez mucocutánea, taquipneica.
ECG: Bloqueo AV de 3er grado con T negativas de V1-V4 NO presente en ECG previos.
Se administra medicación analgésica para el dolor (Morfina) siguiendo la sistemática ABCDE.
Ante los hallazgos en el ECG se decide derivación a Hospital, sin embargo, debido a la clínica de dolor torácico y T negativas se decide activar Código IAM para realización de cateterismo.
El cateterismo no mostró alteraciones coronarias. Se decidió colocación de Marcapasos posterior por bloqueo AV completo.

CONCLUSIONES

Se trata de una paciente con antecedentes de dolor torácico y cuya primera sospecha fue descartar una disección de aneurisma. En este tipo de casos es muy importante la secuencia ABCDE ya que es una situación de alto riesgo y no seguir una sistemática puede inducir a error.
Este caso fue llevado a cabo en el ámbito de Urgencias de atención primaria, donde cobra especial sentido el seguir una sistemática ya que los medios son más escasos y los nervios de la situación pueden inducir a error.
Mantener la calma, seguir una sistemática y actuar en consecuencia a los resultados es lo que marcará la diferencia ante una Urgencia de alto riesgo.

P. #1948

EL DESAFÍO DEL SÍNCOPE: NAVEGANDO POR EL BLOQUEO AV EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Eduardo Bajo Cardassay, Carlos García Granados, Andrea Fernández Suárez, Janire Villar Ramos

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: síncope de 86 años trasladada por síncope sin pródromos en domicilio.
Antecedentes Personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, estenosis aórtica leve-moderada, esteatosis hepática, diverticulosis, artrosis. No hábitos tóxicos. Medicación previa incluye Paracetamol, Valsartan/Hidroclorotiazida, Atenolol, entre otros.
Historia Actual: mujer de 86 años que acude a Urgencias derivada en ambulancia desde Atención primaria por cuadro de síncope sin pródromos en domicilio de minutos de duración. Sin presentar palpitaciones dolor torácico, disnea o vegetatismo. En el momento de ser atendida en Atención Primaria la paciente se encontraba hipotensa y bradicardia por lo que le realizan EKG que describen como BAV completo.
Exploración física: TA 70/40 mmHg FC 35 lpm SatO2 97% GN 2L/min Mal estado general, sudorosa y obnubilada con signos de hipoperfusión periférica. AC: rítmico, sin soplos. Bradicardia. AP: MVC con crepitantes en ambas bases pulmonares.
Pruebas complementarias: ECG: BAV completo a 35 lpm con onda de lesión trasmural inferior.
Evolución: se realiza ETT en observa acinesia inferior con extensión al ventrículo derecho y FEVI del 50%. Se inician medidas para el manejo del shock cardiogénico con administración de noradrenalina y atropina, así como marcapasos transcutáneo. Se traslada a la paciente a sala de Hemodinámica donde se realiza coronariografía en la que se aprecia oclusión trombótica de CD proximal, tratada con aspiración de trombo y angioplastia. Revascularización exitosa de CD con resolución de BAV completo. Ajuste de tratamiento con recuperación estable, asintomática al alta.

CONCLUSIONES

La identificación precoz de datos de alarma como la hipotensión severa y la bradicardia en el contexto de un síncope sin pródromos es crucial. Este caso destaca la importancia de la identificación y manejo rápido del bloqueo auriculoventricular completo como complicación de un infarto agudo de miocardio inferior. La gestión inicial incluyó la estabilización hemodinámica mediante la administración de noradrenalina y el manejo de la bradicardia refractaria a atropina, destacando la necesidad de medidas de reanimación avanzadas y el reconocimiento temprano de los signos de isquemia miocárdica grave. La intervención oportuna con coronariografía y revascularización resultó en la resolución del bloqueo y estabilización del paciente. Este caso destaca la importancia de la evaluación rápida, la identificación de datos clínicos de alarma y la implementación de medidas de primera asistencia para estabilizar al paciente y facilitar la intervención definitiva. La coordinación entre los equipos de urgencias y cardiología es esencial para el manejo exitoso de estas situaciones potencialmente letales.

P. #1960

HEREDEROS DE CORAZÓN

Rosa Baz Carranza, Blanca Berruete Gómez, Alberto Botin Gómez, María De Los Milagros Montoya Linares, Sonia García Castro, June Ibarguchi Villadangos

HU Álava, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una mujer de 43 años, que acude por dolor torácico a Urgencias
Se trata de una paciente sin antecedentes personales clínicos de interés. Llega a nuestro país hace 3 meses. No intervenciones quirúrgicas previas. No refiere consumo de tóxicos. No realiza tratamiento de forma habitual.
Antecedentes familiares, con madre fallecida a los 57 años de un infarto de miocardio.
La paciente acude a nuestro servicio por sus propios medios, sola, refiriendo dolor torácico de 1 semana de evolución, que ha empeorado los últimos 3 días. El dolor es de tipo opresivo, irradiado a extremidad superior izquierda y ocasionalmente acompañado de nauseas. El dolor no empeora con el ejercicio, ni el reposo, parece que dura unos 40 minutos, y le cede con la ingesta de agua. Decide acudir a Urgencias, porque ha presentado un episodio de desvanecimiento, sin síncope. Niega palpitaciones, ni disnea, ni otra clínica.
Durante su estancia en Urgencias, se realiza exploración física sin hallazgos patológicos, se realiza electrocardiograma, donde se objetiva T negativa en V1 a V4 no conocidas previamente (no disponíamos de electrocardiogramas previos de la paciente), analítica sanguínea general con enzimas de daño miocárdico (TNI) objetivando una primera cifra de 22 y posteriormente de 35, sin otros hallazgos significativos, y radiología simple de tórax, que no objetiva patología.
Se comenta con Cardiología quien realiza ecoscopia a pie de cama, sin objetivar aparente patología, y deciden citarle de forma preferente para una eco de esfuerzo.
Se procede al alta hospitalaria, y la paciente se remite a su domicilio.
A las 12 horas la paciente avisa a emergencias y se remite en soporte vital básico, por dolor torácico, mareo con giroscopia, visión borrosa, nauseas, 3 vómitos alimentarios, y deposiciones blandas.
En la exploración física se objetiva tendencia a hipotensión arterial (93/62 mmHg), dolor a la palpación en hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha, sin otros hallazgos significativos, incluida exploracion neurologica.
Se realiza nuevo electrocardiograma objetivando aplanamiento de ST de V1 a V3 y T negativas en aVL, como cambios a destacar con previos, y se pauta analgesia convencional.
Se repite analítica con enzimas de daño miocárdico (TNI) elevando cifras a 75, posteriormente 113 y la ultima de 178. Durante la monitorización continua, se objetiva cambio de ritmo sinusal a ritmo nodal, que junto a la elevación enzimática, nos alerta y se contacta con cardiología.
Se indica cateterismo urgente y se objetiva una enfermedad trivaso, con obstrucción completa de la arteria coronaria derecha, donde se realiza trombectomía e implantación de stent

farmacoactivo con buen resultado final.
Arteria descendente anterior con enfermedad difusa y severa del ostium hasta segmento medio, siendo pontable a nivel distal, 1ª diagonal con lesion del 90%.
Arteria circunfleja con lesion significativa proximal en bifurcación con 1° OM y 2°OM, con lecho pontable en 2°OM.
Tras implantación de stent en coronaria derecha, se mantiene ingresada para posterior valoración de revascularización en descendente anterior y circunfleja mediante angoplastia o mediante revascularización quirúrgica.

CONCLUSIONES

- La presencia de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica debe ponernos en alerta ante paciente con clínica sospechosa
- En cardiopatía isquémica crónica, la elevación de las enzimas de daño miocárdico no siempre se correlacionan con la gravedad de las lesiones coronarias objetivadas
- La presencia de minima elevación del ST con cambios del ritmo puede ser indicación de cateterismo urgente

P. #1966

SHOCK ¿SIEMPRE SE ENCUENTRA LA CAUSA?

Juan Diego Domínguez Gragera
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA:
Otalgia intensa. Desorientación.
ANTECEDENTES PERSONALES:
Varón, 56 años de edad.
Sin factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos.
Carcinoma de esófago diagnosticado hace 1 año. Se realizó intervención quirúrgica de esofagectomía total hace 10 meses, con alimentación a través de gastrostomía endoscópica percutánea. Pendiente cirugía de reconstrucción. Actualmente libre de enfermedad y libre de enfermedad.
Otitis medias de repetición desde intervención quirúrgica. Portador de drenajes transtimpánicos desde hace 6 meses.
ANAMNESIS:
Varón de 56 años de edad, con los antecedentes personales descritos, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por otalgia derecha intensa. Además su pareja comenta que ha presentado episodio de desorientación, en la que no sabía donde se encontraba, con respuestas incoherentes y el habla algo enlentecida. Ha consultado por la otalgia en 2 ocasiones más en los últimos 4 días, pautándole analgésicos y antibioterapia con Amoxicilina/Clavulánico.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Paciente somnoliento, pálido, sudoroso, deshidratado, con regular perfusión distal (relleno capilar >2 segundos) ligeramente taquipnea en reposo.
Constantes vitales: Frecuencia Cardíaca 110 lpm, Tensión Arterial: 75/45 mmHg, Saturación Oxígeno Basal: 92%, Temperatura axilar: 38.9°C
Auscultación Cardiopulmonar: Rítmico, taquicárdico, no soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado con algún roncus en base derecha.
Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes y normales. Blando, depresible, no se palpan masas, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa.
Neurológica: Paciente con tendencia al sueño, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, habla algo enlentecida, con respuestas a preguntas complejas incoherentes. No disartrias. Resto exploración neurológica anodina.
Otoscopia derecha: Se aprecia drenaje normocolocado, con discreta salida de material purulento. Resto anodino.
EVOLUCIÓN:
Tras exploración física, alta sospecha de Shock de probable origen séptico con foco ORL. Se canalizan 2 vías venosas periféricas, se extraen hemocultivo x2, urocultivo, cultivo de secreción ótica, analítica con hemograma, coagulación, bioquímica y sistemático e iones en orina y solicita Radiografía de Tórax. Se pauta analgesia y antipiréticos, se inicia sueroterapia con Suero Salino Fisiológico (SSF) a 30 ml/kg y antibioterapia empírica con Meropenem.
En pruebas complementarias se objetivó una discreta leucocitosis con neutrofilia, sin elevación de reactantes de fase

aguda, Lactato en 4.4 mmol/L, y fracaso renal agudo con Filtrado Glomerular estimado de 27 mL/min. En radiografía de tórax no se aprecian condensaciones ni infiltrados. Resto de analítica normal. Estudio cardíaco normal.
Tras 1500 cc de SSF, el paciente continúa hipotenso, con TA en torno 80/45 mmHg, por lo que se decide iniciar perfusión de Noradrenalina a 0.1 microg /kg/min.
Sin fiebre el paciente continúa con alteración neurológica. Se decide realización de TAC craneal para descartar complicación de otitis media, descartándose. Se amplía estudio con punción lumbar, siendo el resultado citobioquímico normal.
Persistencia de hipotensión a pesar de aumento de drogas vasoactivas hasta 1 microg /kg/min. Descartándose foco ORL y neurológico, se comenta caso con el Servicio de Radiología, que acepta realización de TAC toracoabdominal. En dicha prueba de imagen no se objetivan causas agudas que justifique la clínica.
Tras tratamiento y estudio en el Servicio de Urgencias, y al no encontrarse causa que origine el shock, se comenta con los compañeros de Cuidados Intensivos, que ingresan al paciente en su Unidad.
Tras 6 días de ingreso, el paciente se encuentra asintomático sin necesidad de tratamiento. Se completó estudio con ecocardiografía siendo también normal. No se objetivaron sangrados digestivos durante ingreso. Resultado de cultivos negativos.
JUICIO CLÍNICO:
Fue dado de alta con diagnóstico de Shock distributivo de origen desconocido.

CONCLUSIONES

El shock de origen desconocido presenta un reto diagnóstico y terapéutico. En este caso, la monitorización hemodinámica continua, el tratamiento empírico y el trabajo multidisciplinario fueron fundamentales para estabilizar al paciente mientras se descartaban las causas comunes.

P. #1967

PERICARDITIS IDIOPÁTICA

Elvira María Sánchez Fernández[1], Ana Bonmatí Seva[2], Antonio Fernández Rosillo[2], María Zamorano Rivas[2]

1. Médico, Málaga, España
2. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Paciente mujer de 29 años, natural de Inglaterra, desde hace seis años residente en España. Portadora de marcapasos St Jude (2016) por síncopes. Acude a urgencias refiriendo síntomas respiratorios y sensación febril de dos semanas de evolución. Tras seis días, comenzó con dolor progresivo de características pleuríticas en zona costal izquierda resistente a analgesia oral.
Exploración y pruebas complementarias
Consciente, orientada. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca y respiratoria: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado.
Abdomen blando, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Ruidos presentes. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Analítica sanguínea: Glucosa 92, Urea 17, Cr0.78, GFR >90. Na 139, K 3.53, Cl 104. Lipasa 40, Amilasa 72. Tn I <2.5. NT-proBNP 42. LDH 234. ALT 22. Btotal 0.65. PT 8.1, Alb 4.4, PCR <4. GSV normal, Hb14.6, 14090 leucocitos con ligera desviación izquierda (9010 NT), 315000 plaquetas.
Radiografía de tórax: ICT <50%. Ausencias de infiltrados o condensaciones alveolares. Ligero pinzamiento pleural izquierdo.
ECG: Ritmo sinusal a 83 lpm. Eje normal QRS estrecho. Elevación de ST generalizada cóncava sin otras alteraciones de la repolarización.
Serologías: CMV y VEB: IgG positivas; Legionella IgM positiva.
Orientación diagnóstica / Juicio Clínico
Pericarditis aguda. Serología Legionella positiva asintomática.
Diagnóstico diferencial
Infarto de miocardio. Neumotórax Costocondritis Disección aortica Neumonía, Colecistitis.
Comentario final
La paciente es dada de alta por parte de Cardiología con observación y tratamiento domiciliario ya que se descartan signos de alarma en el momento. Se decide seguimiento y control analítico y de tensión arteriales por parte de Atención Primaria y Cardiología. Se deriva a la paciente a Unidad de Infecciosas para mayor estudio.

CONCLUSIONES

La pericarditis aguda idiopática es una causa relevante de dolor torácico en urgencias, especialmente en pacientes jóvenes sin antecedentes cardiovasculares. Su diagnóstico diferencial incluye patologías potencialmente graves como el infarto agudo de miocardio, la disección aórtica, la embolia pulmonar, la miocarditis y el neumotórax, entre otras. La identificación adecuada del cuadro es crucial para evitar retrasos en el tratamiento y la aplicación de estrategias terapéuticas incorrectas.

En este caso, la combinación de dolor torácico pleurítico, cambios electrocardiográficos sugestivos (elevación difusa del ST sin imagen en espejo), la ausencia de criterios de síndrome coronario agudo fueron clave para su diagnóstico.
El tratamiento temprano con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y colchicina ha demostrado reducir el riesgo de recurrencias y complicaciones. En caso de no diagnosticarse a tiempo en urgencias, la inflamación pericárdica podría progresar y derivar en complicaciones graves como taponamiento cardiaco, insuficiencia cardiaca o pericarditis constrictiva. Además, el paciente podría recibir un manejo inadecuado si se confunde con un síndrome coronario agudo, lo que aumentaría el riesgo de efectos adversos por tratamientos innecesarios.
Este caso resalta la importancia de una evaluación minuciosa del dolor torácico en el contexto de urgencias y la necesidad de un seguimiento adecuado para optimizar la recuperación del paciente y prevenir complicaciones a largo plazo.

P. #1978

CUANTO MÁS CONFUSO, MÁS PELIGRO ESCONDIDO

Yolanda Benito Merino, Verónica Elena Fermín Ramírez, Irene Palacios Aceña, Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Isabel Corbacho Cambero

HNSS, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años sin antecedentes de interés. Sin tratamiento habitual. Vida activa.
Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), por sus propios medios, por episodio de dolor torácico en la mañana mientras montaba en bicicleta. Refiere dolor centrotorácico que describe como pinchazo con irradiación hacia ambos brazos tipo calabrazo. Desde entonces, (2 horas de evolución), persistencia del dolor, con disminución en la intesidad tras el reposo, siendo ahora una molestia sorda. Niega cortejo vegetativo asociado ni disnea. Tampoco palpitaciones. Desde la última semana describe episodios repetidos, de similares características, también asociados al esfuerzo de 30-60 minutos de duración y resolución tras el reposo. Toma de ibuprofeno con desaparición del dolor. No ortopnea, DPN, oliguria ni aumento de edema MMII. Afebril. Niega proceso infeccioso intercurrente ni previo. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.
A su llegada, paciente consciente y orientado, normocoloreado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente TA 128/78mmHg, FC 57lpm, afebril, buena saturación de oxígeno (98% basal).
A la exploración física: auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad, sindolor a la palpación.
Se realiza electrocardiograma siendo patológico; con evidencia de ritmo sinusal a 50lpm, eje -60°, PR constante a 160ms, QRS 120ms con imagen bloqueo rama derecha (ya previo). Destaca T negativa V1-V3 (profunda en V3) y T bifásica V4 sugestivo de patrón Wellens tipo 2. Se realizan derivaciones derechas con T negativas V3R a V6R y dudas de elevación 0.5mm en aVL.
Se inicia antiagregación con acido acetil salicílico dosis de carga, ante alta probabilidad de síndrome coronario agudo sin elevación del ST de alto riesgo.
Tras resultado analítico, elevación marcada de troponinas de alta sensibilidad (300) sin otras alteraciones.
Al tratarse de un hospital de nivel II, se activa código infarto ante SCASEST de alto riesgo (patrón Wellens tipo 2). Se añade 2° antiagregante con ticagrelol y se traslada al hospital de referencia para realización de coronariografía, donde se objetiva enfermedad coronaria de un vaso, con descendente anterior distal ocluida.

CONCLUSIONES

Recordar presentaciones no tan frecuentes y no tan típicas de los síndromes coronarios agudos.
Destacar las alteraciones electrocardiográficas, no tan llamativas como la elevación del ST, pero con alta probabilidad de corresponder con daño coronario. Así como la inespecificidad clínica que suelen esconder estas presentaciones.
Detectar este tipo de presentaciones, dado a la complejidad de

las mismas, y al poder desencadenar complicaciones fatales en un corto periodo de tiempo, complicándose en un infarto extenso, si no son tratadas en un margen corto de tiempo, ya que existe alto riesgo de progresión a infarto anterior, disfunción ventricular izqueirda o muerte súbita
Dicho lo cual, es importante manejar de entrada este tipo de pacientes, como un SCACEST, aunque en una exploración inicial no llegue a asustar tanto.

P. #1980

UNA PACIENTE QUE NO ME CUADRA. DISECCIÓN AÓRTICA CON CLÍNICA ATÍPICA

Laia Cabré Bargallo[1][2]
1. Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, España
2. Servei d'Emergències Mèdiques de Catalunya, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años con hipertensión, insuficiencia renal crónica y diabetes que no se trata. Antecedente de intervención de columna.
Por la mañana:
Inicia con dolor súbito en el cuello mientras estaba barriendo. Llama a la ambulancia y explica que presenta un dolor centro torácico irradiado a la espalda, con sensación de peso, Escala Visual Analogica 7/10, sensación disneica. Cuando la valoran los compañeros, presenta Eva 10/10, ya no presenta diaforesis. Sensación de hormigueo en ambos brazos.
Se realiza traslado a Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) de la zona para descartar infarto. En el CUAP presenta exploración física normal, con pulsos distales presentes y simétricos, se realiza electrocardiograma que resulta normal, se cursan troponinas que salen negativas y hemoglobina de 15g/dL por lo que se trata con analgesia que mejora el dolor y se orienta el caso como dorsalgia no especificada.
Por la tarde:
La paciente realiza nueva consulta al 061 por reinicio de dolor intenso, malestar general y vómitos. Vuelve a acudir la ambulancia básica que activan la avanzada por presentar cianosis facial.
Los compañeros de la avanzada validan estado de la paciente, con cianosis facial, cuello y zona mamaria con dolor torácico irradiado a la espalda. Relalizan nuevo electrocardiograma que resulta normal. Pulsos distales bilaterales presentes y simétricos. Hematemesis sin coágulos. Se decide derivación a horpistal de referencia. Signos vitales: frecuencia cardíaca (FC) 94 latidos por minuto (lpm), tensión arterial (TA) 120/70mmHg y saturación de 96 con FiO2 21%.
A su llegada la paciente presenta un color céreo, con sensación nauseosa, y persiste dolor, que lo refiere tanto torácico como irradiado a la espalda.
Se pasa la paciente a box de críticos, se le colocan dos vías periféricas, se saca analítica y se plantea diagnóstico diferencial:
- Infarto de miocardio, que se descarta por presentar electrocardiograma normal y las troponinas normales de la mañana
- Patología osteoarticular de columna con elevado dolor dados los antecedentes de intervención de columna, que se descarta por no presentar dorsalgia previa.
- Patología digestiva, como una gastroenteritis o una úlcera gástrica dada la hematemesis, que se descarta por presentar inicio del dolor en el cuello y la ausencia de vómitos hasta la tarde.
- Disección aórtica con presentación atípica, dado el color céreo y el dolor de espalda, se decide seguir como diagnóstico de trabajo.

Siguiendo el diagnóstico de trabajo, se traslada a sala de

radiología para realizar una angiotomografía de aorta.
Mientras empiezan a salir las imagenes se visualiza disección de aorta que afecta a raíz aórtica por parte del médico de urgencias, por lo que se activa sin más dilación traslado interhospitalario con helicoptero a hospital con cirugía cardíaca.
Mientras se espera al traslado se inicia bomba de perfusión de labetalol para control de FC y TA.
Se realiza traslado con aerotransporte medicalizado y cirugía cardíaca con éxito, en el momento actual persiste ingresada y en estudio.

CONCLUSIONES

La disección aórtica es una patología que se presenta hasta el 50% con clínica atípica, hata el 15% como sincopes. La ecografía in situ o una prueba de imagen con tomografía precoz es esencial para diagnóstico certero, y no es hasta que se "rompe" que no aparecen los signos de shock.
Se trata de una patología con riesgo vital a la que hay que estar atentos, sobretodo en pacientes con dolor a la espalda y que no acaba de encajarnos nada.
Es clave la cirugía precoz y hasta que no se pueda realizar, mantener el control de la FC<60lpm y TA <120mmHg siempre que no haya disfunciones orgánicas. Recordemos también mantener el control del dolor del paciente para mejorar su comfort.

P. #2004

DE SGARBOSSA A BARCELONA. EL BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA Y LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Jorge Ferrete Sánchez[1], Elia Migueláñez Sánchez[1], Sergio Migueláñez Sánchez[2]

1. Gerencia de Atención Primaria de Segovia, Segovia, España
2. SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los criterios diagnósticos para un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), según la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) del año 2023, incluyen la elevación del segmento ST medido desde el punto J en al menos dos derivaciones contiguas1:
- ≥ 2,5mm en varones de 40 años, ≥ 2mm en varones ≥ 40 años o ≥ 1,5mm en mujeres (independientemente de la edad) en las derivaciones V2 y V3.
- Y/o ≥ 1mm en otras derivaciones (en ausencia de hipertrofia ventricular izquierda o bloqueo de rama izquierda).

Así mismo, los pacientes con dolor torácico típico y bloqueo de rama izquierda (BRI), bloqueo de rama derecha (BRD) o en ritmo de marcapasos, deben ser tratados como SCACEST, si existe la elevada sospecha clínica de isquemia miocárdica en curso1.
Aunque el BRI tiene una prevalencia escasa2, alrededor del 3%, han sido varios los grupos de trabajo que han intentado aproximar el diagnóstico de síndrome coronario agudo mediante diversos algoritmos:
- Sgarbossa et all, en 1996, propusieron una serie de criterios electrocardiográficos para implementar el diagnóstico de pacientes con clínica de isquemia miocárdica aguda que presentaban un BRI3.
- Estos fueron modificados por Smith, Dodd et all, en 20124.
- En el año 2020, se desarrollaron los criterios del Algoritmo Barcelona a fin de tratar de mejorar la sensibilidad que aportaban los Criterios de Sgarbossa y los de Smith y Dodd5.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión sistemática es describir los distintos algoritmos / criterios utilizados para la aproximación diagnóstica del infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes que presentan un BRI.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía disponible a texto completo en los metabuscadores Pubmed y NHS Evidence utilizando las siguientes palabras clave: "Left Bundle – Branch Block", "STEMI" and "Criteria", siendo excluidos los reportes de casos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Sgarbossa et all identifican tres criterios que pueden mejorar el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes

que presentan un BRI.
1. Elevación del segmento ST ≥1 mm concordante con el complejo QRS (5 puntos).
2. Depresión del segmento ST ≥1 mm en las derivaciones V1, V2 o V3 (3 puntos).
3. Elevación del segmento ST ≥5 mm discordante con el complejo QRS (2 puntos).
Una puntuación mayor o igual a 3 presenta una especificidad del 90% para el diagnóstico de IAM, pero tan solo cuenta con un 35% de sensibilidad3.
Los Criterios de Smith, Dodd et all, modifican el tercer criterio de Sgarbossa, reemplazándolo por la proporción entre la elevación del ST y la profundidad de la onda S menor o igual de 0.25. Tras estas modificaciones, se alcanzó una sensibilidad de hasta el 67% y una especificidad superior al 90%4.
En 2020 se publicaron los criterios del Algoritmo Barcelona:
1. Desviación del segmento ST ≥1 mm concordante con la polaridad del QRS en cualquier derivación del ECG.
2. Desviación del segmento ST ≥1 mm discordante con la polaridad del QRS, en cualquier derivación del ECG, con QRS de bajo voltaje (voltaje R o S máximo ≤6mm).
Los datos del estudio mostraron una sensibilidad del 94%, mayor que sus predecesores; y una especificidad del 88%, similar a los anteriores5,6.

CONCLUSIONES

Dado que los Criterios de Sgarbossa y sus modificaciones están ampliamente estudiados y validados, y los del Algoritmo Barcelona se han estudiado en una muestra de población muy escasa, todavía no se encuentran aprobados por la comunidad científica, aunque los resultados parecen prometedores.
Además, no debemos olvidar que los pacientes con dolor torácico típico e imagen electrocardiográfica de BRI deben ser tratados como Código IAM según los protocolos actuales de cada comunidad autónoma.

P. #2010

SÍNDROME DEL CORAZÓN FESTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Barboza Trujillo, Juan Paz Galiana, Luna Calderón Frapolli, Antonio Martín Paez
Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Ingresa en Box de críticos: Paciente mujer de 45 años sin antecedente personales de interés acude traída por 061 por episodio de síncope con pérdida de control de esfínteres hace 1 h aprox (sobre las 16:00 h). Refiere facultativo del 061 que la paciente ha presentado en monitor rachas de FC 33 lpm transitoria, con hipoTA de alrededor de 75/50 mmHg. Según refieren acompañantes la paciente estaba de fiesta y había consumido alcohol (4 cervezas y copa) . En el traslado solo se le ha administrado 10mg de metoclopramida y tiamina.
> EXPLORACION: TA 95/68 mmHg, FC 100lpm, SatO2 95% basal.
>ACP: arrítmica, sin soplos audibles, MVC sin ruidos añadidos
>ABD: blando, depresible, sin masas, megalias ni signos de irritación peritoneal.
>MMII: sin edemas ni signos de TVP
>NEUR: estado de conciencia fluctuante, en algunos momentos abre los ojos a la llamada y en otros casos al dolor. Orientada en espacio, tiempo y persona, con lenguaje en ocasiones ininteligible. Localiza dolor. GSC 12-14/15. PICNR. MOEs conservados.Resto de exploración neurológica no concluyente por escasa colaboración de la paciente.
> PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
EKG ambulancia: bradicardia sinusal a 55lpm con PR constante y sin alteraciones de la repolarización.
Se solicita analticas con etanol, analitica de orina con tóxicos, radiografia de tórax portátil y TC craneal. Durante su estancia en críticos, la paciente presenta cuadro sincopal con pérdida de tono muscular y ronquido que revierte espontáneamente a los 10 segundos aproximadamente. En monitor se observa pausa en ECG de unos 5s, con FA variable entre 50 y 95lpm.
Se obtiene ECG en el que se objetiva dicha pausa. Se IC con Cardiología para valoración. AS: BQ: Glu 77, Crea 0.84, Na 144, K 3.43 PCR<2.9, Troponina I
Hematimetría: Hb 13.3, Leu 19910 (Neu 8960), plaq 251000. Etanol 236 Dímero D 34953.00 Coagulación: en rango.Orina: normal Tóxicos negativo. Test de embarazo negativo. Se solicita angioTAC torax. Acude Cardiologia de Guardia: la paciente presenta nuevo episodio con pausa 10 seg en monitor que necesita RCP corta duración (<1 min) + atropina y adrenalina con recuperación de ritmo. Vuelve a presentar nueva pausa mientras trasladaban al TAC (ronquido, pausa >5 seg, pérdida de conciencia) que necesita RCP + Adr. Persiste hipoTA (70/40) por lo que vuelve a criticos. Posteriormente se repite varios episodios más de menor duración , por lo que se decide esperar a colocación de marcapasos transitorio antes de realizar P. Complementarias. ECG FA RV en torno a 80lpm, con rachas más lentas (FC en torno a 60) y otras más rápidas en torno a 120lpm. No alteraciones de la repolarización Ecocardioscopia: VI no dilatado ni hipertrófico, FEVI conservada sin segmentariedad. No valvulopatías izquierdas significativas. Cavidades derechas de

tamaño y función normales. No derrame pericárdico.
DIAGNOSTICO: FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO. CHA2DS2-VA 0. PAUSAS SINTOMÁTICAS. FEVI CONSERVADA
- Se Comenta caso con UCI coronaria que proceden a insertar cable de MP intracavitario con acceso yugular derecho. Se traslada al TAC. TAC craneo sin hallazgos patológicos, Angio TC torax:No se observan signos radiológicos sugerentes de TEP. Finalmente se decide implante de MCP bicameral modo DDDR medtronic.

CONCLUSIONES

El consumo excesivo y agudo de alcohol puede provocar el síndrome del corazón festivo que se caracteriza por arritmias cardíacas, incluida la fibrilación auricular. Hay estudios que revelan nuevos conocimientos sobre el síndrome del corazón festivo sugiriendo que la ingesta aguda y elevada de alcohol modula el sistema nervioso autónomo el cual sería el responsable de los eventos arrítmicos descritos. A pesar de la poca prevalencia de dicho síndrome es de gran importancia su conocimiento en la comunidad médica y en la salud pública principalmente por el alto consumo de alcohol a nivel mundial.

P. #2018

DISECCIÓN AÓRTICA EN JOVEN SIN FACTORES CLÁSICOS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO URGENTE

Sonia Ruiz Morales[1], Tareca Díaz Grijuela[2], Raquel Palomares Bonet[1], Coral Abad Navarro[1], César Octavio Covarrubias Guzmán[1], Hipólito Ramón García Miranda[1]

1. Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España
2. Hospital Lleuger de Cambrils, Cambrils, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años. No alergias medicamentosas. Niega hábitos tóxicos.
Antecedentes patológicos:
FRCV:HTA diagnóstico incidental hace 1-2 años. TA 130/90mmHg. No tratamiento, no DM2, no DLP.
Asma no estudiada pero dependiente B2 en los esfuerzos.
Bronquitis de repetición.
Trasladado por SEM en la noche 11/03/24 al Hospital de Reus por presentar por la tarde mientras jugaba a fútbol, cervicalgia y posteriormente vegetatismo, náuseas con 1 vómito y mareo sin pérdida de consciencia. Durante el trayecto con SEM, dolor torácico con irradiación a MSI y carótida que asocia cortejo vegetativo. Se administra paracetamol 1g ev con alivio parcial, pero persiste disconfort. Explica tos y mucosidad días previos, no otros síntomas. Febricular a su llegada. No modifica dolor con cambios posturales. A su llegada a Reus estable hemodinamicamente, con dolor, se indica Metamizol 2g ev con mejoría clínica. No disnea. En ECG RS a 59lpm, PR 0,13, signos de HVI. Signos de repolarización precoz. Se indica analítica que muestra leucocitosis y PCR negativa, troponina 18-17ng/L. CK 147 U/L.
Se realiza Rx de tórax sin hallazgos y se solicita interconsulta a Cardiología para ecocardiograma que muestra VI no dilatado con hipertrofia moderada, FEVI preservada sin segmentarismos. Raíz aórtica y aorta ascendente dilatadas. Flap de disección que se origina a 21 mm del anillo aórtico y se extiende al arco aórtico. Válvula aórtica tricúspide con insuficiencia aórtica ligera/moderada. IM trivial.
Dado hallazgos, se realiza TC torácico urgente que confirma disección aórtica tipo A con puerta de entrada en aorta ascendente que afecta a troncos supraaórticos.
Se deriva en Helicóptero a Hospital Sant Pau para valoración por equipo de Cirugía Cardiaca y se traslada a quirófano para intervención quirúrgica emergente.
Se realiza cirugía (13/03/24):
- Hallazgos intraoperatorios: Raíz aórtica y aorta ascendente dilatadas, que normalizan diámetro aórtico. Disección de aorta ascendente con puerta de entrada muy grande (prácticamente toda la circunferencia de la aorta), justo supracoronárica (la rotura está especialmente cerca del ostium de la CD, pero sin afectarlo.
- Técnica quirúrgica con circulación extracorpórea (CEC) se realiza sustitución de aorta ascendente por dacrón Hemashield 30 mm + resuspensión de comisuras de válvula aórtica. Desconexión de CEC sin incidencias.

Postoperatorio:
- Ingresa en UCIPO Cirugía Cardiaca donde se extuba

precozmente, permaneciendo hemodinámicamente estable. Se inicia perfusión de Nitratos por tendencia a hipertensión. Presenta Insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de ONAF. Además, clínica y ECG compatibles con pericarditis precoz. En analítica sanguínea destaca insuficiencia renal aguda AKIN I con normalización posterior de la función renal.
- Pasa a sala de Cirugía Cardiaca el día 15/03, donde se mantiene estable, eupneico en reposo, con débito urinario correcto. Inicia deambulación y buena tolerancia. Radiografía de tórax con signos congestivos en progresiva disminución tras deplectivo. Heridas correcto proceso cicatrización
- Dada correcta evolución es dado de alta con control por Cardiólogo/a habitual en H. de Reus.

CONCLUSIONES

Este caso clínico resalta la importancia del diagnóstico temprano y la intervención rápida en una disección aórtica tipo A, especialmente en pacientes jóvenes sin antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares. La hipertensión no tratada es un factor de riesgo importante que contribuye al desarrollo de esta condición, incluso en individuos jóvenes. La sintomatología atípica, como el dolor torácico irradiado y el malestar vegetativo, puede dificultar el diagnóstico inicial. La monitorización clínica, el electrocardiograma, y las pruebas de imagen, como el ecocardiograma y la tomografía computarizada, son cruciales para confirmar el diagnóstico. Las guías actuales enfatizan la necesidad de un enfoque ágil y coordinado entre urgencias, cardiología y cirugía para mejorar el pronóstico del paciente. En este caso, el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico urgente fueron fundamentales para evitar complicaciones graves y potencialmente mortales.

P. #2037

ME DUELE EL PECHO ¿SERÁ ANSIEDAD?

Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Ángel Viola Candela, Verónica Fermín Ramírez, Irene Palacios Aceña

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 26 años que acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar dolor torácico de tipo opresivo que inicia después de comer mientras se encontraba en reposo. Localiza el dolor en región centrotorácica y se irradia hacia mandíbula, lo define como con picos de mejoría y de empeoramiento que relaciona con el estado de ánimo ya que refiere presentar mayor ansiedad en el último tiempo.
Comenta que el dolor dura unas 5-6h y cede al realizar ejercicio. Al finalizar el ejercicio físico comienza nuevamente con el dolor llegando a interferir con el descanso nocturno por lo que consulta. No se acompaña de cortejo vegetativo, siente mejoría al inclinarse hacia delante. Niega procesos catarrales en días previos salvo un cuadro diarreico autolimitado. No otra sintomatología referida.
EF: TA 132/74 mmHg FC 69lpm Sat 97%.
Buen estado general. Orientado en las tres esferas y colaborador. Bien hidratado y perfundido.
Tórax:
- AC: rítmica, no ausculto soplos.
- AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Pruebas complementarias:
- ECG: ritmo sinusal a 75lpm con elevación del ST en todas las precordiales.
- Analítica sanguínea: anodina salvo los marcadores cardiacos elevados en cifra de 12545,9 pg/ml
- Radiografía de tórax: normal.

Evolución: ante la sospecha de pericarditis se administra Colchicina e ibuprofeno por vía oral. En su estancia en urgencias se mantiene monitorizado objetivando una racha de taquicardia de QRS de 1-2 segundos de duración. Tras objetivar dicho evento se contacta con UVI y se decide ingreso a su cargo. En dicho servicio en control de troponinas aumentan más por lo que deciden traslado a Unidad de Hemodinámica de referencia donde diagnostican de SCA con obstrucción de arterias coronarias.

CONCLUSIONES

Este caso se maneja inicialmente como una pericarditis dada la edad del paciente y el antecedente de viriasis intestinal. El dolor que cuenta el paciente es sugestivo de enfermedad cardiaca pero no deja claro si debemos pensar en síndrome coronario o en otra entidad.
Este casos es un claro ejemplo de que el síndrome coronario agudo siempre puede ser una opción y debemos tenerlo presente ya que el tiempo es corazón y no se debe perder.

P. #2043

CORAZÓN BAJO ATAQUE, CUANDO LA ALERGIA AFECTA AL CORAZÓN

Irene Palacios Aceña, Yolanda Benito Merino, Antonio Fernández Hernández, Carlos Alberto Domínguez Nuez, Mónica García Fernández

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 52 años con sobrepeso (IMC 28) con antecedentes de hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertensión. No fumador. Acude a urgencias, remitido por orden facultativa, por picadura de avispa a nivel de brazo derecho con prurito generalizado y edema en cara hace 3 horas aproximadamente. En el centro de salud administran urbasón 80 mg IV, omeprazol y adrenalina subcutánea, mejorando el cuadro clínico, y comenzando con molestias centrotorácicas opresivas sin irradiación, disnea ni síntomas de cortejo vegetativo, tras la administración de la adrenalina.
A la exploración general TA 121/75 mmHg, FC 66 lpm, T 36.8°C, Saturación O2 95%. Consciente. Hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Orofaringe leve edema de úvula. Extremidades. Presenta induración en brazo derecho con eritema en zona de picadura, no se evidencia erupción cutánea.
Se realizan pruebas complementarias:
Analítica: troponina de alta sensibilidad 65.8pg/mL, segundas troponinas 86 pg/mL.
ECG: Ritmo sinusal a 89lpm. QRS estrecho a 60lpm. PR normal. QT normal. rSR en III. T negativa de bajo voltaje en III.T acuminada en V2. ST elevado 0,5mm en V2, resto sin alteraciones del ST.
Se administra polaramine, adiro 300 mg y cafinitrina 1 comprimido sublingual y se °avisa a la UCI, quien decide que tras la desaparición del dolor centrotorácico y disminución de marcadores cardiacos se realice ingreso en cardiología con diagnóstico de Síndrome de Kounix.
En su ingreso se realiza Ecocardiograma y ergometría que no evidencia patología cardiaca ni isquemia miocárdica, por lo que se decide alta hospitalaria.
Meses después acude a consulta de alergología, tras realizar pruebas cutáneas, diagnostican de anafilaxia en relación con picadura de himenópteros.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Kounix es un SCA secundario a una reacción de anafilaxis.
Una reacción de anafilaxia puede estar originada por múltiples causas como fármacos (antibióticos, AINES, anestésicos, contrastes), picaduras de himenópteros, alimentos, etc.
Es una patología subdiagnósticada ya que el diagnóstico es clínico y de sospecha por lo que ante una reacción alérgica seguida de un SCA debe hacernos pensar en un Síndrome de Koinux, siendo importante realizar un estudio alergológico que confirme la reacción alérgica y así evitarlo en futuras ocasiones.

P. #2050

CORAZON EN JUEGO: INFARTO DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Irene Palacios Aceña, Yolanda Benito Merino, Antonio Fernández Hernández, Carlos Alberto Domínguez Nuez, Mónica García Fernández, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 64 años con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo 2, obesidad, EPOC y fumador de 1 paquete/día, acude a urgencias hospitalarias traído por USVA tras aviso por episodio de dolor centro torácico-mamila derecha no irradiado con sudoración asociada. Refiere inicio del dolor en reposo y persistir hasta la atención por la UME. En el traslado en la ambulancia presenta episodio de importante dificultad respiratoria, no presente previamente. Comenta cuadro catarral previo con aumento de tos habitual y expectoración de 20 días de evolución con febrícula. Además episodios de dolor torácico relacionados con el esfuerzo de 1 mes de evolución. La UME realiza ecocardio con aparente discinesia septo-apical.
A su llegada a urgencias se encuentra asintomático pero llega con insuficiencia respiratoria broncoespasmo/edema agudo de pulmón que responde con actocortina, furosemida, atrovent, salbutamol y oxigenoterapia.
Exploración: consciente y orientado. Hipoperfundido. Normal coloración. Taquipneico en reposo.
Tórax: Auscultación cardiaca: tonos hipofonéticos que impresionan de rítmicos. No escucho soplos. Auscultación pulmonar: MV disminuido de forma global.
Abdomen: normal. Extremidades con signos de insuficiencia venosa crónica.
Analítica: primeras troponinas 664.2 pg/ml, PCR 0.33, potasio 6.0, creatinina 1.33, dímero-D 3222 ng/ml. Segundas troponinas 6431 pg/ml.
Rx torax: cardiomegalia, aumento de trama broncovascular con signos congestivos, no pinzamiento de senos costofrénicos, no infiltrados ni consolidaciones.
ECG: RS a 110lpm, eje 60°, PR constante a 160ms. QRS estrecho, descenso de ST de 1 mm en V3-V6, I, II y aVF. Elevación 1mm V1-V2 y aVR. T negativa en V3-V6.
Se comenta el caso con intensivista de guardia quien realiza ecocardiograma con acinesia septomedio, medio apical y de todo el casquete apical. FEVI estimada de 25-30%.
Se inicia perfusión de solinitrina iv a dosis bajas.
Se contacta con unidad de coronarias de Salamanca y se realiza traslado de paciente a través del 112 CyL con diagnóstico de infarto de tronco coronario izquierdo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz de la obstrucción del tronco coronario izquierdo es crucial debido a su alta mortalidad y necesidad de tratamiento adecuado. En ocasiones el diagnóstico diferencial con otras patologías que presente el paciente es desafiante, como en este caso una agudización de EPOC, debido a que ambos pueden presentar síntomas similares, como dolor

torácico, dificultad respiratoria y malestar general.
El diagnóstico diferencial entre una agudización de la EPOC y un infarto de tronco coronario izquierdo se basa en la combinación de la historia clínica, los hallazgos en la exploración física, los estudios de laboratorio y las pruebas de imagen. La identificación temprana de un infarto agudo es vital, ya que requiere intervención inmediata para evitar complicaciones graves, mientras que la exacerbación de la EPOC se trata principalmente con el manejo respiratorio.

P. #2053

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Claudia Del Carmen Fernández Ruiz, Paula Vela Vela, Cristina García Ramírez

Hospital Serranía de Ronda, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 68 años, sin antecedentes médicos de relevancia, acude a consulta en el centro de salud por dolor centrotorácico opresivo de 24 horas de evolución. El dolor no se irradia, pero aumenta con la respiración y se acompaña de disnea leve y cortejo vegetativo (náuseas, diaforesis). Los episodios son autolimitados, con una duración aproximada de 10 minutos. La paciente refiere que el inicio de los síntomas coincidió con un evento estresante: el robo de su cartera al salir del banco el día anterior. Acude a consulta por un aumento en la intensidad y frecuencia de los síntomas.
Exploración física:
Tensión arterial: 130/85 mmHg.
Frecuencia cardíaca: 88 lpm.
Saturación de O_2: 96% en aire ambiente.
Auscultación cardíaca: ritmo regular, sin soplos.
Auscultación pulmonar: sin crepitantes ni sibilancias.
Electrocardiograma (ECG):
Elevación del segmento ST en derivaciones anteriores, sin cambios recíprocos.
Radiografía de tórax:
Sin hallazgos patológicos significativos.
Analítica sanguínea:
Elevación leve de troponinas (0.45 ng/mL, valor normal <0.04 ng/mL).
Resto de parámetros bioquímicos y hemograma dentro de rangos normales.
Orientación Diagnóstica / Juicio Clínico:
Miocardiopatía de Takotsubo (miocardiopatía de estrés), precipitada por un evento emocional agudo (robo de cartera).
Diagnóstico Diferencial:
- Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAM sin ST): Presentación clínica similar, pero en la miocardiopatía de Takotsubo no se observan lesiones coronarias significativas en la arteriografía.

-Pericarditis: Dolor torácico pleurítico que mejora al inclinarse hacia adelante, con frote pericárdico en la auscultación.
-Tromboembolismo pulmonar (TEP):Dolor torácico asociado a disnea, hipoxemia y posible elevación de dímero D.
-Ansiedad/ataque de pánico: Síntomas similares, pero sin elevación de biomarcadores cardíacos ni alteraciones en el ECG.
La miocardiopatía de Takotsubo, también conocida como "síndrome del corazón roto", es una entidad clínica caracterizada por disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo, frecuentemente desencadenada por estrés emocional o físico. Afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas y se asocia con elevación de catecolaminas y enzimas cardíacas. Aunque su presentación clínica puede simular un síndrome

coronario agudo, la arteriografía no muestra lesiones obstructivas significativas.
El tratamiento es de soporte, centrado en el manejo de las complicaciones (insuficiencia cardíaca, arritmias) y en la prevención de recurrencias. El pronóstico suele ser favorable, con recuperación completa de la función cardíaca en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de considerar la miocardiopatía de Takotsubo en el diagnóstico diferencial del dolor torácico agudo, especialmente en pacientes con antecedentes de estrés emocional reciente.
La miocardiopatía de Takotsubo es una entidad infrecuente pero importante en el diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo.
A pesar de su presentación dramática, la mayoría de los pacientes se recuperan completamente con tratamiento de soporte.
Este caso clínico es un ejemplo claro de cómo el estrés emocional puede manifestarse como una patología cardíaca grave, subrayando la necesidad de un enfoque integral en la evaluación del dolor torácico agudo.

P. #2056

LA ANGINA INESTABLE COMO CAMALEÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Raquel Palomares Bonet, Helena Arenós Alcamí, Natalia Belinchón Andrés, Salvador Martínez Soriano, Carla Fuster Melero

Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 72 años, que acude a Urgencias por dolor centrotorácico irradiado a epigastrio y hombro izquierdo con vegetatismo, que no cede con puf de nitroglicerina (NTG)(tratamiento crónico en domicilio). Se revisan los antecedentes, destacando fibrilación auricular paroxística, insuficiencia cardíaca con fracción eyección ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, insuficiencia mitral moderada, cardiopatía isquémica crónica (stent en tronco coronario izquierdo (TCI)-descendente anterior (DA)) y bloqueo auriculo-ventricular (BAV) completo post intervención coronaria percutánea (ICP) con implante de marcapasos VVI.
A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable (TA 136/61 mmHg, FC 98 lpm) y en el electrocardiograma (ECG) se observa ritmo de marcapasos, bloqueo de rama izquierda (ya conocido) junto a leve ascenso de ST con ondas T picudas en V1-V3, III. Se administra en tres ocasiones NTG oral, presentando escasa mejoría clínica. Estando monitorizado avisa por incremento del dolor, por lo que se realiza un ECG y según los criterios de Sgarbossa se activa código infarto. A la espera del traslado al centro de intervención coronaria percutánea (ICP) se administra 300 mg Adiro,180 mg Ticagrelor y 80 mg de Atorvastatina.
Se realiza coronariografía sin observar progresión de enfermedad coronaria respecto al último cateterismo (informa de stent en TCI-DA, oclusión total en DA distal y en coronaria (CD) media) realizado 8 meses antes. Así pues, se ingresa en servicio de cardiología, donde al quinto día presenta un cuadro de dolor torácico con disnea asociada a taquicardia 120 lpm, palidez mucocutánea, diaforesis e insuficiencia respiratoria con uso de la musculatura accesoria (saturación O2 95% con FiO2 >50%). A la auscultación pulmonar crepitantes difusos y roncus dispersos. En la radiografía de tórax se observa cardiomegalia y redistribución vascular bilateral. Se orienta como edema agudo de pulmón y se administra bolus de furosemida 60 mg y perfusión de nitroglicerina a 5 ml/h. Ante la ausencia de respuesta y la disminución del nivel de conciencia, se traslada a Medicina Intensiva para intensificar el tratamiento con diuréticos, vasodilatadores y ventilación mecánica no invasiva.
El ecocardio transtorácico muestra disfunción severa VVI. Dados los signos de hipoperfusión periférica y clínica, se traslada para realizar coronariografía realizando angioplastia con balón farmacoactivo sobre la DA. Posteriormente el paciente presenta mejoría clínica, sin embargo persiste cuadro de angina inestable, así como aumento de enzimas cardiacas en 24 horas (troponina (TnT) de 1178 ng/mL, TnT 1732 ng/mL y TnT 2291 ng/mL) secundario a lesión crónica del 100% de la CD, por lo que se consensua una intervención programada de la misma.

CONCLUSIONES

La angina inestable se incluye dentro del síndrome coronario agudo, siendo la principal causa de mortalidad en todo el mundo. La ausencia de marcadores específicos y signos electrocardiográficos claros complican el manejo inicial en el primer contacto médico. Sin embargo, si la clínica es sugestiva de SCA se debería estratificar el riesgo de complicación grave inmediata (infarto de miocardio, arritmias malignas, parada cardiorrespiratoria), y en caso de alto riesgo (descenso del ST nuevo, elevación de troponinas, angina en reposa o a mínimos esfuerzos y signos de insuficiencia cardiaca), iniciar tratamiento anticoagulante y doble antiagregación desde el inicio sin demora. Los pacientes de alto riesgo deben de ser manejados con una estrategia invasiva temprana, es decir, una coronariografía urgente e ICP en caso de estar indicada dentro de las primeras 12 a 48 horas tras la presentación. Por otro lado, se recomienda evaluar la FEVI, ya que podría condicionar tanto las terapias farmacológicas como la elección de la técnica de revascularización.

P. #2070

TAKO TSUBO. MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS POST-DISELECTROLITEMIA SECUNDARIA A ENTERITIS RÁDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

María De Fátima López Ballero, Marta Olarraeaga Vivar, Nerea Berrade Flamarique

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN

Mujer 78 años, como antecedentes de nefropatía crónica avanzada, anemia multifactorial, adenocarcinoma de endometrio 1990 histerectomizada y radioterapia. Pseudoobstrucción y fistulización intestinal con debut en 2022, se diagnósticó de enteritis rádica desde entonces.
En 2024 nueva obstrucción con post operatorio complejo por diarreas.
Deriva ambulancia por disnea y taquicardia 160 lpm. El electrocardiograma muestra fibrilacion auricular, bloqueo de rama izquierda y elevación de ST V2-3. Administración de digoxina , furosemida y cloruro mórfico endovenoso, oxigeno en gafas nasales durante traslado.

OBJETIVO

La paciente refiere astenia, diarrea de varios meses. No dolor torácico. Estable hemodinámicamente, palidez mucocutanea. Auscultación cardiopulmonar: crepitantes bibasales, sin soplos. Abdomen: blando, molestia en palpación difusa. Edemas maleolares. Neurológico consciente colaboradora e hiporreactiva.
Analitica: hipocalcemia grave con calcio corregido 6mg/dl, hipomagnesemia Mg 0.6 mmol/L, filtrado glomerular 20 Creatinina 2,28, troponina I 373.2, proBNP 2220. Seriación eléctrica con electrocardiogramas de control que muestran ritmo sinusal con elevación de ST en cara anteroseptal. La elevación corrige tras administración de 20ml de gluconato de calcio y 1.5 G de sulfato de magnesio endovenoso.

MÉTODO

Cardiología realiza ecocardiografía que objetiva discinesia apical con disfunción sistólica moderada. Diagnostican miocardiopatía de estrés (Tako Tsubo) en contexto de diarrea y vómitos, con alteración hidroelectrolítica grave.
Recomiendan control de las alteraciones iónicas sin tratamiento antiisquémico y realizarán seguimiento posterior. Valora nefrología, realizan corrección del medio interno durante ingreso de la paciente y seguimiento ambulatorio con ajuste terapéutico en consultas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se trata de un caso de miocardiopatía por estrés secundaria a enteritis rádica. La enteritis radica crónica consta de brotes de inflamación intestinal, con daños permanente en la mucosa y fibrosis. Se produce diarrea crónica multifactorial (sobrecreciemnto bacteriano), alteración motilidad/ compliance,

malabsorción, estenosis y obstrucción. Puede debutar hasta 10-30 años posterior al tratamiento de radioterapia.
La miocardiopatía por estrés (Tako tsubo) con una prevalencia 2,2%, tiene múltiples causas entre ellas las alteraciones iónicas. El potasio, calcio y sodio son esenciales en la función del míocardiocito. El magnesio es estabilizador de la actividad eléctrica. Un desequilibrio desestabiliza la membrana , produce liberación masiva de catecolaminas y estrés oxidativo con afectación de la perfusión miocárdica apical.

CONCLUSIONES

La miocardiopatía por estré es reversible si se corrige la causa. No precisa tratamiento antiisquémico posterior.
La paciente recuperó la función ventricular meses después con tratamiento supletorio mantenido de forma crónica controlada ambulatoriamente en consultas de nefrología.
REFERENCIAS:
1) Radiation enteritis: Diagnostic and Therapeutic issues. Loge L, Florescu C, Alves A , Menahem B. Journal of Visceral Surgery 2020,157;475-485.
2) Myocardial infarction with Nonobstructive Coronary arteries (MINOCA): A review of the current position. Fuad A Abdu, Abdul-Quddus Mohammed, Lu Liu, Yawei Xu, Wenliang Che. Cardiology 2020,145;543-552.

P. #2080

AGUDIZACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA POST TRANSFUSIONAL

María Brotons Segui[1], Yandi Mariño Navarrete[1], Rafael Vázquez Fortes[2], Irene Milagro Valls Pascual[3], Julia De Lara Terán[3], Sara López Espinosa[3]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. Centro de Salud La Bassa, Alcoy, España
3. Hospital Virgen de Los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes médicos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada, tumor vesical resecionado y neoplasia de próstata sin focos metastásicos, diabetes mellitus tipo 2, anemia crónica en seguimiento por hematología, glaucoma y deterioro cognitivo moderado.
Tratamiento actual: quetiapina 25 miligramos (mg), donepezilo 10mg, formeterol/budesónida 160/4'5 microgramos (mcg) 2 pulverizaciones cada 12 horas, tamsulosina 0'4mg, latanoprost colirio, darbepoetin alfa jeringa precargada de 0'6 mililitros (ml), triptorelina vial 2ml, linagliptina 5mg.
Varón de 90 años que es remitido desde atención primaria por empeoramiento de su disnea basal desde esta tarde sin mucosidad, tos, fiebre ni otro síntoma respiratorio, tampoco comentan dolor abdominal ni clínica miccional. Como antecedente a destacar se le ha transfundido esa misma mañana dos concentrados de hematíes por parte de hematología por anemia (hemoglobina 8 gramos/decilitro (g/dl)).
A su llegada afebril, tensión arterial 107/52 milímetros de mercurio, saturación de oxígeno 92 porciento y frecuencia cardíaca 89 latidos por minuto (lpm).
Regular estado general, palidez mucosa, desorientado en tiempo y en persona, taquipneico en reposo y poco colaborador.
Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado con abundantes roncus y sibilantes.
Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Análisis de sangre: aumento de la urea y creatinina basales, proteína C reactiva 12'2 miligramos/decilitro (mg/dl) (valores normales (VN) < 0,5 mg/dL), troponina T alta intensidad 769 picogramos por mililitro (pg/ml), troponina T a las 4 horas 753 (pg/ml), péptido natriurético de tipo b N-terminal pro (NTproBNP)26.429 (pg/ml), Hemoglobina 8'8 (g/dl). Leucocitos, neutrófilos y linfocitos normales.
Gasometría arterial: acidosis metabólica no compensada.
Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 99 lpm, QRS estrecho, extrasístoles ventriculares aisladas, no signos de isquemia agudos.
Radiografía de tórax: no pinzamiento de senos costofrénicos, discretas opacidades perihiliares, infiltrado en lóbulo inferior derecho ya descrito en estudios previos.
Durante su estancia en observación se administra oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros por minuto con mejoría de la taquipnea y sin necesidad de iniciar ventilación mecánica no invasiva, en la analítica se observa un empeoramiento de su función renal y una elevación de los reactantes de fase aguda

seguramente de causa pre-renal debido a la mala hidratación por lo que se decide administrar fluidoterapia. La elevación del NT-ProBNP nos hace sospechar la probable causa de la disnea del paciente, una reagudización de su insuficiencia cardiaca post trasfusional, la elevación en meseta de las troponinas y el no encontrar cambios en el electrocardiograma nos descartan que la causa sea un infarto agudo por bajo gasto cardíaco. Se decide iniciar tratamiento deplectivo con furosemida intravenosa y se ingresa al paciente a cargo de medicina interna.
Tras dos días de ingreso a cargo de medicina interna el paciente evolucionó favorablemente no necesitando ya oxigenoterapia y con mejoría de su disnea, en cuanto a su insuficiencia cardíaca también mejoró quedando sin edemas en miembros inferiores y sin roncus ni sibilantes auscultatorios, por lo que se redujo la dosis de furosemida. En cuanto a la insuficiencia renal reagudizada mejoró con la hidratación oral. Se decidió realizar seguimiento en domicilio por la unidad de hospitalización domiciliaria debido a la edad del paciente y a su demencia ya que estaba presentando cuadros de agitación nocturna en el hospital.

CONCLUSIONES

Con la exposición de este caso queremos destacar la importancia de valorar a los pacientes mayores pluripatológicos en su conjunto, ya que al transfundir los concentrados de hematíes para mejorar la anemia el paciente empeoró de su insuficiencia cardíaca al generar una sobrecarga de volumen circulatorio, por lo que en este tipo de pacientes con insuficiencia cardíaca y renal se debería tratar de forma profiláctica con un diurético para evitar estos efectos adversos.

P. #2081

ENFRENTANDO UNA TORMENTA ARRÍTMICA

Marta Arrufat Sánchez, Lourdes Ruiz Parra, Pedro Jara Navarro, Elena García Gutiérrez, Patricia Cayuela garcía, María Del Carmen ? marín Infer

Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Palpitaciones
ANTECEDENTES PERSONALES
No reacciones adversas a medicamentos. No hábito tóxicos (tabaco, alcohol, drogas).
Cardiopatía congénita compleja: Truncus arterial persistente valvulado tipo I, intervenida a los 15 días de vida. Estenosis del conducto paliada con angioplastia en cateterismo en 2 ocasiones (1994 y 1998) sin éxito y se realiza recambio quirúrgico con conducto valvular y válvula mecánica tipo Monostrut en 1998.
ECG previos: bloqueo completo de rama derecha, alteraciones de repolarización generalizadas, onda T negativa V1-V6, II, III y aVF.
Crisis convulsiva después de operación a los 15 días de vida y otra en 1998, tras la cual inicia tratamiento con Lamotrigina.
Patrón restrictivo secundario a escoliosis.
Tratamiento actual: acenocumarol, acovil 2.5 mg al dia, lamotrigina 50 mg / día
ENFERMEDAD ACTUAL
Mujer de 34 años que desde hacía unas 2 horas presentaba palpitaciones. Además, presentaba dolor retroesternal, precordial, opresivo, irradiado a brazo izquierdo, sin desencadenantes ni atenuantes ni exacerbantes, sin síntomas vegetativos y con leve disnea.
En los últimos 2 años había presentado 3-4 episodios similares de palpitaciones paroxísticas pero con síntomas menos intensos. Cada vez el periodo entre los episodios era más corto, siendo el último hacía unos 4 meses.
EVOLUCIÓN
A su llegada se hace un electrocardiograma (ECG) y es diagnosticada de taquicardia ventricular sostenida por lo que se administra Amiodarona 150 mg en 10 min y luego infusión continua.
Se inicia los trámites para traslado urgente en UVI móvil al hospital de referencia. Permanece estable con tensiones arteriales normales y una frecuencia alrededor de 182 latidos/minuto.
Súbitamente presenta exacerbación muy intensa del dolor torácico y de la ansiedad y coincidiendo con ello reversión a taquicardia sinusal a 120 latidos/minuto. Por el intenso dolor (similar al dolor por aneurisma disecante de aorta) se administra inmediatamente morfina IV 3 mg, 1 ampolla IV de metoclopramida, con mejoría franca pero no suficiente, por lo que se administra 2 mg más de morfina IV a los 10 minutos y se logra el control total del dolor a los 10 minutos de la segunda dosis. Se comprueba normalidad de pulsos periféricos y centrales, TA, auscultación pulmonar, cardiaca y abdominal. Ya no presenta palpitaciones ni dolor torácico ni disnea.
Es remitida con UVI móvil al hospital de referencia, ingresada en

la unidad coronaria, se confirma la sospecha diagnostica, se mantiene la amiodarona y se implanta un DAI para prevención secundaria de muerte súbita, tras lo cual es egresada.

CONCLUSIONES

El manejo de la taquicardia ventricular sostenida (TVS) depende de la estabilidad hemodinámica del paciente, la presencia de cardiopatía estructural y el riesgo de muerte súbita.
En paciente inestable (hipotensión, síncope, insuficiencia cardíaca, isquemia), manejo urgente con cardioversión eléctrica. si paciente está estable: considerar fármacos antiarrítmicos o ablación.
En pacientes con cardiopatía estructural, se implantará un desfibrilador automático (DAI) si hay alto riesgo de muerte súbita.

P. #2096

EL CASO CLÍNICO VERSA SOBRE UN PACIENTE VARÓN DE 51 AÑOS CON AP DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE ACUDE POR NUEVO EPISODIO DE DOLOR TORÁCICO. A SU LLEGADA A URGENCIAS, EN EL TRIAJE SE LE REALIZA UN ECG Y DESDE ENFERMERÍA NOS LO CONSULTAN AL SER "RARO". EL ECG EN CUESTIÓN PRESENTABA UNA ONDA T BIFÁSICA EN CARA ANTERIOR, ESTO NOS LLEVÓ A PREGUNTARNOS: ¿SERÁ UN HALLAZGO INESPECÍFICO O TENDRÁ ALGÚN SIGNIFICADO CLÍNICO? EFECTIVAMENTE: LA ONDA T DE WELLENS ES UN PATRÓN TÍPICO DE ECG EN EL QUE PODRÍA HABER AFECTACIÓN ISQUÉMICA CORONARIA

Ana Castro Medina, Gloria López Escobar, Marta Pascual Gazquez, Mónica Rivas Gallego

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años, entre cuyos antecedentes personales destaca Cardiopatía isquémica tipo Angina estable + BCRIHH, coronariografía con Art. Coronarias con dominancia derecha y lesiones en descendente anterior distal y circunfleja distal, tratadas mediante la colocación de stent farmacoactivo. FEVI moderadamente deprimida (FEVI 40%). En tratamiento con Clopidogrel 75mg, Acido Acetilsalicílico 100mg, Bisoprolol 2.50mg, Omeprazol y Enalapril20mg/Hidroclorotiazida12.50mg, refiere buen cumplimiento terapéutico. Acude a Urgencias por dolor torácico, no claramente opresivo, no irradiado. En relación con los esfuerzos aunque desde hace unos días también en reposo. Refiere que los síntomas le recuerdan a cuando se le realizó la Coronariografía previa. El dolor le desaparece al usar spray de NTG. Control de tensión arterial normal. No síncope. Comenta intensa astenia y ortopnea de dos almohadas sin disnea a lo largo del día. No edematización de MMII.
A la exploración: Buen estado general. Eupneico en reposo. Hemodinamicamente estable. AC: Rítmico, sin escucha de soplos. AP: MVC, sin ruidos patológicos. No edemas en MMII ni signos de TVP.
Con respecto a las Pruebas Complementarias: 1) Analítica Sanguínea: Hb: 13.0, Plaquetas: 169000, Leucocitos: 8500, Coagulación normal. Glucosa: 133, urea: 56, creatinina: 1.3, perfil hepático normal. Iones en rango. Troponina: 27.2 – 30.2; 2) Rx Tórax: No imágenes de infiltrados ni derrame. 3) ECG (Con dolor a la llegada): Ritmo sinusal a 60lpm. Eje normal. Onda T bifásica en V1-V3 (Onda T de Wellens). // ECG (Sin dolor): Sin cambios con respecto al primero.
A pesar de la normalidad en las Troponinas, los hallazgos en ECG (T de Wellens) nos llevaron a pensar en una posible isquemia coronaria por lo que realizamos interconsulta a Cardiología que ingresó al paciente para realización de Coronariografía.
Durante el ingreso, se realizó Coronariografía con hallazgos: Arterias coronarias con flujo ectásico, con stent permeables en descendente anterior distal y circunfleja. Lesión angiograficamente limítrofe (70%) en descendente anterior proximal, implantándose nuevo Stent Farmacoactivo.
Al alta el paciente no presentó nuevos episodios de dolor tras

la angiografía y en la Ecocardiografía se evidenció una FEVI Conservada (60%). Con respecto al ECG al alta: Ritrmo sinusal a 60lpm. PCR normal, QRS estrecho. Ondas T negativas en V1-V2 y bifásica en V3.

CONCLUSIONES

La Onda T de Wellens, en un paciente con dolor torácico, con o sin elevación de Troponinas, suele estar causada por una estenosis de alto grado en la arteria coronaria descendente anterior, además la presencia de este patrón es desfavorable al tener una alta incidencia de síntomas recurrentes y de IAM. Por todo ello es importante reconocer todos los patrones electrocardiográficos ya que pueden entrañar gravedad por si mismas, a pesar de no tener Troponinas elevadas.

P. #2108

FOCALIDAD NEUROLÓGICA COMO PRESENTACIÓN DE UNA DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A

Eider Bolumburu Aguirre, Esther Pulido Herrero, Julio Javier Gamazo Del Río, Jesús María Armentia Bardeci

Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con olmesartan, dislipemia en tratamiento con simvastatina, fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxaban e insuficiencia renal crónica con filtrado glomerular de 41.

Acude porque al despertarse, hace unas 4h ha comenzado con cefalea holocraneal opresiva intensa asociado a déficit motor y dolor en extremidad inferior izquierda. Valorada por su médico de familia, le deriva en soporte vital básico con sospecha de código ictus. No fiebre ni ninguna otra sintomatología asociada.

Exploración física: PA 119/65 FC 59 SO2 98% a aire ambiente y FR 20

Buen estado general, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida, buena coloración de piel y mucosas. A la auscultación cardíaca, rítmico sin soplos y a la auscultación pulmonar, buena ventilación en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores: pulsos pedios palpables y simétricos con buena perfusión distal. Exploración neurológica: Glasgow 15, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora. MOEs conservados, sin nistagmo. Resto de pares craneales normales. Déficit motor e hipoestesia en toda la extremidad inferior izquierda, en el resto de extremidades fuerza y sensibilidad conservada. No dismetrías en la prueba dedo-nariz.

Se activa código ictus.

Pruebas complementarias:

- EKG: ritmo sinusal en torno a 60lpm. QRS estrecho de morfología normal, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Analítica sanguínea: glucosa 110, creatinina 52 y filtrago glomerular 34, iones normales, PCR 68, hemoglobina 12.5, plaquetas, leucocitos con fórmula y coagulación normales.
- TAC CRANEAL: no signos de sangrado agudo, línea media centrada y no signos precoces de infarto agudo (ASPECTS 10).
- TAC PERFUSIÓN: no signos de isquemia aguda.
- ANGIOTAC DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS: no se identifican defectos de repleción sugestivos de trombos en las arterias vertebrales, carótidas ni en las arterias que conforman el polígono de Willis.

* Se evidencia disección de la aorta torácica ascendente en los últimos cortes, por lo que se completa estudio con angio-TC de aorta toracoabdominal.

- ANGIOTAC DE AORTA TORACOABDOMINAL: hallazgos compatibles con disección aórtica tipo A de Standford (I de Debakey): disrupción de la capa íntima de la aorta torácica ascendente que se inicia a nivel del anillo valvular y se extiende hasta ambos ejes aorto-ilíacos y femorales. Aorta aneurismática de 58x58mm: calibres de la luz verdadera 26mm y de la luz falsa 26mm. Lámina de derrame pericárdico de 11mm de alta densidad, sugestivo de hemopericardio.

Se solicita valoración por Cirugía Cardíaca quienes desestiman intervención quirúrgica por su parte dada la edad y las patologías de base de la paciente.
A las 2h de su llegada a Urgencias comienza con malestar general, disminución del nivel de consciencia y bradicardia progresiva, por lo que se limita el esfuerzo terapeutico y se inician medidas de confort.

CONCLUSIONES

La disección aórtica tipo A incluye la aorta ascendente y es una emergencia quirúrgica. El síntoma más común es dolor en el pecho o espalda y ocurre en el 90% de los pacientes. En cambio, un 10% de ellos presenta déficit neurológico sin dolor, siendo su diagnóstico más dificultoso y tardío. Recordar que esta presentación suele ocurrir en pacientes de más edad y suele estar involucrada la aorta ascendente. El evento inicial es un desgarro en la capa íntima de la aorta, que se puede extender de forma proximal hacia la válvula aórtica y entrar al espacio pericárdico produciendo un taponamiento cardíaco o distalmente hacia otras ramas arteriales produciendo síntomas isquémicos a nivel coronario, cerebral, espinal o visceral.

P. #2120

SÍNDROME DE KUNIS SECUNDARIO A CONTRASTE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Rocío Romero Fernández, Lara González Del Río, Andrea Tejada Claros, Denís Martínez Peon, Nuria Díaz Vázquez
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 44 años, con antecedentes personales de infarto agudo de miocardio (IAM) ocurrido dos meses antes, el cual fue tratado mediante intervención coronaria percutánea (ICP) primaria a la arteria descendente anterior (DA) y con una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) ligeramente deprimida.
El paciente acude al servicio de consultas externas (CCEE) para realizarse un estudio de imagen. Durante la administración de contraste intravenoso (IV) para ecocardiograma, comienza a presentar eritema facial, seguido de un dolor opresivo en el centro del tórax. En ese momento, también se desarrolla edema palpebral izquierdo con enrojecimiento conjuntival, acompañado de un dolor torácico opresivo y síntomas vegetativos como sudoración y náuseas.
Ante esta situación, se realiza un electrocardiograma (ECG) en el que se observa un bloqueo auriculoventricular (BAV) completo y elevación del segmento ST en las derivaciones correspondientes a la cara inferior del corazón. Aproximadamente 20 minutos después, se repite el ECG, observándose una normalización de la elevación del ST.
Dado el contexto de dolor torácico y alteraciones en el ECG, se activa el código corazón, lo que lleva al paciente a ser trasladado a un hospital de referencia para una evaluación más profunda. En el hospital, se realiza un cateterismo cardíaco, en el cual se descartan nuevas lesiones coronarias y se confirma la permeabilidad del stent previamente colocado en la arteria descendente anterior. El ecocardiograma de control realizado muestra una imagen similar a la del post-infarto anterior, sin evidencias de cambios agudos.
En cuanto a los análisis de laboratorio, los valores de los marcadores de daño miocárdico (MdM) pasaron de 15 ng/ml a 132 ng/ml, y posteriormente descendieron a 94 ng/ml. Estos resultados, junto con la ausencia de nuevas lesiones coronarias, sugieren que el cuadro clínico no está relacionado con un nuevo infarto de miocardio.
Finalmente, el diagnóstico más probable en este caso es un síndrome de Kunis secundario a la administración de contraste yodado. Este síndrome es una reacción adversa poco frecuente, caracterizada por alteraciones hemodinámicas y electrocardiográficas tras el uso de contraste intravenoso, que pueden incluir alteraciones en el ritmo cardíaco como bloqueos auriculoventriculares y elevación transitoria del ST, como se observó en este paciente. El cuadro clínico se resolvió sin complicaciones mayores tras el seguimiento adecuado y el manejo del evento adverso.
El paciente fue dado de alta con un ECG de control que evidenció un descenso de 1 mm en la elevación del ST en la derivación aVL, así como la presencia de ondas T isodifásicas

en V1 y V6, y negatividad en aVL, lo que respaldó la resolución del evento.

CONCLUSIONES

El síndrome de Kunis secundario a contraste yodado se plantea como el diagnóstico más probable, dado el contexto clínico y los hallazgos electrocardiográficos y analíticos, habiendo descartado etiología estructural. Se descartaron nuevas lesiones coronarias y el paciente evolucionó favorablemente tras el tratamiento adecuado.

P. #2129

RELACIÓN ENTRE BROTES EPIDÉMICOS DE GRIPE E INCIDENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Ramos Téllez[1], Javier Martínez Ariño[1], Almudena Concejero Ballester[1], Kapil Laxman Nanwani Nanwani[1], Dolores Sánchez Blasco[1], Sara Pérez Fernández[2]

1. Samur Protección Civil, Madrid, España
2. , Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han relacionado la incidencia de síndrome coronario agudo con el repunte de los brotes de virus respiratorios como la gripe, señalando la plausibilidad patofisiológica de este fenómeno. La explicación más aceptada giraría en torno a la respuesta inflamatoria ocasionada por el virus, que contribuiría a la inestabilización de la placa aterosclerótica a través mediadores como el TNF o diversas interleucinas.
En nuestra región se han producido dos brotes de gripe en dos inviernos recientes que han superado el umbral epidémico, proporcionando unas buenas condicione para comprobar si este fenómeno se reproduce en nuestro contexto.

OBJETIVO

Determinar si el aumento de incidencia de gripe se asocia a un aumento de la incidencia de síndrome coronario agudo en esos mismos periodos.

MÉTODO

Se analizó la incidencia de gripe desde la semana 47 (noviembre) hasta la semana 5 (febrero) de las temporadas 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025 en casos por cada 100.000 habitantes proporcionados la Dirección General de Salud Pública de nuestra región.
Se analizó la incidencia de SCA atendidos por nuestro servicio. Sólo se contabilizaron aquellos casos en los que se confirmó el síndrome coronario agudo o el infarto agudo de miocardio tras la realización de pruebas complementarias (analítica, angioplastia, etc) para evitar la inclusión de falsos positivos.
Se calculó la incidencia de esa patología por cada 100.000 habitantes teniendo en cuenta las fluctuaciones poblacionales de nuestro área de estudio.
Se calculó tanto la incidencia media por mes como la incidencia acumulada de cada periodo estudiado.
Se usó el método T de Student y ANOVA para estudiar diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar si existe una correlación entre la incidencia de gripe y de síndrome coronario agudo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La incidencia acumulada de gripe fue de 242.3 casos por cada 100.000 habitantes en el periodo 2022-2023.En ese mismo lapso la incidencia de SCA fue de 0.6 casos por 100.000 habitantes. De media hubo 22.03 casos de gripe por cada 100.000 habitantes.

La incidencia media de SCA fue de 0.0549 casos por 100.000 habitantes.
En la temporada 2023-2024 se registraron 471.7 casos de gripe por cada 100.000 habitantes, mientras que la incidencia de SCA fue de 0.93 casos por cada 100.000 habitantes. De media hubo 42.88 casos de gripe por cada 100.000 habitantes. La incidencia media de SCA fue de 0.0901 casos por 100.000 habitantes.
Finalmente, en el periodo análogo de la temporada 2024-2025 se registraron 472.4 casos de gripe por cada 100.000 habitantes y 1.05 casos de SCA por cada 100.000 habitantes. De media hubo 43.6 casos de gripe por cada 100.000 habitantes. La incidencia media de SCA fue de 0.09992 casos por 100.000 habitantes.
La prueba de ANOVA indicó que existen diferencias estadísticamente tanto en incidencia de SCA como de gripe significativas entre grupos con un valor p <0.05 salvo para la incidencia de gripe entre la temporada 2023-2024 y la temporada 2024-2025.
Además, se tomó como referencia o periodo control la temporada con menor incidencia de gripe y SCA, la 2022-2023. Hubo diferencias estadisticamente significativas entre el resto de temporadas y esta con p <0.001. Se obtuvo el mismo resultado para las incidencias acumuladas.
El coeficiente de correlación de Pearson para la relación entre la incidencia de gripe y de sindrome coronario fue de 0.967, lo que indica una fuerte correlación.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo muestra una fuerte relación entre la incidencia de gripe y de SCA. No obstante, es necesario ampliar el estudio de manera prospectiva para comprobar si nuestra hipótesis se sigue verificando en futuras temporadas. Igualmente sería deseable considerar otras variables que puedan influir en la incidencia de SCA.

P. #2152

SÍNCOPE REFLEJO CARDIOINHIBITORIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Alberto Domínguez Nuez, Verónica Elena Fermín Ramírez, Antonio Fernández Hernández, Rafael Salvador Canuto, Ana De Jesús Izaguirre Lugo, Irene Palacios Aceña
Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 42 años que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir episodio sincopal presenciado por su marido.
Entre sus antecedentes destacan: artritis esterno-clavicular izquierda, en probable relación a microtraumatismo y notalgia parestésica. Intervenida por un nevus melanocítico intradérmico en el muslo izquierdo. No realizando tratamiento crónico habitual.
La paciente refiere que , mientras se encuentra acostada, sufre sensación de malestar, asociando palpitaciones, sudoración fría; emitiendo un único vómito. Posteriormente, según su marido, sufre pérdida de consciencia de unos segundos de duración con recuperación rápida posterior. No TCE. No opresión torácica. No disnea. No relajación de esfínteres.
La paciente relata que presentó episodio similar hace unos años por el que no consultó.
Se encuentra nauseosa durante toda la entrevista.
Ingresa en la zona de recuperación para observación y monitorización.
Exploración anodina, exceptuando tonos rítmicos apagados y soplo sistólico en foco tricuspídeo.
Se solicita analítica completa con dímero D, radiografía de tórax y ECG. Analítica sin alteraciones, radiografía de tórax sin datos congestivos, presentando un ECG con bradicardia sinusal a 50lpm, eje a 60, PR normal, QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.
Durante su estancia en urgencias, se observan rachas en la telemetría de bradicardia sinusal a 35lpm sin pausas significativas con un latido nodal competitivo, precedidos de varios episodios presincopales.
Ante evolución, se comenta el caso con Cardiólogo de guardia, ingresando a cargo de este Servicio.
Durante su ingreso en Cardiología, presenta varios episodios presincopales, registrando en monitorización telemétrica pausas sinusales, la mayor de 6 segundos de duración. Se inició tratamiento con aleudrina durante 48 horas sin presentar nuevos eventos.
Se completó estudio con ecocardiograma y CardioRM, sin objetivarse evidencia de cardiopatía estructural.
Se le plantea la opción de implante de marcapasos definitivo DDD, pero difirió la decisión hasta posterior revisión en consultas.

CONCLUSIONES

El síncope cardioinhibitorio es un tipo de síncope que ocurre cuando hay una disminución abrupta en la frecuencia cardíaca debido a una disfunción del sistema nervioso autónomo, específicamente del reflejo vasovagal o un aumento excesivo de la actividad parasimpática. Este tipo de síncope puede estar relacionado con trastornos del ritmo cardíaco, y se caracteriza

por un paro temporal del corazón, generalmente debido a una bradicardia significativa.
Se debe sospechar en pacientes que presentan episodios de desmayo con pérdida temporal de la conciencia, acompañados de una disminución de la frecuencia cardíaca a niveles anormalmente bajos. Es importante descartar otras posibles causas de síncope, como síncope debido a arritmias, deshidratación, o trastornos metabólicos.
El tratamiento del síncope cardioinhibitorio se centra en la modificación del comportamiento, como evitar factores desencadenantes. En casos más graves o recurrentes, donde los episodios de síncope son frecuentes o tienen consecuencias clínicas importantes, la implantación de un marcapasos puede ser la opción de tratamiento más efectiva.

P. #2165

LUMBALGIA COMO PRESENTACIÓN DE ANEURISMA DE LA AORTA ROTO

Nancy Geraldine Marquina Colacci
Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Varón de 72 años de edad, fumador de 3 a 4 puros al día.
- Hipertensión arterial (HTA), dislipidemia.
- Cardiopatía isquémica crónica estable (2002 angor de reposo), 5 stents.
- Claudicación intermitente de miembros inferiores.
- Ulcus duodenal.
- Colecistectomía en abril 2017.

ENFERMEDAD ACTUAL
Acude a urgencias de centro de salud extrahospitalario, por dolor lumbar que se irradia a hipogastrio de 2 horas de evolución, donde se le pauta zaldiar y robaxin. Con empeoramiento del dolor, 3 vómitos biliosos y pre síncope, por lo que acuden a urgencias hospitalarias 2 horas después.
EXPLORACIÓN FISICA
Constantes: FC: 94 lpm, TA: 54/43mmHg, afebril, pálido, mal perfundido. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MV conservado, sin ruidos patológicos.
Abdomen: RHA+, dolor difuso a la palpación superficial, blando, depresible, no pulsos inguinales.
Ante ausencia de pulsos en mmii, activamos Código Aorta.
PRUEBAS COMPLEMETARIAS
Angiografía TC de Aorta toracoabdominal: Hallazgos compatibles con rotura de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal (a 3.5 cm de la salida de las arterias renales) con una interrupción de la calcificación mural en su aspecto anterior. El lumen del aneurisma se observa parcialmente trombosado con áreas de contraste que se infiltran a través del trombo hacia la pared anterior del aneurisma con extravasación activa del contraste hacia el retroperitoneo, en relación con rotura de la misma. Presenta una longitud craneocaudal aproximada de 10,6 cm, diámetro antero posterior de 7,6 y transversal de 7,9cm. Vena cava colapsada.
EVOLUCIÓN
Se activa Código aorta, coordinando traslado en UVI móvil a Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos (HCSC). Se administran 1500cc de Ringer Lactato, 1500cc de gelaspan, un concentrado de hematíes, obteniendo TA: 80/50mmHg, por lo que se inicia perfusión de noradrenalina a 15 ml/h. El paciente se encuentra en todo momento consciente, con dolor intenso, por lo que se administra 6mg d cloruro mórfico y se traslada al HCSC, donde fallece en sala de críticos.

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo (SAA) es poco frecuente, pero se asocia con una elevada mortalidad. Engloban distintas patologías aórticas agudas que tienen una presentación clínica similar: disección aórtica clásica, hematoma intramural aórtico, úlcera penetrante aórtica y disección incompleta. Aunque

pueden presentarse de forma aislada, también es posible que se detecten
a la vez en un mismo paciente o que exista progresión de unas a otras. Todas ellas pueden degenerar en la rotura aórtica, como en nuestro caso.
La prevalencia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es de 2-5% de la población; la mortalidad es de 80%.
El 91% de los casos (1) se acompaña de lumbalgia. Es importante incluir el aneurisma de la aorta abdominal como diagnóstico diferencial de la misma.
La tríada clásica para el diagnóstico consiste en hipotensión, lumbalgia (91%) y masa abdominal pulsátil (50%). La clínica por sí sola es diagnóstica en 38% de los casos y en el resto requiere de técnicas radiológicas (2).
Además de la edad, los factores de riesgo asociados al desarrollo del AAA, son: tabaquismo, sexo masculino, raza blanca, ateroesclerosis, historia familiar e hipertensión arterial. También existen las llamadas etiologías no ateroescleróticas, asociados a síndromes como Marfan y Ehrles Danlos, y el aneurisma micótico.
En la Comunidad de Madrid a partir de abril de 2019 se pone en marcha el Código Aorta, para mejorar los resultados en salud en el SAA optimizando el uso de los recursos disponibles. Identificando los SAA en toda CardioRed1 (población 1.3 millones) para proceder a su tratamiento urgente en un centro y con un equipo especializado Tras la implementación del Código Aorta, se
detectan más pacientes con SAA, se tarda menos en el traslado, y hay menor mortalidad.

P. #2175

IMPORTANCIA DE CONSIDERAR EL DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTES DIABÉTICOS Y ESPECIALMENTE EN MUJERES DE CARA A PREVENIR DIAGNÓSTICOS DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS TARDÍOS

Lucía Sánchez Rodríguez[1], Marta Reyes Álvarez[2], Fátima Tárraga Galdón[2]

1. Ponente, Santa Fe, España
2. 2ª autora, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Resumen:
Los pacientes diabéticos, tienen mayor probabilidad de padecer enfermedad coronaria y que ésta sea de múltiples vasos y más grave cuando se presenta en comparación con el resto de la población. Este perfil de pacientes, la reperfusión vascular tiene peores resultados y menor tasa de superviviencia a largo plazo, con aumento gradual, con respecto a los demás pacientes con enfermedad coronaria, del riesgo cardiovascular de forma directamente proporcional al grado de hiperglucemia.
Tras la reperfusión dentro del grupo de diabéticos, el pronóstico es peor en mujeres. A partir de los 65 años, la mortalidad por enfermedad coronaria aumenta en el 25% de las mujeres según el centro nacional de estadística.
En nuestro caso, se trata de una paciente de mediana edad que consultó tras 12 horas de clínica que a su parecer no era de gravedad, estableciéndose el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el momento en el que acudió a urgencias con tan sólo realizar el electrocardiograma.

CASO CLÍNICO:

Se trata de una paciente de 65 años con los antecedentes personales de DM tipo LADA de larga data en tratamiento con insulina lenta 22 UI por la noche, dislipemia en tratamiento con atorvastatina y fumadora de unos 12 cigarrillos al día con buena adherencia terapéutica que acude a urgencias por dolor torácico de 12 horas de evolución irradiado a ambas axilas y reflejado en la espalda, con malestar general y náuseas sin vómitos y sensación de pesadez en ambos miembros superiores. Mejora por la noche y reaparece más intensamente en la última hora, ya de características más típicas y asociado a vegetatismo y sensación de amargor oral. Se realiza ECG en el que se objetiva QS y elevación de ST en V1-V5. Llama la atención que en los momentos en que la paciente se encuentra más sintomática, en el registro electrocardiográgico en observación realiza periodos de asistolia de la misma duración de la clínica, que suele ser irregular. En la analítica, bioquímica, hemograma y coagulación anodinos y destaca un primer valor de troponina ultrasensible de 5.600. Se deriva a Hemodinámica de nuestro hospital de referencia, previa administración de cargas de AAS y ticagrelor, 80 UI de enoxaparina SC y nitroglicerina sublingual, permaneciendo con dolor aunque de menor intensidad.
En cuanto llega a dicho centro, se realiza coronariografía en la que se objetiva obstrucción aguda de la arteria descendente anterior media con oclusión trombótica al inicio de tercio

medio con vaso distal pobremente visualizado sobre la que se implantan dos stents, con buen resultado angiográfico.

CONCLUSIONES

En cuanto a la clínica, los estudios sugieren que las mujeres no son derivadas a urgencias con tanta frecuencia como los hombres para realizar procesos diagnósticos y/o terapéuticos, a pesar de que sus manifestaciones clínicas son similares. Es por ello que en el caso de la patología que nos compete, el síndrome coronario agudo, y especialmente en pacientes jóvenes y diabéticas, existe un retraso diagnóstico. El objetivo de éste caso, es destacar la importancia de un diagnóstico precoz para prevenir la morbimortalidad que acarrea el diagnóstico tardío de ésta patología en un rango etáreo poblacional con, a priori, esperanza de vida prolongada.

P. #2186

DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO POR ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA

Ana Ordóñez Pastor[1], Andrea Cacabelos Dios[1], Eduardo Sánchez Fernández[1], Patricia Martínez Galan[1], Ainhoa Lorenzo Valdemiros[2], Gerardo Palacios Marin[2]

1. Urgencias Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España
2. Urgencias Hospital de Calahorra, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años con antecedentes de cardiopatía isquémica y fibrilación auricular, anticoagulado con dabigatran, que acude a urgencias de hospital comarcal por dolor abdominal intenso y tipo cólico en flanco y fosa iliaca izquierdo de 24 horas de evolución. Niega fiebre. No síndrome miccional. No mejoría con analgesia domiciliaria. Se revisa historia clínica en atención primaria donde se encuentra que el paciente tiene recientemente solicitada colonoscopia por sangre oculta en heces con valor >1000 por haber presentado esas últimas semanas deposiciones oscuras.

A la exploración inicial: TA 174/123 mmHg, FC 84 lpm, FR 14 rpm, afebril, saturación oxígeno 97%. Malestar general, palidez mucocutánea, auscultación cardiaca arrítmica, auscultación pulmonar sin alteraciones. A la palpación abdominal blando depresible, dolor en flanco y fosa iliaca izquierda que impresiona de discreta defensa localizada. Peristaltismo disminuido. Sin masas ni megalias. Pulsos inguinales presentes simétricos. Puño percusión renal bilateral no dolorosa.

Se administra tratamiento analgésico con metamizol y tramadol con mejoría. Se realizan pruebas complementarias. En analítica sanguínea hemoglobina 18.7, plaquetas 146, leucocitos en rango. Tiempo de protombina 84% y TTP 32.1; bioquímica en rango sin alteración de función renal, no elevación de proteína C reactiva.

ECG fibrilación auricular sin alteraciones de la repolarización de origen isquémico. En radiografía abdominal se objetiva imagen dudosa en flanco izquierdo como de aumento importante de deposiciones y aires en colon descendente. Se decide solicitar tac abdominal con objetivo de descartar patología aguda abdominal (sospecha de neoformación intestinal). El paciente presenta empeoramiento brusco, con trabajo respiratorio, hipotensión 55/35 mmHg, taquicardia a 150 lpm. Se realiza ecografía a pie de cama donde se objetiva posible aneurisma de aorta. Se administra fentanilo y sueroterapia con hemoconcentrado de grupo 0, así como antídoto de anticoagulante. El paciente empeora con bajo Glasgow (7), bradicardia brusca a 30 lpm por lo que se decide intubación. Se realiza tac abdominal donde se objetiva aneurisma de aorta abdominal con iliaco roto. Se comenta con cirugía vascular, se decide traslado a hospital de referencia para tratamiento quirúrgico urgente. El paciente presenta hasta 3 paradas cardiorrespiratorias sin ritmo desfibrilable hasta su llegada a urgencias, finalmente fallece.

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo incluye: disección aórtica, hematoma

intramural, úlcera aórtica penetrante y aneurisma. Se clasificación en función de la localización de afectación y del tiempo de evolución. Tiene prevalencia en varones de más de 40 años con hipertensión arterial que presentan dolor torácico o abdominal brusco, intenso y desgarrador. En el caso del aneurisma de aorta abdominal (IIIB) la sintomatología tiene lugar en el abdomen siendo en línea media y en flancos por afectación infrarrenal-iliaca. Se acompaña habitualmente de cortejo vegetativo, disnea, síncope y ausencia de pulsos. El hemograma no suele modificarse excepto en caso de hipovolemia. El dímero D apoya el diagnóstico. La prueba complementaria de elección es el tac de aorta con contraste. Su tratamiento es quirúrgico, aunque presenta alta mortalidad. Se debe controlar analgesia con fentanilo y manejar frecuencia cardiaca de 60 lpm y cifras de tensión arterial por debajo de 120/80 mmHg mediante administración de betabloqueantes (labetalol, esmolol, metoprolol). Un alto porcentaje de pacientes fallecen por rotura de aneurisma por shock hipovolémico como en nuestro caso clínico.

P. #2189

HOY NO ME PUEDO LEVANTAR

Elena Descalzo Casado, Laura De Pedro Álvarez, Judit Aranda Salom, Natalia Oviedo Arévalo, Cristina González González, Laura Santos Franco

Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años, alérgica a betalactámicos y con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con cuátriple terapia (amlodipino, losartán, hidroclorotiazida y propranolol). Es traída a Urgencias por UVI móvil por dolor abdominal súbito y pérdida de fuerza de miembro inferior derecho (MID) de menos de 1 hora de evolución. La paciente se encontraba agachada cuando al incorporarse comenzó con dolor abdominal súbito irradiado a la espalda, sin poder mantenerse erguida y asociando imposibilidad de mover el MID.

A la llegada de los servicios médicos extrahospitalarios, objetivan paresia de MID, con pulsos distales conservados, así como hipotensión (80/60 mmHg). Realizan electrocardiograma (ECG), en ritmo sinusal con tendencia a la bradicardia (55 lpm). Inician expansión de volumen con suero fisiológico 0.9% (SSF 0.9%) y trasladan al hospital. Durante el traslado, recuperación de fuerza y movilidad del MID.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS:

Hipotensa (90/56 mmHg), frecuencia cardíaca 58 lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Dolor abdominal generalizado sin signos de irritación peritoneal. Pulsos pedios y femorales bilateral conservados y simétricos, con buen relleno capilar.

Exploración neurológica normal, sin claudicación ni paresia de MID.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Gasometría venosa: Hb 12.5 g/dl, lactato 0.4, sin alteraciones iónicas.

ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, sin alteraciones de la repolarización.

Analítica de sangre: sin alteraciones.

A su llegada se continúa con resucitación con sueroterapia (SSF 0.9%), persistiendo hipotensa, por lo que se solicita angioTAC de aorta por sospecha de síndrome aórtico, confirmando la disección aguda de aorta Stanford tipo A, desde la raíz aórtica hasta la bifurcación de las arterias ilíacas, con afectación de la arteria renal derecha.

EVOLUCIÓN:

La paciente es intervenida de forma emergente con colocación de prótesis tubular en aorta ascendente y recolocación de la válvula aórtica, siendo dada de alta un mes después.

CONCLUSIONES

1. El síndrome aórtico es una emergencia médica con una elevada mortalidad en la que la sospecha clínica es fundamental para diagnosticarlo.
2. Su forma de presentación puede ser variable según la afectación topográfica de la disección.
3. Patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor torácico y el dolor abdominal súbito, dada su alta mortalidad.

P. #2196

CUIDADO CON LAS ARRITMIAS

Laura Carrillo García, María Cristina Uclés Peña, José Medina Ramos, Roció Ferreras Berenguel
Hospital Torrecárdenas, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 72 años, IABVD.
AP: HTA . En seguimiento por cardiología por IAM no Q tipo 2, Cardiopatía hipertensiva con HVI mod-severa y FEVI normal.
Acude a urgencias por dolor centrotorácico intermitente y palpitaciones de una hora de evolución sin cortejo vegetativo acompañante ni otra sintomatología. Se realiza en área de críticos ECG donde se evidencia taquicardia de QRS ancho con morfología de BRD. Se inicia tratamiento con adenosina para intentar revertir sin éxito y termina requiriendo 3 CVE (120J- 200J - 200J), tras lo cual recupera ritmo sinusal.
Al pasar al paciente a observación e inicio de telemetría se objetiva en nuevo ECG onda Q no presente en ECG anteriores.
Se inicia tratamiento con Amiodarona.
Exploración física: TA137 / 83 mmhg, FC 69 lpm Resp: 12 resp/ min. SATO2 99% sin oxigenoterapia. Buen estado general, normocoloreado, normoperfundido, normohidratado. Eupneico en reposo, sin tiraje abdominal ni supraclavicular. Neurológico: consciente, orientado, colaborador. Sin focalidad. Cuello: no ingurgitación yugular. Tórax: AC rítmica, a buena frecuencia, no se aprecian soplos ni otros ruidos patológicos. AR murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Extremidades: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios presentes.
Pruebas complementarias:
- AS: Creatinina: 0.96 mg/dl; Sodio: 141 mE/L; Potasio: 4.6 mE/L; Prot C React: 0.2 mg/dl. Trop T: 186 pg/mL; Hb: 17.6 gr/dl; Hto: 51.6%. Plaquetas 217200; Leucocitos: 7190 (N: 64%, L 26%). INR 0.94
- Rx TÓRAX: ICT aumentado, no infiltrados ni condensaciones, velamiento de ángulo costodiafragmático izquierdo.
- 1° ECG: taquicardia de QRS ancho con morfología de BRD y eje ligeramente izquierda (positivo en I y aVL negativo en II positivo en III).
- 2° ECG (tras CVE): ritmo sinusal a 94 lpm, eje izquierdo, PR normal, QRS estrecho, onda Q en cara inferior.
- ECOCARDIOSCOPIA: zona aneurismática apical.

CONCLUSIONES

La presencia de una taquicardia monomorfa de QRS ancho se considera una taquicardia ventricular hasta que no se demuestre lo contrario. El tratamiento agudo puede consistir en cardioversión eléctrica o farmacológica (procainamida o amiodarona) si el paciente está estable, o cardioversión eléctrica si el paciente está inestable.
La taquicardia ventricular monomorfa sostenida se produce sobre todo en el contexto de un infarto de miocardio cicatrizado, y puede aparecer en la fase subaguda o mucho después de que el paciente haya sufrido la lesión isquémica aguda.
La importancia de la realización de un ECG obtenido durante la taquicardia puede: confirmar el diagnóstico de TV y descartar otras posibles causas de taquicardia de complejos ancho, como la taquicardia supraventricular con conducción aberrante, el bloqueo de rama del haz preexistente o la taquicardia de preexcitación; indicar una posible cardiopatía subyacente, e identificar el origen de la TV o de qué salida del circuito surge.
La importancia de conocer los antecedentes personales cardiológicos del paciente realizando una buena anamnesis nos puede ayudar en este tipo de pacientes a orientar las arritmias puesto que hay evidencias que demuestran la relación entre arritmias malignas por lesiones isquemias previas. Ante dudas en el diagnóstico de un IAM en pacientes con lesiones previas es necesaria la realización de más pruebas complementarias, en este caso ante la duda de que la onda Q correspondiera a lesión isquemia previa ha sido crucial la realización de la ecocardioscopia, puesto que se ha evidenciado una lesión no presente anteriormente y de esta forma el paciente se ha beneficiado de la realización de un cateterismo urgente.
Es importante realizar diagnóstico diferencial con Taquicardias de QRS ancho. Regulares: taquicardia ventricular monomorfa. Taquicardia antidrómica por reentrada por vía accesoria. Taquicardia auricular con conducción aberrante. Irregulares: fibrilación auricular pre-excitada. Taquicardia ventricular polimorfa. Fibrilación auricular con conducción aberrante.

P. #2207

PLEUROPERICARDITIS POSTABLACIÓN RECIENTE

Ana Ordóñez Pastor, Andrea Cacabelos Dios, Eduardo Sánchez Fernández, Patricia Martínez Galan, Gregorio Fernández Calleja, Sergio Gutiérrez Velasco

Urgencias de Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 58 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador, con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial y fibrilación auricular paroxística.

Acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos tras realización de ablación cardiaca hace una semana. Asocia sensación de opresión retroesternal que empeora con la inspiración profunda. Niega fiebre, no tos ni ruidos respiratorios.

A la exploración presenta malestar general, sudoración, discreta taquipnea y tiraje supraclavicular, saturación basal 95%. TA 138/91 mmHg; FC 91 lpm; afebril.

Auscultación cardiaca disminución de ruidos, roce, sin soplos. Auscultación pulmonar hipoventilación en ambas bases sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Se administra oxigenoterapia con gafas nasales a 3 litros, con mejoría parcial de clínica y enoxaparina ante sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Se realizan pruebas las siguientes pruebas complementarias. ECG ritmo sinusal a 90 lpm con voltaje de QRS disminuidos. En radiografía de tórax se objetiva derrame pleural bilateral de predominio derecho, cardiomegalia y atelectasia basal derecha. En analítica sanguínea hemograma sin alteraciones, troponina T 17, PCR 100, CK 66, Dimero D 7000, proBNP 140, creatinina 0.82, Sodio 138, Potasio 4.5.

Se realiza tac arterias pulmonares ante sospecha de posible tromboembolismo pulmonar, con el siguiente informe: no defectos de repleción en árbol vascular arterial pulmonar que sugiera tromboembolismo pulmonar, derrame pleural derecho de 40 mm de espeso con mínimo derrame pleural izquierdo. Atelectasia basal derecha. Derrame pericárdico con un espesor de 19 mm. Rectificación de septo interventricular y reflujo de contraste en vena cava inferior, como signos de sobrecarga de cámaras cardiacas.

Se comenta con cardiología ante sospecha de pleropericarditis post ablación. El paciente es ingresado en planta de cardiología para monitorización ecocardiográfica del derrame pericárdico y tratamiento con antiinflamatorios (ibuprofeno de 600 mg cada 8 horas) además de fluidoterapia con suero fisiológico.

En ecocardiograma al ingreso en planta de cardiología: derrame pericárdico circunferencial de predominio apical, no tabicado, con resto de fibrina en ápex biventricular, severo (saco anterior 15 mm y saco posterior 16 mm) que no produce compromiso hemodinámico.

Tras varios días de ingreso, el paciente recibe la alta domiciliaria tras mejoría, con disminución de derrame pleural y pericárdico. Seguimiento por parte de cardiología al mes.

CONCLUSIONES

La pleuropericarditis post ablación se trata de una entidad clínica poco frecuente en pacientes que son sometidos a ablación cardiaca para tratamiento habitualmente de fibrilación auricular. Se describe como la inflamación de la pleura y del pericardio, que se manifiesta con disnea, dolor torácico y astenia. Puede elevar marcadores inflamatorios en analítica sanguínea y provocar derrame pericárdico y pleural, objetivado en pruebas de imagen como radiografía, ecografía y tac torácico. Dependiendo del grado de afectación precisará de ingreso hospitalario en unidad de cardiología o medicina intensiva. Su tratamiento suele ser reposo, administración de antiinflamatorios como el ibuprofeno, suspensión de anticoagulantes y evitar administración de antibióticos. Si el paciente es dado de alta del servicio de urgencias, es necesario un seguimiento evolutivo por su médico de primaria y cardiología.

P. #2228

DE UN SÍNCOPE A UNA EMERGENCIA CARDÍACA: COMPLICACIONES POST-IMPLANTE DEL DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO

Cristina Nuñez Ocaña, Genesis Eyleen Villarreal Ludeña, María esteban Benavides, Silvia Montila Rivera

Hospital Universitario del Sureste, Arganda Del Rey, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso:
Varón de 85 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y miocardiopatía hipertrófica (MCH) diagnosticada en 2019, pero sin seguimiento ni tratamiento adecuado desde entonces. En 2024, el paciente retoma el seguimiento cardiológico, donde se confirma el diagnóstico de MCH en fase Burn-out con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida del 36%.
Dos días antes de su ingreso actual, se le realizó la inserción de un desfibrilador automático implantable con terapia de resincronización cardiaca asociada (DAI-TRC), debido a la sospecha de insuficiencia cardíaca y el riesgo aumentado de arritmias letales.
Acude al servicio de urgencias relatando un episodio sincopal durante reposo, con un prodromos de cortejo vegetativo dado por sensación de mareo tipo inestabilidad y diaforesis. Aunque durante este episodio no refirió dolor torácico, mencionó haberlo experimentado días previos, que tras unos minutos resolvió de manera espontánea.
La hipotensión significativa, acompañada de palidez cutánea e ingurgitación yugular, sugiere la posibilidad de un compromiso hemodinámico grave.
Exploración y pruebas complementarias:
Durante la exploración se evidencia al paciente clínica y hemodinámicamente inestable, dado por cifras tensionales bajas (mínima cuantificada en 60/30mmHg), y frecuencia cardíaca rítmica de 70 lpm. El examen físico revela palidez mucocutánea, ingurgitación yugular y acrocianosis de predominio en las extremidades inferiores.
Por lo que se detemina administrar rápidamente sueroterapia (500cc de Solucion salina al 0.9% y gelaspan), logrando una leve mejoría hemodinámica (TA 87/45 mmHg).
La ecografía clínica demuestra la presencia de un derrame pericárdico, aunque no hay signos de taponamiento cardiaco inmediato. El electrocardiograma muestra ritmo ventricular estimulado por sensado auricular a 69lpm, QRS ancho, Patron electrocardiografico compatible con bloqueo de rama izquierda, no microvoltajes. Los análisis de laboratorio revelan leucocitosis (12.77 10^3/µL) y acidosis respiratoria moderada (pH 7.24, pCO2 53 mmHg), lo que podría indicar una insuficiencia respiratoria leve debido a la congestión pulmonar, un hallazgo común en la insuficiencia cardiaca.
Orientación diagnóstica:
El paciente presenta un cuadro compatible con complicaciones post-implante de DAI-TRC. Aunque el derrame pericárdico es evidente, no se han identificado signos de taponamiento cardiaco en el examen inicial. El síncope asociado a hipotensión y los síntomas previos a la llegada podrían estar relacionados con la disfunción ventricular residual debido a la miocardiopatía hipertrófica y los efectos del implante del dispositivo, que podrían haber alterado el equilibrio hemodinámico del paciente. También se debe considerar la posibilidad de una arritmia asociada al implante o a la miocardiopatía en sí misma, dada la reciente colocación del DAI-TRC. Se mantiene la sospecha de que el derrame pericárdico puede estar en una fase temprana, por lo que se continuará con un seguimiento cercano

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de un seguimiento minucioso en pacientes con miocardiopatía hipertrófica y la colocación de un DAI-TRC, especialmente en aquellos con un FEVI reducido. La miocardiopatía hipertrófica puede ser una causa importante de insuficiencia cardiaca y arritmias, lo que pone a los pacientes en un riesgo elevado de complicaciones. La presencia de derrame pericárdico y la hipotensión en este contexto subraya la necesidad de una evaluación urgente para evitar el taponamiento cardiaco, un hallazgo grave en estos pacientes. Además, la interacción entre el dispositivo y la función ventricular debe ser cuidadosamente monitoreada para prevenir futuros episodios.

P. #2238

EL ÚLTIMO INFARTO. SHOCK CARDIOGÉNICO

Laura Asensio García[1], Julia De Lara Terán[2][1], Irene Milagro Valls Pascual[1], María Brotons Seguí[1], Sara López Espinosa[1], Ariadna Stella Inciarte Brizuela[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. SESCV, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

- ANTECEDENTES PERSONALES (AP):
No alergias medicamentosas conocidas.
No hábitos tóxicos.
Situación basal: independiente.
Hipertensión (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia.
Enfermedad pulmonar intersticial difusa.
Insuficiencia renal crónica.
Cardiopatía isquémica crónica: intervenido por cateterismo en 5 ocasiones desde el año 2000. Última vez en septiembre del 2024. Portador de varios stents. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida (48%).
Intervenciones quirúrgicas: prótesis total de cadera izquierda.
TRATAMIENTO (TTO) ACTUAL: Furosemida 40 miligramos(mg)/24 horas (h), espironolactona 25mg/24h, bisoprolol 2,5mg/24h, insulina basal 25 unidades internacionales en el desayuno, ácido acetilsalicílico 100mg/24h, clopidogrel 75mg/24h, alprazolam 1mg/24h, ramipril 1.25mg/24h, atorvastatina-ezetimiba 40/10mg cada 24h, ranolazina 375mg/12h, empagliflozina-metformina 5/1000mg cada 24h, pantoprazol 20mg/24h, tamsulosina 0,4mg/24h.
- ANAMNESIS: varón de 78 años que acude a urgencias por sensación de mareo que comenzó hace 2 horas tras la cena y se ha acompañado de dos vómitos. Posteriormente presentó sensación disneica leve junto con discreta sensación de opresión torácica. No síncope. Sí presentó un presíncope hace 5 días junto con caída y Traumatismo Craneoencefálico (TCE) por el que consultó a urgencias donde se objetivó Tomografía Computarizada (TC) craneal normal. Se realizó también electrocardiograma (ECG) con elevación del segmento ST de V1 a V3 similar respecto a ECG previos. En ese momento no se realizó Análisis Sanguíneo (AS) con troponina ultrasensible.
- EXPLORACIÓN FÍSICA:
Frecuencia Cardiaca (FC): 66 latidos por minuto (lpm); Saturación de oxígeno (SatO2): 90% (sin oxígeno); Tensión Arterial (TA): 80/45 milímetros de Mercurio (mmHg).
Regular estado general. Eupneico en reposo. Consciente y orientado en las 3 esferas. Afebril.
Auscultación Cardiaca (AC): tonos rítmicos con soplo sistólico en foco aórtico.
Auscultación Pulmonar (AP): murmullo vesicular conservado con crepitantes finos bibasales.
Abdomen anodino.
No edemas en miembros inferiores.
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
ECG: 75lpm. Elevación ST de 3mm de V1 a V3.
AS: destaca troponina 628 nanogramos (ng)/litro (L); proteína C reactiva 17,8 mg/L; proBNP (péptidos natriuréticos) 18213 picogramos(pg)/mililitro (ml); pH 7,28.
Ecocardiografía a pie de cama: FEVI deprimida con hipocinesia/acinesia apical y lateral.
- EVOLUCIÓN: dados los hallazgos compatibles con Síndrome Coronario Agudo Con Elevación ST (SCACEST), se traslada al paciente con ambulancia medicalizada a un hospital de tercer nivel a la unidad de hemodinámica para la realización de cateterismo cardíaco. El paciente se encontraba grave en situación de shock de origen cardiogénico por lo que se canalizó una vía central femoral y se inició perfusión de noradrenalina. A pesar de esto, no fue suficiente y el paciente continuaba inestable durante el traslado y en el proceso del cateterismo, por lo que también se administraron "push dose" de adrenalina.

En la coronariografía se objetivó lo siguiente: SCACEST anterior. Enfermedad coronaria de 3 vasos; descendente anterior (DA) con trombosis intrastent y circunfleja y coronaria derecha con reestenosis de stents previos. Se realizó Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea con balón convencional sobre stents de DA distal, media y proximal. El procedimiento no se pudo alargar más dada la inestabilidad del paciente.
Así, ya preparado todo para el traslado de nuevo a su hospital de origen, el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria en los pasillos del hospital de tercer nivel. Tras realizarse reanimación cardiopulmonar no se consigue recuperar y el paciente finalmente fallece.

CONCLUSIONES

- El caso nos muestra la importancia de la coordinación de los diferentes servicios (urgencias, emergencias extrahospitalarias, cuidados intensivos y hemodinámica) para realizar una rápida atención.
- Sirve para debatir las diferentes opciones en cuanto al uso de vasopresores (noradrenalina, dobutamina, "push doses" de adrenalina...) en caso de shock.
- Nos plantea la cuestión ética de hasta dónde llegar con pacientes tan graves y abre el debate de cómo realizar una adecuada gestión de los recursos.

P. #2250

SÍNDROME DE PREEXITACIÓN

Ana Lucía Rengifo Martínez
Osakidetza-Osi Bidasosa, Hondarribia, España

INTRODUCCIÓN

HISTORIA CLINICA
Varón de 15 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestro servicio de urgencias en Atención primaria por palpitaciones que inician mientras jugaba con sus amigos y que se mantienen hasta después de estar ya en su casa en reposo. No refiere mareo, no dolor torácico ni ninguna otra sintomatología acompañante. Comento episodios similares desde hace varios meses en contexto de actividad física.
EXPLORACION FISICA
TA: 108/82 Sat O2 99% FC 192 T° 35.6

OBJETIVO

EKG: taquicardia rítmica a FC 185 lpm QRS anchos (163 ms) eje a 20°- conducción aberrante.
Buen estado general, tranquilo, eupnéico, hidratado, bien perfundido. No IY.
AC: taquicardia rítmica sin soplos. AP murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando depresible, no doloroso, peristaltismo conservado, no signos de irritación peritoneal, EEII no presenta edema ni signos de TVP.

MÉTODO

ACTITUD
Manteniendo monitorizado al paciente se realiza maniobras de vágales y Valsalva modificada que no son efectivas. Mientras que al canalizarle una vía periférica revierte a ritmo sinusal.
JUICIO DIAGNOSTICO:
TAQUICARDIA de QRS ANCHO
PROBABLE SIGNOS DE PREEXITACION
Se traslada en SVA a urgencias Hospitalarias donde fue ingresado para estudio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

ANALITICA: parámetros sin datos de relevancia clínica.
ECOCARDIOGRAMA: VI normal en tamaño, estructura y función. VD normal en tamaño, estructura y función. Sin valvulopatías.
ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO: taquicardia paroxística supraventricular por HAZ DE MAHAIM
TRATAMIENTO:
ABLACION EFECTIVA DE HAZ ACCESORIO POR RADIOFRECUENCIA.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
La preexcitación ventricular, debida a una vía accesoria que «une» eléctricamente aurículas y ventrículos, puede dar lugar a una variedad de síndromes arrítmicos, desde taquicardias paroxísticas de la unión auriculoventricular a facilitación y agravamiento de taquiarritmias auriculares que pueden conducir incluso a muerte súbita; sin embargo, estadísticamente, lo más frecuente es que el individuo esté asintomático toda su vida. En el asintomático, los estudios poblacionales con seguimiento a muy largo plazo indican que el riesgo de muerte súbita es mínimo. El tratamiento agudo de las taquiarritmias se basa en la administración de adenosina/verapamilo para las taquicardias regulares con un complejo QRS estrecho, y procainamida/cardioversión eléctrica para las taquiarritmias preexcitadas. No se recomienda el tratamiento crónico con fármacos antiarrítmicos, porque su eficacia no está bien contrastada y el riesgo de efectos adversos es considerable. En los pacientes sintomáticos, el tratamiento de elección es la ablación con catéter, con un 93% de eficacia, un 1% de complicaciones mayores y un 1‰ de mortalidad. En el individuo asintomático, la indicación de ablación suscita controversia; la propuesta de los autores es que se realice un control clínico periódico y se indique la ablación sólo en los casos que desarrollen síntomas de taquiarritmias.

P. #2253

¡DOCTOR, TENGO PÁNICO!

Francisco Jesús Sosa Pérez, Juan Andrés Sánchez Pérez, Bárbara Martín Giner, Alejandro Sosa Pérez, María Ángeles García Pérez

SEMES, Las Palmas De Gran Canaria, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso:
Mujer de 35 años sin AP de interés que acude a C. Salud por ataque de pánico y ansiedad. Varios episodios previos similares con opresión cervical, palpitaciones, nauseas y presíncopes, de un año de evolución, estudiada por Cardiología sin evidenciar patología. La paciente comienza con empeoramiento clínico y bajo nivel de conciencia con ausencia pulso. En monitor se aprecia bradicardia QRS ancho a 15 lpm sin pulso por lo que se inicia masaje cardiaco, administración de adrenalina 1mg e IOT con recuperación circulación espontánea a los 2 minutos. Tras intubación presenta salida de líquido seroso por tubo endotraqueal. La paciente presenta mala perfusión distal, hipotensión y frialdad en extremidades por lo que se administra cristaloides, gluconato cálcico, bicarbonato 1/6M y catecolaminas y se traslada en SVA a Hospital de referencia en situación de shock.
Exploración física y Pruebas complementarias Hospitalaria:
En analítica: Leucos 10.1, Hb 14.5, plaquetas 265000, Glucosa 157, urea 29, creatinina 1.03, Na 149, K 2.79, Cl 97, calcio 8.8, Mg 2.5, Troponina T 621, BNP 233, láctico 13. TSH normal. Gasometría: pH 7.06, PCO2 87.5, PO2 31, HCO3 17.3, EB -5.1.
EKG: RS a 150 lpm con morfología de BRIHH y elevación del ST 3mm V1- V3.
Ecocardioscopia: Disfunción VI severa con hipocinecia en bases y aquinecia de resto de segmentos. VD no dilatado, sin derrame pericardico sin valvulopatías groseras.
Rx tórax:Infiltrado intersticial y congestión perihiliar bilateral como signos de sobrecarga hídrica, y consolidación basal derecha.
Tratamiento hospitalario:
Noradrenalina y dobutamina PC, 100mEq de bicarbonato, 2 ampollas de gluconato cálcico, y 40 mEq de potasio. Dado EKG y ETT se activada código infarto y se administra: 300mg AAS, 180mg Ticagrelor y 5000UI de heparina sódica.
Cateterismo cardiaco: No lesiones coronarias, ventriculografía sugestiva miocardiopatía por estres. Ante mala situación hemodinámica se implante de dispositivo de soporte ventricular con implante de BCPIAo. Posteriormente se traslada a UMI.
La paciente presenta evolución favorable durante su ingreso, pudiendo retirar soporte inotrópico y trasladarse a planta de hospitalización de Cardiología.
Se realiza estudio por Endocrinología donde metanefrinas elevadas. Se solicita TAC abdomen y SPEC-TC donde nódulo suprarrenal derecho de 2,4 x 2,4 cm con captación difusa del trazador, similar a hepática, sugestivo de feocromocitoma.
Valorada por CGD que programa cirugia al alta, siendo intervenida varios meses después de suprarrenalectomía derecha robótica sin incidencias con buena evolución clínica.
Juicio Diagnóstico:
Shock Cardiogénico secundario a Sd. Tako-Tsubo por Feocromocitoma suprarrenal derecho. Hipopotasemia severa corregida.

CONCLUSIONES

El síndrome de Takotsubo, también conocido como miocardiopatía por estrés o "síndrome del corazón roto", es una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo que se asemeja a un infarto agudo de miocardio, pero sin obstrucción coronaria significativa. Puede ser desencadenado por estrés emocional o físico intenso. El feocromocitoma es un tumor de la médula suprarrenal que secreta catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en exceso, lo que provoca crisis hipertensivas, taquicardia y otros efectos cardiovasculares. En algunos casos, el síndrome de Takotsubo puede ser secundario a un feocromocitoma: la sobrecarga de catecolaminas inducida por el tumor puede generar un estado de estrés miocárdico extremo, causando la disfunción del ventrículo izquierdo típica del Takotsubo. A diferencia del Takotsubo clásico, el secundario a feocromocitoma puede tener un curso más grave, con mayor riesgo de complicaciones como shock cardiogénico y arritmias. Si se sospecha que un Takotsubo es secundario a feocromocitoma, se deben realizar pruebas para medir catecolaminas plasmáticas y metanefrinas en orina o sangre, además de estudios de imagen (TC o RM) para localizar el tumor.

AT02
URGENCIAS MÉDICAS II
(Enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

O. #15

DEL CINE A LA EMERGENCIA ¿LUMIERE O LEMIERRE?

Juan Muñoz-Mingarro Molina[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], Aurora Navarro Regi[1], Ángel Julián Iglesias Marchan[1], Rocío Morales Santos[1], Sandra Aldea Bravo[2]

1. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
2. Hospital Universitario del Sureste, Arganda Del Rey, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 25 años fumador, que acude al Servicio de Urgencias (SU) por otalgia izquierda con mal estar general. Es dado de alta con diagnostico de otitis media aguda y tratamiento sintomático con antiinflamatorios.
A las 48 horas reconsulta en urgencias por no mejoría clínica, y fiebre de 38ºC. Se pauta amoxicilina en pauta corta, analgesia de primer escalón y se da de alta del SU.
A las 72 horas vuelve a reconsultar en tercera visita por fiebre 39.6ºC, odinofagia, mal estar general e inflamación dolorosa laterocervical izquierda.
A su llegada a urgencias presenta taquicardia (120 lpm) taquipnea (>30 rpm) con tensiones 118/85 mmHg y T° 39.6
Exploración física; Ac rítmico sin soplos; AP murmullo vesicular conservado, Relleno capilar <2 seg; Orofaringe hiperemica sin exudados; en región laterocervical izquierda se observa tumefacción indurada, con calor rubor e intensamente dolorosa a la palpación
En las pruebas complementarias destaca analíticamente leucocitosis de 30x10*3/mcL (90% PMN); Plaquetas 565.000/mcL; PCR de 202 mg/dL; Procalcitonina de 8, 02 ng/mL; Sodio 132 mEq/L; Potasio 4.5 mmol/l. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Se extraen hemocultivos y frotis faríngeo.
Se mantiene en urgencias observación con empeoramiento clínico progresivo. Hipotensión, con sudoración. El paciente presenta en la exploración neurológica obnubilación, y aumento de tamaño de la zona retroauricular, con aumento de temperatura y enrojecimiento.
Se solicita TAC craneal: Absceso en región retrouricular izquierda con extensión mastoidea y epidural a fosa posterior izquierda y tromboflebitis séptica vena yugular interna izquierda sugerente de síndrome de Lemierre.
Se inicia tratamiento de shock séptico con cristaloides, monitorización con sondaje vesical y diuresis horaria. Se pauta antibioterapia de amplio espectro con meropenem 1gr/8h. Durante las próximas horas el paciente es respondedor a volumen, sin necesidad de añadir al tratamiento drogas vasoactivas.
En los cultivos obtenidos se aisló Fusobacterium necrophorum multisensible, que junto a la buena evolución clínica del paciente durante su estancia en urgencias se hizo desescalada de antibioterapia a metronizadol 500mg/8h IV hasta completar 4 semanas en planta de medicina interna.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemierre (SL) es una urgencia médica producida por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (VYI), secundario generalmente a una complicación de una infección orofaríngea, también puede originarse en otros focos como otitis media, rinitis o mastoiditis.
Es una afectación poco común con incidencia de 2,3-6,2 casos/millón año, y con una mortalidad 4-18%. Las manifestaciones clinicas suelen depender del lugar de origen de la infección: odinofagia, otalgia etc. Las complicaciones dependerán de las estructuras afectadas, bien sean musculares, venosas o nerviosas.
La induración del ángulo mandibular junto con inflamación dolorosa del cuello es sugestiva de afectación de yugular interna como pasó en nuestro caso, y la afección respiratoria en estos pacientes nos debe hacer sospechar de posible bacteriemia y diseminación hematógena.
Para el diagnóstico es imprescindible tanto una imagen con TAC craneal que demuestre la presencia de trombo en la VYI y el aislamiento microbiológico por cultivos.
En el tratamiento hay que realizar antibioterapia de amplio espectro con cobertura de anaerobios con carbapenemasas como se realizó en nuestro caso tras el diagnostico, para posteriormente realizar antibioterapia dirigida de forma prolongada según antibiograma. Las guías actuales no recomiendan anticoagulación salvo trombosis o persistencia de fiebre tras 5-7 días de tratamiento antibiótico.
El SL es una afectación rara en paciente adulto o joven, pero con alto índice de mortalidad si no se diagnostica y trata de forma correcta. Por ello los clínicos debemos tener alta sospecha en aquellos casos de infección orofaringea persistente pese a tratamiento o con afectación pulmonar o cervical.

O. #283

BIOMARCADORES LEUCOCITARIOS COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN EXACERBACIONES DE LA EPOC

Esther Pulido Herrero[1][2][3], María Soledad Gallardo Rebollal[1][4][3], Amaia Fernández Alonso[1][4], Aitor Odiaga Andicoechea[1][4], María Auxiliadora Ela Santiago[1], Juana María Amigo Angulo[1]

1. Osakidetza- Hospital de Galdakao-Usansolo, Bilbao, España
2. IIS Biobizkaia, Cruces, España
3. Universidad de Deusto, Bilbao, España
4. IIS BioBizkaia, Cruces, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por ser un proceso inflamatorio pulmonar y sistémico. Las exacerbaciones de EPOC (EAEPOC) son uno de los motivos más importantes de visita a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y de ingreso hospitalario. No existe una definición ni un biomarcador de riesgo universalmente aceptado para el diagnóstico preciso de la exacerbación. Los parámetros morfológicos celulares (CPD), brindan información sobre el tamaño, el contenido de ácido nucleico y la estructura interna de neutrófilos, linfocitos y monocitos

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue evaluar el valor de los CPD y de los marcadores de inflamación derivados de leucocitos para el diagnóstico de pacientes con EAEPOC.

MÉTODO

Este es un estudio de cohortes prospectivo donde se realizó un seguimiento de un año a 134 pacientes con EPOC en fase estable. Durante este período, se registraron los episodios de exacerbación y se obtuvieron muestras biológicas para analizar los siguientes marcadores inflamatorios: la proteína C reactiva (PCR), los CPD (parámetros morfológicos celulares), la relación neutrófilos-linfocitos (NLR), la relación plaquetas-linfocitos (PLR) y la relación monocitos-linfocitos (MLR). Estos marcadores se compararon entre los períodos de estabilidad y exacerbación de la enfermedad cuando los pacientes acudieron al Servicio de Urgencias. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney U para detectar diferencias estadísticas significativas, con un nivel de significancia de $P < 0.05$. Se utilizó el análisis de la curva ROC para establecer el rendimiento diagnóstico en la detección de una exacerbación de la EPOC.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 64.6 % de la muestra eran hombres, con una edad media de 68 años (rango: 47-84 años), su EPOC basal fue GOLD1 30% de la muestra, GOLD2 32% y GOLD3 38%. El índice BODE fue de 2.9±2.2, la puntuación basal de la escala de disnea mMRC (Modified Medical Research Council dyspnea Scale) fue de 1.7±1.2. La PCR, NLR, MLR y NEUT-WY fueron significativamente más altos en pacientes con exacerbación ($p < 0.001$). PCR: 2.1 mg/L (1.8-3.9 mg/L) vs. 9.8 mg/L (4.8-10.7 mg/L) NLR: 2.1 (1.5-2.9) vs. 5.8 (2.8-7.9) MLR: 0.78 (0.66-0.85) vs. 0.98 (0.77-1.0) NEUT-WY: 628 unidades arbitrarias (607-648 ua) vs. 660 ua (630-699 ua) NEUT-WY fue el CPD con mejor rendimiento para definir exacerbaciones. Área bajo la curva ROC: 0.848 (Intervalo de confianza del 95% 0.76 - 0.89), punto de corte >646 ua, sensibilidad 69.1%, especificidad 90.8%.

CONCLUSIONES

La identificación correcta y temprana de las exacerbaciones de la EPOC es vital para el éxito del tratamiento y para impactar en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los pacientes. El biomarcador NEUT-WY, que cuantifica el aumento del contenido de ácido nucleico en una población heterogénea de neutrófilos activados, refleja la participación de la inmunidad innata en la fisiopatología de la exacerbación, al igual que el aumento de la NLR y la MLR.

O. #358

SÍNDROME SÉPTICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS SECUNDARIA A INFECCIÓN CUTÁNEA: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL Y GRAVE EN UN PACIENTE JOVEN

Valeria Acosta Ojeda, Cristina Pérez Alonso, Christian Adolfo Cacho Vergara, Katherine Viera Machin

Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrin, Las Palmas, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que sufre un traumatismo en el primer dedo del pie izquierdo mientras realizaba ejercicio en el gimnasio, desarrollando una lesión úlcerada por la que no solicita valoración.
A los tres días acude a urgencias, por presentar fiebre, malestar general, junto con dolor torácico intenso que aumenta con la inspiración. No se hace referencia a la lesión del pie y se sospecha una pericarditis aguda, por presentar clinica y un electrocardiograma sugestivo con ecocardiograma dentro de la normalidad por lo que se decide alta, con tratamiento antiinflamatorio.
Reconsulta a las 24 horas por persistencia de fiebre a pesar de medidas antitérmicas y empeoramiento del dolor torácico, asociando disnea de minimos esfuerzos.
En la exploración, destaca taquicardia 130lpm, taquipnea superficial (32 rpm), saturación de 95% con oxígeno suplementario a 4L, sudoración, palidez y frialdad distal en extremidades. No se auscultan soplos cardiacos y en la pulmonar hipofonesis (aunque presenta poca colaboración por intenso dolor).
Se realiza analítica que muestra elevación de reactantes de fase aguda (PCR 220 mg/L, procalcitonina 0,89 ng/mL), linfopenia (150/µL) y trombocitopenia (107.000/µL) con INR en rango.
Dada la rápida y mala evolución se realiza TAC torácico que evidencia condensaciones pulmonares algodonosas de predominio periférico, compatibles con neumonía atípica o émbolos sépticos, además de hepatosplenomegalia y líquido libre abdominal.
Se inicia antibioterapia empírica y soporte no invasivo ventilatorio, pero persiste la fiebre y no hay mejoría desde el punto de vista respiratorio. Se solicita nuevo TAC de tórax que evidencia un empeoramiento rápido radiológico presentando neumonía necrotizante, nódulos cavitados y derrame pleural loculado.
Los hemocultivos se presentan positivos para Staphylococcus aureus y confirman la bacteriemia. Se decide colocación de tubo endotorácico para drenaje del derrame loculado, que arroja cultivos negativos.
Finalmente, se realiza gammagrafía con leucocitos marcados, que confirma condensaciones pulmonares compatibles con un proceso inflamatorio-infeccioso sin otros focos evidentes en el resto del cuerpo. En el ecocardiograma de control, se objetiva una función del ventriculo izquierdo limitrofe sin segmentaridad y descarta endocarditis.
Con todo esto, el paciente ingresa en UCI por criterios de sepsis grave, requiriendo soporte vasoactivo y oxigenoterapia de alto flujo. Se confirma el diagnóstico de émbolos sépticos pulmonares con derrame pleural complicado y neumonia necronizante, precisando drenaje torácico a parte de tratamiento antibiótico endovenoso. Evoluciona favorablemente con alta a domicilio y actualmente en seguimiento por la unidad de infecciosas.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico y manejo prezcos en infecciones aparentemente leves de piel y partes blandas.
Aunque el paciente presentaba una úlcera sin signos iniciales de infección grave, desarolló un cuadro séptico complicado con embolismo pulmonar séptico, neumonía necronizante y derrame pleural.
El staphylococcus aureus es una de las principales causas de bacteriemia comunitaria y puede ocasionar infecciones graves, incluso en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo.
La evidencia temprana de signos de alarma, como fiebre persistente, taquipnea, alteraciones en los reactantes de fase aguda (o cualquier de los criterios de sepsis), es fundamental para instaurar tratamiento antimicrobiano adecuado y evitar complicaciones potencialmente mortales.
Este caso subraya la necesidad de enfoque multidisciplinario en pacientes con sepsis de origen desconocido, considerando siempre una puerta de entrada cutánea en la valoración inicial, dado que una identificación precoz y tratamiento agresivo son fundamentales para un buen pronóstico.

O. #595

¡MENUDA GASTROENTERITIS!

Sara Calle Fernández, Ivana Tavasi López, Cristina Onsurbe Bello, Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar, Elena Carrasco Fernández

Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares), Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 26 años sin antecedentes médicos de interés, procedente de Ecuador y residente en España desde hace un mes. Presenta desde hace una semana dolor abdominal difuso, vómitos, diarrea y fiebre. Fue valorado en urgencias hace 24 horas y dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis. Reconsultó de nuevo por persistencia de síntomas y por aumento de fiebre hasta 40°C. En exploración: Tª 40'1°C, TA 124/63, FC 134 lpm, satO2 98%, FR 16 rpm. Regular estado general, consciente y orientado con signos leves de deshidratación y leve tinte ictérico. En auscultación cardiopulmonar, taquicárdico sin soplos y murmullo conservado. Abdomen, blando y depresible con leve dolor a la palpación en ambos hipocondrios. No signos de irritación peritoneal.

Se solicitó analítica de sangre y orina, hemocultivos, urocultivo y coprocultivo y radiografía de tórax y abdomen. En analítica destaca: hemoglobina 12'8 g/dl, leucopenia 1300 µL, neutropenia 800 µL, linfopenia 500 µL, GOT 87 UI/L, GPT 48 UI/L, bilirrubina total 2'5 mg/dl, bilirrubina directa 1'5 mg/dl, LDH 570 UI/L, PCR 32'63 mg/dl, procalcitonina 36'55 ng/ml y lactato 5'3 mmol/l. Radiografías sin alteraciones y cultivos pendientes.

Ante datos clínicos y analíticos compatibles con sepsis, se realizó ecoscopia abdominal a pie de cama en la que destaca: hepatoesplenomegalia y lesión hipoecogénica en bazo de unos 40 mm con zonas hiperecogénicas en su interior (imagen 1). Se amplió estudio mediante TAC abdominal con contraste para definir mejor la lesión y este es informado como: Hepatoesplenomegalia homogénea y lesiones focales intraesplénicas hipocaptantes de contornos mal definidos, con imagen hiperdensa lineal en su interior, que pueden corresponder a abscesos de causa infecciosa versus abscesos secundarios a cuerpo extraño (imagen 2).

Ante diagnóstico de sospecha de sepsis abdominal secundaria a abscesos esplénicos, se inició fluidoterapia y antibioterapia con: imipenen + vancomicina + metronidazol. Dado estabilidad hemodinámica de paciente se comentó con medicina interna quienes ingresan a paciente y amplian estudio con PCR de parásitos endémicos a su zona.

Durante el ingreso, la analítica evolucionó favorablemente con normalización de serie blanca y perfil hepático, descenso de PCR y procalcitonina, pero clínicamente persiste fiebre de hasta 39°C. Por ello se repite TAC abdominal con contraste, en el cual se sigue identificando lesión esplénica estable en tamaño y características y concluye que en ausencia de cuerpo extraño, la imagen lineal hiperecogénica, podría corresponder a un parásito.

Se comentó caso con cirugía por mala evolución y el paciente terminó esplenectomizado, creciendo en cultivo de absceso un streptococcus constellatus sensible a ampicilina. Se recibió también resultados de resto de cultivos siendo coprocultivo y urocultivo negativos, hemocultivos x2 positivos a streptococcus anginosus multisensible y PCR de parásitos positiva a plasmodium vivax.

El paciente fue finalmente diagnçosticado de: Sepsis de origen abdominal, secundaria a abscesos esplénicos derivados de infección por plasmodium vivax. Esplenectomía urgente.

Se finalizó tratamiento antibiótico y se completo con pauta de malarone (atovacuona/hidrocloruro de proguanil) durante 3 días y posteriormente primaquina oral durante 15 días de manera ambulatoria.

Tras el alta el paciente permaneció estable y recuperado y se completo pauta de vacunación tras esplenectomía.

CONCLUSIONES

La infección por plasmodium suele tener una evolución favorable siempre y cuando se inicie tratamiento adecuado de manera precoz, de lo contrario puede conllevar complicaciones potencialmente mortales. Una de ellas es la afectación esplénica, como sucedió en nuestro caso pero que afortunadamente se pudo resolver favorablemente gracias al manejo adecuado del paciente.

Por ello queremos remarcar la importancia de una buena anamnesis y pensar en posibles enfermedades endémicas en aquellos casos de pacientes que hayan tenido viajes recientes. Además es importante manejar adecuadamente al paciente séptico para lo cuál recomendamos usar el protocolo del código sepsis.

O. #624

MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC EN URGENCIAS Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS

Mónica Sachi Martínez Mihara, María Sánchez Salamero, Eva Campos Picontó, Sara Patricia Canales Villa, Isabel Pérez Pañart, Daniel Sáenz Abad

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología altamente prevalente asociada a un gran consumo de recursos y de ingresos hospitalarios, especialmente en los pacientes con exacerbaciones. El tratamiento para estos pacientes se basa en el uso de la triple terapia inhalada con broncodilatadores de larga duración (LAMA y LABA) con corticosteroides inhalados (ICS). El manejo de las exacerbaciones no siempre se ajusta a las recomendaciones de las guías clínicas para el tratamiento de la EPOC, por lo que la visita al Servicio de Urgencias ofrece una oportunidad para optimizar el tratamiento.

OBJETIVO

El objetivo principal fue conocer la adecuación a las recomendaciones de las guías clínicas para el manejo de la EPOC (GesEPOC) del tratamiento pautado al alta en pacientes con EPOC que acuden al Servicio de Urgencias con exacerbaciones. Los objetivos secundarios fueron describir las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes y el manejo general de la enfermedad en cuanto a la calidad asistencial en Urgencias.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo en pacientes >14 años atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario (julio-diciembre 2022) con diagnóstico de EPOC agudizado al alta. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariante que incluyó las variables demográficas, clínicas y de laboratorio, tratamiento previo, ingresos y visitas a Urgencias previos con p-valor<0,2 en los análisis univariantes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 227 pacientes (media edad: 74,4 años; 70,9% hombres; 78,0% fumadores o exfumadores). El 41,0% era usuario de triple terapia inhalada. A su llegada a Urgencias el 93,4% presentaba EPOC previamente diagnosticada, con una media (desviación estándar (DE)) de 1,3 (1,9) visitas a urgencias por EPOC y 1,0 (1,7) ingresos en los 12 meses previos. La analítica realizada durante la visita mostró una media (DE) de 105,4 (173,6) células/mm3 en el recuento de eosinófilos. Al 74,2% de los pacientes se le pautó ICS al alta, mientras que al 53,8% se les pautó triple terapia inhalada. Además, al 40,9% se les pautó un antibiótico. El modelo de regresión logística (n=163) mostró que el uso previo de triple terapia (odds ratio (OR): 9,4), la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OR: 4,3) y la vacunación frente a la gripe (OR: 3,1) se asociaron de forma estadísticamente significativa (p<0,05) con la administración de triple terapia inhalada al alta. En cuanto al diagnóstico y determinación de la gravedad de la EPOC, se realizaron radiografías y gasometrías en más del 95% de los pacientes, mientras que al 49,8% se le realizó un electrocardiograma y al 52,7% una reacción en cadena de polimerasa (PCR) para la detección de virus (gripe, VRS, COVID). Además, en el 64,1% y el 61,2% de los pacientes se valoró la presencia de disnea y el volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1), respectivamente. A los 30 días y 6 meses tras el alta, el 33,2% y 61,9%, respectivamente, de los pacientes fueron evaluados en los servicios de Neumología o Medicina Interna. El 4,9% había fallecido a los 30 días; a los 6 meses, el 46,6% y 36,0% volvió a Urgencias e ingresó por EPOC, respectivamente.

CONCLUSIONES

El uso de triple terapia, de oxigenoterapia crónica domiciliaria y la vacunación frente a la gripe se identifican como factores asociados de forma independiente a la pauta de triple terapia inhalada al alta en pacientes con EPOC que acudieron a Urgencias por exacerbaciones. Sin embargo, sorprende que no se consideren el recuento de eosinófilos, las visitas previas a Urgencias y los ingresos previos, así como la baja proporción de pacientes con una pauta de tratamiento con ICS o antibiótico, tratamientos recomendados para los pacientes con exacerbaciones. Por tanto, es necesario implementar estrategias para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

O. #725

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y RE-INGRESAN EN EL PRIMER AÑO

Raúl López Izquierdo[1][2], José Alberto Vila Fernández[1], Ana Ramos Rodríguez[1], Jorge Gutiérrez Miguel[1], Raquel Talegón Martín[1], María Nieves Sobradillo Castrodeza[1]

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
2. Universidad de Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que son diagnosticado de sepsis en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) presentan una elevada morbimortalidad. Aquellos que sobreviven al episodio inicial pueden tener complicaciones y precisar de nuevo una atención sanitaria y un nuevo ingreso hospitalario, reconocer este tipo de pacientes puede ayudarnos a promover medidas preventivas y de vigilancia de los pacientes.

OBJETIVO

Conocer las características y factores asociados de los pacientes diagnosticados de sepsis en un SU y que sobreviven al evento índice precisan de nuevo un ingreso hospitalario.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo en el ámbito de un SUH. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de sepsis o shock séptico y que han sobrevivido al ingreso hospitalario del evento índice durante el año 2023. Variables independientes: Edad, sexo, lugar de residencia, (rural o urbano), institucionalización, foco, antecedentes personales, variable dependiente: reingreso hospitalario en el primer año desde el evento índice por cualquier causa. Análisis descriptivo de la muestra mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) en las variables cuantitativas y porcentaje en las variables cualitativas. Estudio univariante mediante comparación de variables cuantitativas (U-Man-Whitney) y cualitativas (Chi-cuadrado). Estudio multivariante mediante regresión logística, cálculo del odds tario (OR), intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Software SPSS 25.0. Significación estadística p<0,05

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N: 412 pacientes. Edad mediana: 80,87 (71,67-89,07); sexo: Mujer: 45,9%; Edad mediana y sexo: mujer: 84,40 (73,44-90,50) varón: 79,06 (70,93-87,16) (p<0,05). Foco: respiratorio 128 (31,1%), urinario: 163 (39,6), abdominal: 72 (17,5%), PB: 19 (4,6%), indeterminado: 29 (7,0%), Otros: 1 (0,2%). Reingreso: 51,9%. Edad mediana y reingreso: No: 79,01 (68,70-89,08), Sí: 81,73 (73,54-89,15) (p<0,05); sexo y reingreso: mujer: 49,7%, varón: 53,8% (p>0,05); lugar residencia y reingreso: ciudad: 49,8%, rural: 55,4% (p>0,05); Institucionalizado y reingreso: No: 46,1%, Sí: 59,3% (p<0,05); AP y reingreso: hipertensión arterial (HTA): 57,1% (p<0,05); Fibrilación auricular: 65,5% (p<0,05); insuficiencia cardiaca: 66,1% (p<0,05); insuficiencia renal crónica: 64,4% (p<0,05); tumor con metástasis: 76,2% (p<0,05); resto de antecedentes y reingreso: (p>0,05) Dislipemia 51,8%; Obesidad: 52,2%; alteración tiroidea: 51,8%, Cardiopatía isquémica: 64,3%; Ictus previo: 62,1%; deterioro cognitivo: 58,8%; enfermedad respiratoria crónica: 54,9%; ulcus gástrico: 64,3%; diabetes: 57,6%; tumor solido: 57,4%;. Foco y reingreso: respiratorio: 44,5%; urinario: 58,3%; abdominal: 54,2%; PB: 47,2%; indeterminado: 48,3%; Otros: 0%. (p>0,05). Estudio multivariante: HTA: OR: 1,681 (IC95% 1,022-2,765, p<0,05); tumor con metástasis: OR: 5,052 (IC 95% 1,738-1 tumor con metástasis: 76,2%4,685, p<0,05); resto de variables (p>0,05): edad, sexo, institucionalización, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica.

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los pacientes que sobreviven a un episodio de sepsis precisan un reingreso hospitalario en el primer año, lo que debe hacernos pensar en la elevada morbilidad que produce esta entidad entre los pacientes supervivientes de una sepsis. De los factores asociados, en el estudio multivariante, sólo la HTA y presentar tumor con metástasis se asociaron de forma independiente con el reingreso. Los pacientes con foco urinario son los que más reingresan, seguido del abdominal, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

O. #821

URETRITIS Y SÍNDROME DE REITER

José María Trillo Fernández[1], Irene Ortega Bueno[2], Jennifer Crespo Gutiérrez[2], José Manuel Martín Valverde[2]

1. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
2. Hospital, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años acude al servicio de urgencias por fiebre, dolor articular y lesiones cutáneas.
ANTECEDENTES PERSONALES
No refiere enfermedades crónicas.
Múltiples parejas sexuales en los últimos meses, sin uso regular de preservativo.
No alergias conocidas.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente inicia su cuadro hace 5 días con artralgias en rodillas y tobillos, acompañadas de fiebre de hasta 38.5°C y sensación general de malestar. Posteriormente, nota la aparición de lesiones en piel con forma de diana en el tronco y extremidades, algunas con centro purpúrico. También refiere dolor al orinar (disuria) y secreción uretral blanquecina desde hace 3 días.
EXPLORACIÓN
T: 38.3°C, FC: 95 lpm, PA: 120/75 mmHg.
Piel: Múltiples lesiones en diana en el tronco y extremidades, sin desprendimiento epidérmico.
Ojos: Conjuntivitis bilateral leve.
Aparato genitourinario: Secreción uretral purulenta.
Sistema musculoesquelético: Tumefacción y dolor a la movilización en rodillas y tobillos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Tinción de Gram y cultivo de secreción uretral: Neisseria gonorrhoeae positivo.
PCR para Chlamydia trachomatis: Negativa.
Hemograma: Leucocitosis leve (12,500/mm^3) con neutrofilia.
PCR y VSG: Elevadas.
Factor reumatoide y ANA: Negativos.
HLA-B27: Positivo.
DIAGNÓSTICO
Síndrome de Reiter (artritis reactiva) secundario a uretritis gonocócica con manifestaciones cutáneas (eritema multiforme).

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado corresponde a un varón de 27 años con una historia reciente de artralgias, fiebre y lesiones en diana, quien posteriormente es diagnosticado con uretritis gonocócica. A pesar de que el síndrome de Reiter (artritis reactiva) se asocia clásicamente con infecciones por Chlamydia trachomatis, este caso muestra una presentación atípica secundaria a una infección por Neisseria gonorrhoeae.
El paciente presenta la tríada característica del síndrome de Reiter: artritis, uretritis y conjuntivitis, acompañada de manifestaciones cutáneas en forma de eritema multiforme, lo que hace sospechar una respuesta inmunomediada secundaria a la infección gonocócica. La presencia del HLA-B27 positivo sugiere una predisposición genética que pudo haber favorecido la respuesta inflamatoria intensificada.
El tratamiento se basa en erradicar la infección gonocócica con antibióticos adecuados (ceftriaxona y azitromicina) y controlar la respuesta inflamatoria con AINEs y, si es necesario, inmunomoduladores. Las manifestaciones cutáneas, en este caso eritema multiforme, requieren un enfoque sintomático con antihistamínicos y corticoides tópicos.
Este caso resalta la importancia de considerar Neisseria gonorrhoeae como un posible desencadenante de artritis reactiva, aunque sea menos frecuente. También enfatiza la necesidad de una evaluación integral en pacientes con infecciones de transmisión sexual, dado que las manifestaciones sistémicas pueden ser indicativas de una respuesta inmune exacerbada.
El pronóstico del paciente dependerá de un adecuado manejo de la infección y de la inflamación articular. La educación sobre ITS y la notificación a parejas sexuales son esenciales para prevenir nuevas infecciones y complicaciones en el futuro.

O. #991

MUJERES INVISIBLES. SESGO EN EL CRIBADO DE VIH POR RAZÓN DE SEXO

Neus Robert Boter[1], Jordi Llaneras Artigues[2], Andrés Martínez Arias[3], Connie Leey[4], José Ignacio Ferro[5], Josep María Guardiola Tey[6]

1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España
2. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España
3. Hospital Consorci de Terrassa, Terrassa, España
4. Hospital Althaia Manresa, Manresa, España
5. Hospital Parc Taulí, Sabadell, España
6. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) siguen siendo un problema de salud mundial y a menudo el diagnóstico se realiza de forma tardía. En algunos subgrupos de la población, como las mujeres y los hombres heterosexuales, los diagnósticos se realizan en estadios más evolucionados, ya que no se someten a cribados de forma rutinaria y, a menudo, se infra estima su riesgo de contagio.
Ya en el año 2020 siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias se iniciaron programas de cribado en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) (Deja tu Huella a nivel estatal y VIHgila en Cataluña) en función del motivo de consulta. Estos programas han permitido aumentar el diagnóstico de los pacientes con infección por VIH oculta en nuestro entorno.

OBJETIVO

Analizar si existe sesgo por parte de los propios profesionales, en función del sexo asignado al nacer del paciente, a la hora de solicitar serologías por VIH según motivo de consulta en urgencias.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de no intervención de las serologías realizadas en 10 centros hospitalarios incluidos en el programa VIHgila/Deja tu Huella. Se compararon las serologías solicitadas por motivo de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en <65años, Herpes Zóster (HZ) en <65años y síndrome mononucleósido (SM) con los diagnósticos codificados al alta de las mismas patologías.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En total se realizaron 10.842 serologías, correspondiendo el 61,8% a hombres según sexo asignado al nacer, esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad analizados: <20 años: 61,8% vs 38,2%; 20-29 años: 56,3% vs 43,2%; 30-39 años: 62,6% vs 37,4%; 40-49 años: 61,4% vs 38,6%; 50-59 años: 64,9% vs 35,1%; >60 años: 59% vs 41%. Respecto el número de urgencias totales atendidas, el porcentaje se invierte con un 44,3% de Urgencias correspondientes a hombres. Así pues la posibilidad de cribado global siendo mujer es menor que siendo hombre (0,47 vs 0.96; p<0,0001).
Al analizar y comparar las serologías solicitadas respecto el diagnóstico al alta de las Urgencias atendidas, en la NAC se reproduce el mismo patrón con un cribado menor en las mujeres (57,6% vs 67,9%; p<0,02), así como en el HZ (18,3% vs 23,3%; p<0,001) y el SM (6,9% vs 12,6%; p<0,001).

CONCLUSIONES

Las estrategias de cribado en los SUH mejoran la detección de los pacientes con VIH oculto, aun así hay que aumentar el cribado según motivo de consulta, sobretodo en patologías como las NAC, el Herpes Zóster y el Síndrome Mononucleósido.
A la vista de nuestros resultados podemos concluir que existe un sesgo, que nos corresponde a nosotros como profesionales, por razón de sexo asignado al nacer a la hora de solicitar las serologías por VIH ante la misma patología.
Estrategias de difusión son imprescindibles para romper este sesgo y mejorar el cribado especialmente en las mujeres.

O. #1017

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y METABÓLICO/ ANALÍTICO DEL PACIENTE ATENDIDO POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

José María Arévalo La Calle[1], Ruth Libertad Gómez Bravo[1], Diana Martín Reyes[1], Ángel Félix Casas Temprano[1], Raúl López Piñas[2]

1. SAMUR Protección CIVIL, Madrid, España
2. SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) supone para los Servicios de Emergencias Médicos extrahospitalarios(SEM) un reto diagnóstico de indudable importancia.
Su presentación clínica, tiene un amplio espectro lo que, con frecuencia supone que sea infradiagnosticada. El amplio abanico de signos y síntomas que puede presentar esta patología puede constituir a la vez, una ventaja y una desventaja en su detección. Es por ello que quizás sea la suma de probabilidades de todas ellas, la que nos pueda orientar a su diagnóstico. Y esa es la hipótesis queha guiado nuestro trabajo.

OBJETIVO

Como objetivo general, realizar un perfil del paciente con sospecha diagnostica de TEP cuyo diagnóstico se ha confirmado a posteriori a nivel hospitalario, recogiendo las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de pacientes atendidos durante los últimos 3 años por un SEM.
Constituye el objetivo de nuestra hipótesis de trabajo el Determinar parámetros clínicos y analíticos qué pudieran predecir el diagnóstico y pronóstico de estos pacientes.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo con base de datos prospectiva. Cohorte de pacientes mayores de 18 años, con asistidos y trasladados como código TEP, a un Hospital, por un Servicio de Emergencias Médicas(SEM) entre 2021-2024. A todos ellos se les realizaron determinaciones analíticas. Se realiza seguimiento de los pacientes hasta 7 días de ingreso.
Variables epidemiológicas: edad, sexo.
Variables exposición:

- Constantes vitales iniciales: (Glasgow(GCS), frecuencia cardiaca(FC), respiratoria(FR), saturación de oxígeno(Sat02) tensión arterial sistólica(TAS)
- Parámetros analíticos iniciales: pH, pCO2, exceso de bases(EB), lactato, hemoglobina(HB), glucemia, CO3H, Na, K, Cl y Ca.
- Síntomas y signos. Ecofast extrahospitalario, ECG compatible, disnea, síncope, dolor torácico y auscultación pulmonar (ACP)

Variable Dependiente: TEP confirmado con pruebas de imagen en el Hospital.
Análisis estadístico: descriptivo (medidas centrales y de dispersión) e inferencial; Análisis univariable: (variables cuantitativas: T de Student, categóricas: Chi cuadrado). Pruebas de normalidad con Kolmogorov Smirnov. p<0,05. SPSS 29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

50 pacientes con trasladados como Código TEP. 30 pacientes, 60%, fueron confirmados en el diagnóstico en el Hospital. 33 eran hombres (66%). Edad media: 61 años (DE:14,16).
Las constantes iniciales fueron: FC:111,04(DE:22,4), TAS:124,5(DE:34,8), SatO2: 86,8(DE:8,4), Glasgow:14,6(DE:1,7) y FR:26,06(DE:9,09). Los parámetros metabólicos iniciales fueron: Ph:7,30(DE:0,16), pco2:40,9(DE:10,3), BE:-3,8(DE:5,5), Lactato:4,54(DE:2,9), k:5,5(DE:3,2), CO3H:22,4 (DE:4,69), Ca:1,32 (DE:1,14), Hb:15,8(DE:2,58), Glucemia:185,5(DE:72,7) y Na:141,02 (DE:2,5),
En el análisis inferencial, el sexo femenino y una mayor edad (TEP 64,4 VS 54,28 NOTEP, p=0,016) están asociadas en nuestra serie al diagnóstico de TEP.
Con respecto a las variables hemodinámicas, FC: TEP 118,3 vs 98 NOTEP, p=0,003, y SatO2: TEP 85,1 vs 90 NOTEP, p=0,033, tenían diferencias significativas.
En cuanto a los parámetros metabólicos, EB: TEP -5,14 vs NOTEP -1,2, p=0,003, y Lactato: TEP 5,3 vs 3,12 NOTEP, p=0,003, tenían diferencias significativas.
En la clínica, solo la sensación de mareo, tenían significación estadística con respecto al TEP, p<0,001, existiendo una tendencia a la significación en el diagnóstico ecográfico extrahospitalario.

CONCLUSIONES

Con las limitaciones que un trabajo unicéntrico y una corta n presenta, este estudio nos orienta hacía un perfil de paciente de TEP fundamentalmente mujer, y con edad mayor de 60 años.
En cuanto a los valores predictores precoces de esta patología en nuestro SEM, son la taquicardia y la baja saturación de oxígeno aquellos significativamente asociados a la sospecha diagnostica precoz del TEP. En cuanto a los parámetros analíticos, son el aumento de lactato y exceso de bases los que proporcionan valores predictores de TEP
Los datos analizados no ofrecen una evidente correlación de esta enfermedad con el dolor torácico, disnea, baja saturación de oxígeno e hiponatremia. Sólo la sensación de mareo está asociada ese diagnóstico, y quizás con una mayor muestra, la ecografía extrahospitalaria y el síncope.

O. #1050

EVOLUCIÓN DE CÓDIGO SEPSIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Verónica Mate García, Antoni Moline Pareja, María Borja Cano, Ivan Agra Montava, Pablo Palacio Alvare, Meritxell Motos Bescos

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La activación precoz de la sepsis en los servicios de urgencias es fundamental para reducir la mortalidad del paciente mediante la administración temprana de antibioticoterapia y resucitación con sueroterapia. La rápida identificación y tratamiento, a través del código sepsis (CS), mejoran el pronóstico, evitando complicaciones graves y asegurando una mejor estabilización hemodinámica en pacientes sépticos.

OBJETIVO

Principal
Describir la evolución del CS en urgencias.
Secundario
Describir la mortalidad, el llenado del formulario y la parametrización de lactato y presión arterial sistólica

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes adultos (>18 años) con activación del código sepsis con formulario completado en un hospital terciario durante el período 2021-2024. Se realizan pruebas paramétricas y no paramétricas (ANOVA, Ji-cuadrado y prueba de Kruskal-Wallis) con SSPS v24.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N= 1960 (2021=370; 2022=437; 2023=537; 2024=616). Se observa un crecimiento del CS (2021-2022=18,1%; 2022-2023=22,9%; 2023-2024=14,7%; p<0,001). No se observan diferencias significativas en la mortalidad entre años (p=0,172) ni en la desactivación del CS (p=0,03). Se observa un aumento en el registro del formulario (2021=81; 2022=176; 2023=323; 2024=360; p<0,001).
No se muestra diferencia en el tiempo de triaje-antibiótico en minutos (2021=51,52; 2022=54,57; 2023=58,56; 2024=52,76; p=0,676) ni en el tiempo de triaje-sueroterapia en minutos (2021=57,21; 2022=54,68; 2023=61,51; 2024=49,24; p=0,575). El valor de la pendiente de regresión lineal para triaje-sueroterapia es de -1,71, lo que sugiere una disminución del tiempo de administración.
Al comparar el valor de lactato y la presión arterial sistólica al ingreso, no se muestran diferencias significativas (p=0,676 y p=0,572), pero al analizar el subgrupo con lactato <2, se observa un incremento significativo (p=0,002).

CONCLUSIONES

Desde la implementación y registro del CS, se muestra un incremento en el número de casos y en su registro, sin cambios en la mortalidad. La administración precoz de antibioticoterapia y sueroterapia es importante para el buen pronóstico del paciente con sepsis. En nuestro análisis, los tiempos registrados son inferiores a 1 hora, sin diferencias significativas entre los años, y se observa una disminución del tiempo de administración de sueroterapia sin significación estadística.

O. #1123

EXPERIENCIA TRAS 18 MESES DE INSTAURACIÓN DE UN CRIBADO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN URGENCIAS

Alexis Rebollo Curbelo[1], Ferran Llopis Roca[1], Ana Suárez Lledó-Grande[2], Vanesa García García[1], Laura Calatayud Samper[3], Pierre Malchair[3]

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, Barcelona, España
2. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, Barcelona, España
3. Servicio de Microbiología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) marca como objetivo el año 2030 para erradicar el Virus de la Hepatitis C (VHC). Se estima que la prevalencia de infección activa por el VHC en España es del 0.2%. Sin embargo, existe un número considerable de pacientes con infección silente que desconocen su condición de infectados. La detección de estos pacientes mediante estrategias de cribado resulta imprescindible. En este sentido, los Servicios de Urgencias (SU) hospitalarios son una oportunidad para el cribado del VHC.

OBJETIVO

El objetivo principal del proyecto es desarrollar y consolidar un programa de cribado multidisciplinar en el SU de nuestro hospital, detectar al mayor número de pacientes con infección silente y vincularlos con el sistema sanitario. El objetivo secundario es automatizar el proceso para éste que no sea médico-dependiente.

MÉTODO

El programa de cribado se desarrolla en el SU de nuestro centro. Se trata de un hospital Universitario de referencia comunitaria para una población de más de 200.000 habitantes y centro de referencia de procesos que requieren alta tecnología para más de 2 millones de habitantes, y que atiende unas 130.000 urgencias al año.

La población diana a quien se realiza el cribado es aquellos pacientes entre 30 y 70 años que consultan al SU hospitalario por cualquier motivo y que por práctica clínica habitual se les solicita una analítica.

Desde el SU se ha creado un circuito para comunicar el resultado positivo al paciente y vincularlo a una consulta de Digestivo de nuestro hospital con la finalidad de valorar el inicio de tratamiento.

Desde la instauración del proyecto, se realiza formación continua y de concienciación de la importancia del cribado a todo el personal médico y de enfermería del SU con las siguientes estrategias: recordatorios en los cambios de turnos y de guardia, sesiones formativas semanales y mensuales a los nuevos residentes y retroalimentación positiva mediante el envío de correos electrónicos con los resultados trimestrales más relevantes. Se ha elaborado una solicitud de preconfigurado de serología VHC y se trabaja con el servicio de Informática y nuestra institución para automatizar el proceso.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En los primeros 18 meses de funcionamiento y consolidación del proyecto (junio 2023 - noviembre de 2024) se han atendido 195.262 pacientes, 23.480 de los cuales candidatos a cribado (población diana). De éstos, se ha realizado la determinación de serología a 6.390 pacientes, lo que supone el 27,21% de nuestro objetivo. De las 6.390 serologías, 189 (2.96%) han resultado positivas, y 23 de ellas (0,36%) con carga viral positiva (CVP). Hasta 20 de 23 pacientes (86.96%) con CVP han sido vinculados a una primera consulta con el Servicio de Digestivo para valorar iniciar tratamiento.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de enfermos con infección activa por el VHC en nuestro SU es mayor que la prevalencia global registrada en España, lo que demuestra la importancia de un cribado en los SU.
2. Se ha logrado vincular a la consulta de Digestivo el 87% de los pacientes con CVP cribados por oportunidad en nuestro SU.
3. Se ha realizado el cribado por oportunidad a 1 de cada 4 pacientes potenciales, por lo que es mandatorio lograr la automatización del proceso para que éste no sea médico-dependiente. Con el cribado del 100% de enfermos estaremos más cerca del objetivo que marca la OMS de poder erradicar el VHC el año 2030.

O. #1205

EXPERIENCIA DE DETECCIÓN PRECOZ DE VHC Y VIH EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE TERCER NIVEL

Estíbaliz Garrido Leal, Irene Corral Flores, José Vázquez Mariño, César Gómez Hernando, Javier Cabañas Morafraile, Isabel Nieto Rojas

Complejo Universitario Hospitalario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad causada por Virus Hepatitis C (VHC) y por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituyen aún a día de hoy un problema de salud mundial y comparten características similares. En ambas el desconocimiento de la seropositividad es elevado (36% vs 48,6%) y por tanto se encuentran infratratadas, con las consecuencias sociales y sanitarias que conlleva en cuanto a aumento de la transmisión de la enfermedad, peor pronóstico y calidad de vida para los pacientes y aumento de costes sanitarios.
Los Servicios de Urgencias Hospitalario (SUH) constituyen un punto crucial para la detección precoz de estos pacientes, siendo el lugar con más oportunidades perdidas para diagnóstico de este tipo de enfermedades. Es por ello que la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha planteado una nueva estrategia de cribado para ambas en las últimos años con el programa "Deja tu Huella".

OBJETIVO

Describir la experiencia de detección precoz de VHC y VIH en un SUH de un hospital de tercer nivel.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel durante el año 2024, recogiendo las serologías solicitadas con carácter urgente tanto para VIH como para VHC, utilizando como situaciones en las que se solicita su serología correspondiente según el programa "deja tu huella" de SEMES entre los 18 y 65 años: diagnóstico de Herpes Zóster, de neumonía adquirida en la comunidad, de infecciones de transmisión sexual y de síndrome mononucleósico, en situaciones de profilaxis post-exposición al VIH y de prácticas del Chemsex.
De otro modo, se ha evaluado el motivo de la solicitud, la gravedad en el momento del diagnóstico mediante la determinación de linfocitos CD4 en el caso de VIH y carga viral en el caso de VHC y el tiempo hasta hasta la primera consulta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el año 2024, se ha solicitado serología de VIH a un total de 870 pacientes, lo que supone un 30% más con respecto al año previo. Se obuvo 1 nuevo diagnóstico de VIH, que fue atendido en consulta a los 2 días de la extracción de la serología y presentaba un número de linfocitos <200 mm^3 (80)
Con respecto al VHC se solicitaron un total de 816 serologías con un nuevo diagnóstico de VHC que, pese a haber recibido cita en numerosas ocasiones aún no ha acudido de forma presencial por lo que no ha iniciado el seguimiento.

CONCLUSIONES

Los servicios de Urgencias Hospitalarios constituyen una pieza fundamental en el diagnóstico precoz de VIH y VHC. En nuestro centro el programa Deja Tu Huella se encuentra bien estructurado y no para de crecer el número de serologías solicitadas, lo cual nos acerca al objetivo deseado. No obstante, existe aún camino por recorrer pues la evidencia es que continuamos realizando diagnósticos tardíos de estas enfermedades.

O. #1212

CÓDIGO SEPSIS: CUANDO Y CÓMO LO ACTIVAMOS

Julián Arias Grande, María Isabel Serrano Camacho, Laura Grimal Abejez, Raúl Martínez Izquierdo, Alba Herraiz Ruiz, Neus Robert Boter

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

Sepsis es la disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección, es un síndrome complejo que amerita detección y tratamiento precoz. Cataluña en 2015 inicia la implementación de código sepsis que busca optimizar los tiempos de identificación y actuación inicial, para así disminuir la mortalidad de dichos pacientes.

OBJETIVO

Identificar y analizar distintas variables demográficas, clínicas y paraclínicas de los pacientes en los que se activó código sepsis en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de un hospital de tercer nivel; además de los requerimientos de drogas vasoactivas y soporte ventilatorio en forma de Ventilación Mecánica No Invasiva

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes con activación de código sepsis en urgencias de un hospital de tercer nivel de abril a diciembre del 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron un total de 210 activaciones del código sepsis, con una media de 22 activaciones/mes. Se excluyeron 3 episodios por no cumplir criterios de código sepsis y 7 episodios por corresponder a pacientes pediátricos. La edad media de los pacientes fue de 67 años (DE±15,8), y el 39% de las activaciones correspondieron a mujeres (78 casos).
Al ingreso en el servicio de urgencias, únicamente el 50,5% de los pacientes presentaban una temperatura ≥37,5°C (101 casos), La frecuencia respiratoria no se registró en 12 pacientes; en los casos con registro disponible, el 46,8% presentaba una frecuencia respiratoria ≥20 respiraciones por minuto, Se documentó alteración en el nivel de conciencia en 13% de los casos.
En el análisis microbiológico, se realizaron hemocultivos en 93,5% de los casos (187 pacientes), con un rendimiento positivo del 40,6%. Los microorganismos más prevalentes fueron:

- Escherichia coli: 27 casos
- Klebsiella spp: 11 casos
- Streptococcus spp: 8 casos
- Pseudomonas spp: 2 casos
- Staphylococcus aureus: 3 casos
- Infecciones polimicrobianas: 6 casos

Durante la atención en urgencias, 47% de los pacientes fueron manejados en el área de Semicríticos, 23,5% requirieron drogas vasoactivas (todos atendidos en Semicríticos de Urgencias). Se utilizó soporte respiratorio con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o cánulas nasales de alto flujo (CNAF) en 10% de los casos (20 pacientes).
En cuanto a la correlación entre el foco infeccioso inicial de sospecha y el foco definitivo, solo en 9 casos (4,5%) hubo un cambio en la orientación diagnóstica.
Los focos de sepsis más frecuentes fueron, Respiratorio: 62 casos (31%), Urinario: 60 casos (30%), Abdominal: 46 casos (23%), Endovascular: 8 casos (4%), Desconocido: 8 casos (4%), Osteomuscular: 7 casos (3,5%), Cutáneo: 4 casos (2%), Sistema nervioso central: 1 caso (0,5%)
En cuanto a la evolución clínica, los pacientes fueron ingresados en las siguientes unidades, Planta convencional: 61%, Unidad de críticos o semicríticos respiratorios: 20,5%, Centro de referencia: 6,5%, Unidad de corta estancia: 5%, Situación de final de vida: 1,5%, Fallecimiento en urgencias: 3%.
La estancia hospitalaria media fue de 10,5 días (DE±10,8), con una mortalidad a 30 días del 14,6%.

CONCLUSIONES

Actualmente activamos el Código Sepsis <1vez/día, cosa que hace pensar que se requiere de más difusión del código para aumentar las activaciones.
Se observó un predominio de casos en pacientes masculinos, así como el rendimiento positivo de los hemocultivos en urgencias fue bajo (40%), lo que evidencia la limitada sensibilidad de esta prueba en este contexto clínico.
Los focos principales de sepsis fueron respiratorio, urinario y gastrointestinal, en orden de frecuencia, en concordancia con la epidemiología descrita en estudios previos.
La mortalidad global fue baja con un ingreso en Unidades de Curas Intensivas <25%, lo que refleja que la primera atención en urgencias fue efectiva para evitar la progresión de la sepsis.

O. #1221

BACTERIEMIAS OCULTAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ¿UN PERFIL SEGURO PARA EL ALTA?

Christian Lesmes Pérez, Beatriz Meza Ramos, Jordi Llaneras Artigues, Paula Xutglà Reixach, Mª Belén Viñado Pérez, Carles Ferré Losa

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La bacteriemia puede ser la manifestación de un proceso potencialmente grave pero la obtención de los resultados de los hemocultivos puede demorar entre 1-5 días o hasta 2 semanas en caso de endocarditis bacteriana. En ausencia de criterios de gravedad, los pacientes con sospecha de infección pueden ser dados de alta del Servicio de Urgencias (SU) antes de conocer los hallazgos microbiológicos con posibles implicaciones en cuanto a su evolución clínica.

OBJETIVO

1. Definir el perfil del paciente con bacteriemia oculta en el SU.
2. Valorar la adecuación del tratamiento antibiótico empírico.
3. Analizar las diferencias entre los pacientes con bacteriemia dados de alta y los que ingresan tras su evaluación en el SU.

MÉTODO

Estudio unicéntrico retrospectivo descriptivo de los casos consecutivos de bacteriemias (definida como aislamiento de bacterias en hemocultivos) detectados en los pacientes que consultan al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel durante el año 2023 (12 meses). Se procedió al análisis y estudio de factores epidemiológicos, clínicos, datos de laboratorio y evolutivos de los pacientes. Se procedió a análisis descriptivo de las variables estudiadas y se realizó un estudio comparativo mediante pruebas estadísticas no paramétricas, según correspondiera.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los 12 meses del estudio se revisaron 560 episodios de pacientes con hemocultivos positivos obtenidos en el SU. La mediana de edad era de 78 años (IQR 65-86), 285 (51%) eran varones siendo estos estadísticamente más jóvenes que las mujeres (76 vs 81 años, p<0,01). Un 80% de los pacientes provenían de domicilio y un 17% había ingresado previamente en el último mes por un cuadro de infección. Solamente 47 (8,3%) eran pacientes inmunodeprimidos y 182 (32,7%) no tenían ningún antecedente patológico relevante. De los 560 episodios de bacteriemia 222 (39,6%) fueron debidos a Escherichia coli, 51 (9,1%) Klebsiella pneumoniae y 40 (7,1%) Streptococcus pneumoniae. En el SU, previo al resultado del hemocultivo, los antibióticos pautados más frecuentemente fueron la ceftriaxona en 149 (28%) casos, la amoxicilina/clavulánico en 110 (20,7%) y en tercer lugar el meropenem en 84 (15,8%). Tras conocer los resultados de los cultivos y el antibiograma se mantuvo en 106 casos (25,2%) la ceftriaxona como tratamiento. Un total de 61 pacientes (11,4%) fueron dados de alta del servicio de urgencias previo resultado del hemocultivo, de los cuales, 18 (29,5%) reconsultaron. 25 (4,5%) pacientes fallecieron en contexto de la bacteriemia. La mayor edad (78 vs 69 años, p<0,01), los niveles superiores de PCR (12,3 vs 5,8; p<0,01), el mayor recuento de leucocitosis (12875 vs 10160 x 106/L: p<0,01) y el mayor nivel de lactato (1,7 vs 1,4; p=0,02) mostraron significación estadística en relación al ingreso. En relación al estudio del antibiograma, 56 de los 61 (91,8%) pacientes con alta desde urgencias presentaban un perfil de antibiograma sin resistencias significativas.

CONCLUSIONES

1. La proporción de pacientes con bacteriemia dados de alta del SU es relativamente bajo.
2. El aislamiento más frecuente ha sido Escherichia coli y los antibióticos empíricos mayormente utilizados fueron la ceftriaxona y la amoxicilina/clavulánico.
3. En comparación con los pacientes ingresados, los pacientes con bacteriemia dados de alta del SU son más jóvenes y con niveles inferiores de los parámetros inflamatorios (recuento leucocitario, PCR y lactato).
4. El alta del SU de los pacientes con bacteriemia oculta en la serie analizada puede considerarse globalmente segura en términos de mortalidad, pero prácticamente una tercera parte de los casos reconsulta.
5. Futuros estudios deberían centrarse en desarrollar herramientas predictivas que permitan optimizar la identificación de pacientes en riesgo de evolución desfavorable, minimizando reconsultas y hospitalizaciones innecesarias.

O. #1245

¿CUMPLIMOS, EN URGENCIAS, LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA? ¿HEMOS MEJORADO LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS CON LA FINANCIACIÓN DE LOS ACOD?

Ana Peiró Gómez, Adrián Vinuesa De Miguel, Jacobo Llavata García, Laura Granel Blasco, Glnés Gómez Ubeda, Elena Rodrigo Ramon

Hospital Sagunto, Sagunto, España

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) como Chest 2021 y Guía de Sociedad Europea Cirugía Vascular 2023 indican que los Anticoagulantes de Acción Directa (ACOD) son el tratamiento de elección en Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) .
En España el tratamiento habitual de la ETV es Heparina Bajo Peso Molecular (HBPM) + acenocumarol , ya que los ACOD no tenían financiación para esta indicación. El tratamiento de la ETV es iniciado en, casi la totalidad de los casos, en los servicios de Urgencias hospitalarios.
El 8 febrero 2024, el Ministerio de Sanidad publicó un Índice posicionamiento terapéutico: (IPT): Criterios y recomendaciones generales para el uso de los ACOD en el tratamiento y prevención secundaria del tromboembolismo venoso (TEV) en adultos: Dabigatrán, rivaroxabán, apixabán y edoxabán han sido autorizados como tratamiento de la ETV y desde esta publicación se ha aprobado la financiación del dabigatran como tratamiento de la ETV .

OBJETIVO

Revisar si se cumplen las recomendaciones de tratamiento de las GPC en la ETV en los servicios de Urgencias y si existen cambios en dicho tratamiento tras la aprobación de la financiación de ACOD.,

MÉTODO

Hemos realizado una revisión de los casos de ETV diagnosticados y tratados en nuestras urgencias , antes y tras la publicación del IPT .
Tipo de estudio: Observacional retrospectivo.
Población estudio: Se recogieron datos (edad , sexo, antecedentes personales y de riesgo para ETV, ecografía, dímero d y tratamiento en Urgencias, al alta y a largo plazo) de pacientes con diagnostico de ETV en Urgencias durante 2023 y 2024: de marzo a diciembre (IPT publicado febrero 2024) para valorar el cumplimiento de las GPC y comparar si había variado el tratamiento de ETV. .

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han revisado 121 casos de ETV atendidos en Urgencias (53 en 2023 y 68 en 2024).
-Por sexo: 39,7 % mujeres, (45% en 2023, 35,3% en 2024) . 60,3 % hombres (55% en 2023 y 64,7% en 2024)
-Edad media 64,9 (20-97) (63,02 hombres y 67,7 mujeres)
Tratamiento de ETV : En 2023 : De 53 pacientes, completaron el tratamiento 45 (85%) , hubo 4 exitus, y en 4 casos se perdió el seguimiento por ser de otra Comunidad Autónoma o no acudir a Consultas externas.
De estos 45: 36 fueron tratados con HBPM (fase aguda) + acenocumarol , 3 con HBPM (fase aguda) + ACOD y 6 con HBPM todo el tratamiento. Todos iniciaron el tratamiento en Urgencias. El porcentaje de utilización ACOD fue del 6,6%.
2024: De 68, completaron el tratamiento 54 (79.5%), hubo 6 exitus, 7 sin datos en seguimiento y 1 pendientes de acudir a consultas hematología): 26 fueron tratados con HBPM + acenocumarol, 19 con HBPM + acod (8 dabigatran, 1 apixaban) y 9 con HBPM todo el tratamiento. En 3 casos existió contraindicación para dabigatrán y se pautó acenocumarol . El porcentaje utilización ACOD fue del 36%, (aumento destacado de uso a partir de junio). En Urgencias NO se inició en ningún caso el tratamiento con ACOD, ni en 2023 ni en 2024 . Todos fueron pautados por internistas o hematólogos

CONCLUSIONES

Gracias a la financiación de los ACOD, hemos pasado de una prescripción del 6 al 36% para el tratamiento de ETV en nuestro hospital, Pese a ello, en Urgencias, NO se ha iniciado ningún tratamiento con ACOD (0%) , incumpliendo las recomendaciones de las GPC. Deberíamos revisar los motivos, que pueden ser varios: desconocimiento del IPT del Ministerio Sanidad, del manejo de los ACOD, preferencia por otros ACOD no financiados frente al dabigatran , resistencia al cambio…y mejorar la adherencia a las GPC en Urgencias.

O. #1483

EL PACIENTE GLOBO

Delfina Gretel Frey Fernández, Fátima Martínez Duran, Raquel Rodríguez Sánchez, Eva Espíldora De Ancos, Melody Muñoz Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas ni tratamiento habitual. Como único factor de riesgo cardiovascular es fumador activo de 40 paquetes/año y ha sido sometido a una lobectomía superior derecha hace 1 semana por el reciente diagnóstico de un adenocarcinoma de pulmón estadio IB.
Acude a Urgencias derivado por el 112 en soporte vital avanzado debido a disnea súbita con edema facial. Refiere desde hace 2 horas inicio brusco de disnea asociando tumefacción facial, cervical, pectoral y de extremidades superiores. A su llegada presenta los siguientes signos vitales:
- Tensión arterial: 190/120 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 130 lpm
- Saturación de oxígeno: 100% con mascarilla reservorio a 15 L
- Temperatura de 36.4°C

Presenta mal estado general, asocia taquipnea de 30 rpm y diaforesis intensa, impresiona de gravedad. Se palpa un extenso enfisema subcutáneo en cara, tronco y ambos brazos. La auscultación cardíaca es rítmica, taquicárdica, sin soplos. En cuanto la auscultación pulmonar, presenta murmullo vesicular abolido en el hemitórax derecho. Se inicia tratamiento intravenoso con Adrenalina 1.5mg + Hidrocortisona 200mg y ventilación con ambú.
Se solicitan pruebas complementarias en el box vital, en las que se objetiva una taquicardia supraventricular en el electrocardiograma a 140 lpm y una acidosis respiratoria en la gasometría arterial con pH de 7,13, pCO2 de 82mmHg, HCO3 27 mmol/L, Lactato 10. En la analítica sanguinea presenta PCR 18 mg/L, procalcitonina 0'2 ng/mL, creatinina y bilirrubina normales, leucocitos 15.400 con neutrofilia, INR 1. Se solicita una radiografía de tórax portátil donde se visualizó importante enfisema subcutáneo con neumotórax bilateral con normalidad del índice cardiotorácico y sin derrame pleural.
Se solicita valoración urgente a Medicina Intensiva y se inició tratamiento con un tubo de drenaje torácico derecho y ventilación mecánica invasiva con intubación orotraqueal. Se realiza TAC torácico en el que se objetiva una fístula broncopleural con neumotórax bilateral y neumomediastino por dehiscencia de sutura.
Tras estabilizar al paciente en el box vital, se deriva al servicio de Cirugía Torácica para tratamiento definitivo, que resulta exitoso.

CONCLUSIONES

El neumotórax es la presencia de aire en el espacio pleural, un espacio potencial entre la pleura parietal y visceral que en condiciones normales no existe. Puede ser espontáneo, traumático o iatrogénico.
El aire alcanza el espacio pleural a través de la comunicación entre los alvéolos y pleura, la comunicación entre atmósfera y espacio pleural o por la presencia de organismos productores de gas en el espacio pleural.
En cuanto a la fístula broncopleural se trata de una conexión del árbol bronquial con la pleura. Es una complicación potencialmente grave en las cirugías de resección pulmonar y ocurre en un 26% de los casos. Puede ser aguda (por dehiscencia quirúrgica, que es potencialmente mortal) o crónica (asociadas a infección).
Es crucial un diagnóstico precoz debido al alto índice de mortalidad de estas patologías. Para ello se dispone de distintas técnicas de imagen como son la radiografía de tórax, el TAC torácico y la ecografía pulmonar. De ellos, el gold standard es el TAC de tórax.
En cuanto al tratamiento, habitualmente se prefiere el manejo conservador del neumotórax salvo que esté a tensión, se asocie a barotrauma o a shock séptico. Entre las técnicas usadas se encuentran la descompresión con aguja, el drenaje torácico o la pleurodesis quirúrgica en los casos recurrentes.
Sobre el tratamiento de la fístula broncopleural destacar que es crucial disminuir la presión intratorácica al mínimo y requiere una intervención quirúrgica emergente para pleurodesis o colocación de válvulas de Heimlich.

O. #1564

ESTUDIO HYSECODE. MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN LA SEPSIS

David Cabañas Moreno[1][2], Paula Queizán García[3][2], Beatriz García Fernández-Bravo[2], Belén González Iglesias[2], Elena López De Las Heras[2], William Gawn Martínez[2]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Hospital Clínico San Carlos. Grupo de trabajo SEMES-Diabetes, Madrid, España
3. Hospital General de Segovia, Segovia, España

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de enfermedades infecciosas en urgencias es de un 14,3% del total de las consultas y hasta 6,2% de ellas cumplen criterios de sepsis, porcentaje que ha aumentado respecto a estudios previos. Estos pacientes además presentan alteraciones metabólicas como resultado de la sepsis, como es la hiperglucemia, ya descrita como factor de mal pronóstico independiente. No obstante, dicha hiperglucemia no está contemplada en el manejo del paciente séptico agudo en servicios de urgencias.

OBJETIVO

Determinar si el control glucémico en pacientes sépticos implica un descenso de mortalidad intrahospitalaria y extrahospitalaria a 30 días, así como reingreso y reconsulta a 30 días.

MÉTODO

Estudio de intervención experimental de dos grupos paralelos, aleatorizado y cegado que incluye variables demográficas, clínicas y analíticas, así como mortalidad, estancia y reconsulta. Se incluyen pacientes mayores de 18 años admitidos en urgencias con indicios de infección por cualquier causa y que cumplan glucemia mayo de 180mg/dl, valor en escala NEWS de 7 o más, diferencial de SOFA de 2 o más y lactato en gasometría 3mmol/L o más. Los pacientes seleccionados se distribuyeron al azar en un grupo de intervención (GI), recibiendo tratamiento intensivo intravenoso con insulina, y un grupo control (GC), recibiendo la intervención que el facultativo encargado del paciente considerase.
La aleatorización es simple y el cegamiento ocurre porque cada investigador dispone de sobres opacos cerrados para cada nuevo participante incluido en el estudio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 53 pacientes (25 ingresaron en grupo intervención y 28 en tratamiento), siendo la mediana de edad 86,8 años (RI 77,68-91,34) y en su mayoría varones (58,5%), sin diferencias entre grupos (p=0,19 y p=0,44 respectivamente). A la llegada un 51% presentó un qSOFA de 2 o más, y la mediana de glucemia recogida fue de 221,5mg/dl (RI 193,5-342), sin diferencias entre grupos, identificando la hiperglucemia en la historia clínica en el 54,7% de pacientes y siendo una hiperglucemia de novo en el 5,7% de los mismos. En cuanto a antecedentes personales no hubo diferencias significativas entre grupos, siendo las patologías más destacadas la hipertensión arterial (83%), dislipemia (64,2%), diabetes (62,3%) y arritmias (50,4%). Un 24,5% había presentado ingreso en el mes anterior.
La infección más común en ambos grupos fue la respiratoria (45,3%). En cuanto al tratamiento, se pautó antibiótico a todos los pacientes, siendo el tiempo mediano hasta su administración de 150 minutos (RI 60,5-242,25). El 69,8% recibió oxigenoterapia y el 75,5% más de un litro de sueroterapia. El tratamiento hipoglucemiante fue el descrito para el GI y la insulina rápida subcutánea (39,3%) o ninguno (25%) en el GC, presentándose hipoglucemias sólo en el GC (2 leves, p=0,49). La mayoría ingresó en planta de Medicina Interna (66%)
La mortalidad en urgencias fue del 4% en GI frente 7,7% en GC (p=0,61), del 44% en GI frente al 21,4% en GC en la hospitalización (p=0,11) y de 7,7% en el GI frente 15,8% en GC en los 30 días posteriores al alta (p=0,5). La revisita y el reingreso fue similar en ambos grupos.
Los resultados de la regresión logística (modelo creado para valorar otras variables independientes relacionadas con la mortalidad y la reconsulta) tampoco arrojaron diferencias ajustadas por edad, lactato, Charlson, tiempo hasta la administración de antibioterapia, SOFA y NEWS según grupo de tratamiento (OR con IC95% que incluía la unidad, p>0,05).

CONCLUSIONES

Se trata de una muestra pequeña donde disponemos de dos grupos similares entre sí a excepción del tratamiento antihperglucémico. Se objetiva que mortalidad en urgencias fue menor en el GI, sin diferencias significativas. Si bien la bibliografía previa y nuestros datos señalan un posible descenso en la mortalidad precoz de estos pacientes, necesitaríamos una muestra mayor para poder confirmarlo.

O. #1593

ECOCARDIOGRAFÍA POCUS EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Julio Armas Castro
Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular en el ámbito de las emergencias prehospitalarias y en pacientes hospitalizados. La prueba diagnóstica gold estándar es el angioTAC de la arteria pulmonar, pero la ecografía a pie de cama permite valorar la disfunción del ventrículo derecho (VD) y estratificar el riesgo para la toma de decisiones inmediatas y valorar el pronóstico a corto plazo.
El uso de la ecocardiografía POCUS para determinar el pronóstico a corto plazo y los marcadores de riesgo es más novedoso y útil en nuestros servicios de urgencias.

OBJETIVO

Determinar el valor pronóstico y los marcadores de riesgo en la valoración inicial del paciente con TEP.
Evaluar en paciente con riesgo intermedio y estabilidad hemodinámica la disfunción del VD y los marcadores cardíacos.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo y observacional en el período de Enero 2023 a Enero 2025 donde se incluyeron los pacientes con diagnóstico certero de TEP durante su estancia en Urgencias.
Se utilizó como marcadores de riesgo para la disfunción del VD: trombo en cavidades derechas, signo de McConnell, movimiento paradójico del septum interventricular y dilatación del VD, todos ellos con una elevada especificidad.
Además marcadores cardíacos como: peptido natriurético atrial (proBNP) y troponina I ultrasensible.
Se clasificaron los pacientes según estratificación de riesgo: bajo riesgo, riesgo intermedio-alto y alto riesgo. Se empleó además la escala PESI (Pulmonary Embolism Severity Index).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 45 pacientes con diagnóstico de TEP según AngioTAC.
Se realizó en el 95% de ellos una ecocardiografía point of care en las primeras 4 horas para la identificación de marcadores de riesgo.
Los hallazgos más frecuentes fueron: dilatación del ventrículo derecho 22%, TAPSE< 1,7cm en el 10%, trombo en tránsito 1%, signo de McConell (acinesia de pared media libre del VD y movimiento normal del ápice del VD) en el 60% y otros hallazgos 5.9%.
El VPP de la ecocardiografía clínica como marcador de riesgo fue del 53% (95% IC 45-65%) y la combinación de los marcadores cardíacos y la ecocardiografía lo elevó hasta el 59% (95% IC 35-50%).
La estratificación de riesgo después de la combinación de ambos parámetros permitió detectar 12 pacientes con estabilidad hemodinámica inicial, escala PESI ≥1 , pero con signos de disfunción del VD con alta carga trombótica, marcadores cardíacos positivos y que fueron candidatos a reperfusión con fibrinolíticos.

CONCLUSIONES

En la evaluación de la probabilidad de que un paciente estable sufra un TEP se emplean scores de valoración clínica y de laboratorio, no incluyendo ninguna variable ecocardiográfica.
El uso de la ecocardiografía POCUS permitió en paciente con score PESI ≥1 evaluar la disfunción del VD y establecer estrategias de tratamiento más agresivas (riesgo intermedio-alto)
No existe ninguna estratificación de riesgo validada con éstos marcadores ecocardiográficos en el momento actual, por lo que su diseño permitiría un abordaje más seguro y ágil.

O. #1668

NEUROSÍFILIS, UNA COJUNTIVITIS CON MALA RESPUESTA A TRATAMIENTO

Pablo Navarro Vega, Enrique Del Toro Daza
H. Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, con antecedentes de infección por VIH 1 diagnosticada en 2021 en un screening, en tratamiento con Dovato, sin eventos de categoría C previos y con carga viral indetectable en controles sucesivos desde entonces, en seguimiento por su médico de atención primaria por conjuntivitis de repetición desde hace 1 mes, refractarias a tratamiento tópico previo con antisépticos y posteriormente antibiótico, acude al servicio de urgencias (SU) por pérdida de agudeza visual en ambos ojos, con dolor ocular y fotofobia asociados, más acusada desde primera hora de la mañana.

A su llegada, el paciente se encuentra afebril y hemodinámicamente estable. En la exploración física destaca la presencia de hiperemia ciliar en ambos ojos con tinción lineal con fluoresceína. Posteriormente, se le realiza un fondo de ojo donde se aprecia edema de papila en ojo izquierdo.

Dada la coexistencia de signos de uveítis bilateral anterior con uveítis posterior izquierda, se inicia despistaje de un posible origen infeccioso de las mismas. Al historiar nuevamente al paciente, refiere que, hace 2 meses, presentó un cuadro de exantema cutáneo violáceo, no pruriginoso, con úlceras bucales y diarrea asociados por el que no llegó a completar estudio al remitir de manera espontánea a los pocos días.

Durante su estancia en urgencias, se realiza un análisis de sangre donde no presenta alteraciones sugestivas de patología aguda. Se realiza punción lumbar donde se aprecia pleocitosis e hiperproteinorraquia. Por ello, se extraen también serologías para sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Ante la alta sospecha clínica de sífilis en estadio terciario se inicia tratamiento con Penicilina intravenosa hasta completar pauta de 14 días, presentando buena respuesta clínica posterior.

A los pocos días del ingreso, se confirma el diagnóstico de sospecha con serología positiva para Treponema pallidum (RPR 1/16; IgG+IgM positivo); con CD4+ 708 y CV de 100 copias/ml.

CONCLUSIONES

El ojo rojo es el motivo de consulta oftalmológica más común en Urgencias. Su causa más frecuente, las conjuntivitis, alcanza una frecuentación de 13,9 episodios por 1.000 personas año en un estudio holandés.

Al encontrarse frente a un paciente con mala respuesta clínica pese a una correcta cobertura antibiótica, se deberá plantear posibles diagnósticos diferenciales que puedan originar el cuadro y justificar su mala respuesta. En este caso, probablemente, se debía haber buscado otras causas de ojo rojo doloroso refractario al tratamiento con anterioridad.

Los dos síntomas que conviene valorar en primer lugar en la anamnesis de un paciente con enrojecimiento ocular son la presencia de dolor y la existencia de disminución de agudeza visual. La presencia debe hacer realizar una exploración oftalmológica más avanzada.

Muchas veces, tan importante como la historia del episodio actual, es historiar adecuadamente acerca de eventos anteriores que puedan guardar relación con el proceso activo del paciente. En este caso, el cuadro exantémico referido los meses previos fue determinante a la hora de orientar el diagnóstico a una sífilis e iniciar el tratamiento de manera precoz.

Pese a la disminución de la incidencia de la sífilis en estadios avanzados gracias la mejoría diagnóstica y los programas de detección precoz en pacientes con factores de riesgo, aún se encuentras algunos casos los SU.

La neurosífilis se puede clasificar entre formas tempranas (sífilis asintomática, meningitis sintomática, sífilis ocular, sífilis meningovascular) y tardías (paresia generalizada y tabes dorsal). Los síntomas más frecuentemente referidos en son cefalea, confusión, náuseas, vómitos y rigidez de nuca. Asimismo, se puede afectar la agudeza visual debido a uveítis, vitritis, retinitis o neuropatía óptica, y neuropatías craneales facial y vestibulococlear.

Frente a una elevada sospecha clínica, no deberá demorarse el inicio del tratamiento a una confirmación microbiológica.

O. #1675

PROBAMOS BIOMARCADORES PARA ESTRATIFICAR PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CUADROS INFECCIOSOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HUNSC

Pilar María González Romero, María Luz Bartolome Ruiz, Ignacio Ayala Barroso, Gonzalo Ruiz Benitez De Lugo, María Cecilia Martín Fernández De Basoa, María Teresa Concepcion Masip

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

INTRODUCCIÓN

Dada las situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios, con una aumento en la presión asistencial, y una incidencia exponencial de cuadros infecciosos. Parece fundamental el uso de Biomarcadores con factor pronóstico que nos ayuden a los médicos de urgencias, a tomar decisiones de forma objetivas y nos den tranquilidad de cara a dar un alta segura.

OBJETIVO

Evaluar dos de los Biomarcadores (SUPAR y PROADRENOMEDULINA) con valor pronóstico de infección, en pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HUNSC, como herramienta de adecuación en el diagnóstico de procesos infecciosos.
Con el objetivo final de incorporar uno de ellos en nuestra cartera de servicios, y poder estratificar el riesgo de estos pacientes de cara al alta.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo.
Los sujetos son pacientes atendidos en el servicio de urgencias con cuadros infecciosos, sin datos de sepsis, que acudieran por primera vez al servicio de urgencias por ese proceso, en los que había duda de su pronóstico de cara al alta.
Se recogieron variables demográficas, constantes al ingreso, resultados analíticos como reactantes de fase aguda, datos de mortalidad a 30 días. Además de las concentraciones de SUPAR y PROADRENOMEDULINA.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante cuatro meses, se les realizó la medición de los Biomarcadores a 60 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con procesos infecciosos, sin datos de gravedad pero en los que había duda pronóstica de cara al alta.
Se realizó una media de 12 determinaciones al mes. El foco infeccioso destacado fue el respiratorio en un 28%, seguido del foco abdominal y urinario en un 23% en ambos casos.
En nuestro estudio, coincidiendo con lo que hay en la literatura, ambos Biomarcadores presentan una Sensibiliad y un VPN del 100%, con una especificidad más baja de lo ya estudiado, probablemente se deba a las característica de la muestra.
Los resultados de las concentraciones de SUPAR en general fueron muy altas, con un valor medio de 6.4ng/ml, sólo 3 pacientes dieron resultado <4ng/ml, valor seguro de cara al alta. Un 40,7% de los pacientes con valor >4ng/ml no ingresaron, 15 fueron dados de alta el mismo día. De los pacientes con PROA >0,87 (valor por encima del cuál deben quedarse en observación) ingresaron un 71,79%. Un 13% de los pacientes de la muestra fallecieron con un valor medio de SUPAR de 14,4ng/ml y de PROA de 9mmol/l.

CONCLUSIONES

Los Biomarcadores con valor pronóstico de infección ayudan al diagnóstico precoz y estratificar el riesgo.
En nuestro estudio, las concentraciones de Biomarcadores que mejor se han correlacionado con la situación clínica de la muestra ha sido los de la PROADRENOMEDULINA. Coincidiendo con estudios previos, las concentraciones en plasma de este biomarcador, están mejor asociadas a gravedad, pronóstico y predicción de mortalidad.
El SUPAR da valores muy altos, sobreestimando el mal pronóstico, y no se ha correlacionado con la situación y la evolución clínica de la muestra.
El uso de Biomarcadores con valor pronóstico, complementan, dando información adicional a la valoración clínica, exploración. Ayudan al médico de urgencias a tomar decisiones y a dar el alta con tranquilidad. Toda ayuda la práctica clínica diaria del médico de urgencias es primordial.

O. #1689

EPIDEMIA DE GRIPE 2024/25. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES QUE INGRESAN Y LOS QUE SON DADOS DE ALTA EN URGENCIAS

José M Guardiola Tey[1], Marta Bassa Llado[1], Teresa Del Hierro Dies[1], Sofía Ferruz Contreras[1], Teresa Llovet Pelejero[2], Isaac García García[3]

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
2. Servicio Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
3. Servicio Documentación. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria (IR) es una de las patologías más presentes en los servicios de urgencias (SU). El virus de la gripe (VG) es muy prevalente en los meses fríos, y condiciona un gran número de atenciones en urgencias e ingresos hospitalarios.

OBJETIVO

El objetivo es doble. Analizar el número de pacientes atendidos por IR y VG en un SU, en plena epidemia de gripe. Se describe la presencia de VG sobre el total de IR, y las diversas opciones de seguimiento de estos pacientes. Se realiza un estudio comparativo de los pacientes con VG que ingresan en el hospital (IH) vs aquellos que son dados de alta (PA), buscando encontrar factores predictivos que nos indiquen las características que diferencian esta tipología de pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo de todos los pacientes adultos que acuden al SU de un hospital urbano de Barcelona, con sintomatología respiratoria, entre el 1 de noviembre 2024 y el 31 de enero de 2025. Se analiza el destino final de todos estos pacientes. Se realiza un estudio comparativo en una muestra representativa entre los pacientes con IH vs aquellos pacientes PA. La muestra sólo incluye los pacientes mayores de 60 años. Los estudios comparativos entre variables cuantitativas y cualitativas se realizan mediante T-student y CHI-Q respectivamente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo del estudio se han recogido 3864 aspirados nasofaríngeos para estudios de patología respiratoria. 561/3864 (14,5%) han sido positivos para VG. La edad media de estos pacientes es de 65,4 (18-102) años. 171/561 (30%) de los pacientes con VG han precisado ingreso hospitalario, en una sal convencional. 10 de ellos en semicriticos /UCI. De los 390 pacientes con VG dados de alta 114 /390 (29%) han precisado de algún recurso extra: hospitalización a domicilio, residencia, centro socio sanitario. De los 561 pacientes con VG se analiza una muestra representativa de pacientes con VG mayores de 60 años (56 de 230: 25%); comparando aquellos con IH vs PA: edad media global de 80,9 años (IH 82,1 vs 77,6 PA; NS). Un 54% de los pacientes con VG no ha recibido vacuna en esta temporada (NS entre IH vs PA). Los pacientes con IH han permanecido 6,1+ 3,4 días de estancia media. La mayoría de los pacientes son pluripatológicos, con prescripción de fármacos 6,9 (PA) vs 9,9 (IH), p < 0,025.

La saturación basal media de los IH es del 90% vs del 96% PA, p 0,05. Al ingreso la FR es similar en los dos grupos (18 RPM). La frecuencia cardiaca es de 82 (IH) vs 76 (PA) (NS). La Hb basal al ingreso es de 12,7 g/l vs 11,5 g/l (PA vs IH, NS). La proteína C reactiva es de 64 vs 80 (IH vs PA). Los leucocitos en UCIAS son de 7400 (PA) vs 10073 (IH), 0,029.

Un 30% de los pacientes con IH han presentado una infección bacteriana concomitante vs un 4,3% en PA (p 0,016). Un 36% de IH presentar insuf respiratoria en urgencias vs un 4,3% de los PA (p 0,005).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con VG no precisan ingreso hospitalario y son dados de alta. Un 30% de los pacientes con alta precisan algún soporte adicional de seguimiento extrahospitalario. Un 54% no están vacunados. Los pacientes mayores de 60 a. con IH presentan más comorbilidades. Las constantes presentan una FC elevada y saturación baja en IH. La analítica basal de los IH presenta PCR y leucocitos más elevados, Hb menor y una mayor presencia de insuficiencia renal. La infección bacteriana es significativamente mayor en pacientes IH, así como la insuficiencia respiratoria en urgencias. Se realizará un estudio bivariado y multivariado para determinar factores predictivos de ingreso.

O. #1710

CRIBADO DE VIH EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL PRIMER AÑO EN EL PROGRAMA DEJA TU HUELLA. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Paloma De La Paz Romero, Víctor Cabrera García, Claudia Marinero Noval, Verónica Fernández Rodríguez, Alba Vidal Arce, Ana Alonso Morilla

HUCA, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico precoz del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un reto cuyo objetivo es disminuir la infección oculta y el diagnóstico tardío.
Los servicios de urgencias (SU) son un escenario clave para la detección temprana del VIH, ya que reciben pacientes con conductas de riesgo y enfermedades asociadas con una alta prevalencia de infección oculta.
El programa «Deja tu Huella» con el objetivo de fomentar la detección precoz en los SU, se alinea con los objetivos de ONUSIDA y, hasta mayo de 2024, el proyecto ha conseguido involucrar a 162 hospitales, habiéndose realizado más de 170.000 serologías y 2.000 nuevos diagnósticos de VIH hasta mayo de 2024.

OBJETIVO

Realizar un análisis sociodemográfico de los pacientes a los que se les realizó serología VIH en el SU de un hospital de tercer nivel durante el primer año tras su incorporación al programa Deja tu Huella, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.
Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH, disminuyendo la pérdida de oportunidades diagnósticas y la prevalencia de infección oculta.

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes a los que se les ha solicitado una serología VIH en el servicio de urgencias entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2024.
Se recogieron sexo, edad, procedencia, motivo de solicitud y petición de serología de hepatitis B y C. En los pacientes con serología VIH positiva se revisó si el diagnóstico fue temprano o tardío, si hubo oportunidades perdidas y tipo de transmisión.
La recogida de datos se realizó con Microsoft Forms y el análisis con Microsoft Excel y SPSS21.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se solicitaron 1758 serologías, de las cuales 10 fueron nuevos positivos (0.6%), Del total de serologías solicitadas, 923 eran hombres (52,7%) y 830 mujeres (47,3%). La media de edad fue de 44 años (DE 20,83). 1545 procedían de la Union Europea (88,3%), 134 de Latinoamérica (7,7%), 42 de Africa (2,4%), 24 de Europa del Este (1,4%) y 5 de Asia Suroriental (0,3%). Respecto al motivo de solicitud, 140 fueron por neumonía (8%), 280 por ITS (15,9%), 5 por VHZ (0,3%), 23 por síndrome mononucleósico (1,3%), 2 por chemsex (0,1%), 15 por fiebre sin foco (0,9%), 42 por profilaxis post-exposición (2,4%), 7 por plaquetopenia (0,4%), 137 por ingreso en neurología (7,8%), 564 por ingreso en salud mental (32,1%), 542 por otros motivos (30,8%). En 1967 casos se solicitaron también serologías de hepatitis (B y C) (96,6%), siendo positivas a VHB 23 (1,3%) y a VHC 33 (1,9%). En los pacientes positivos a vía de transmisión fue homosexual en 6 casos (60%), heterosexual en 3 (30%) y por ADVP en 1 (1%). En 5 casos el diagnóstico fue precoz (50%) y en 6 hubo pérdida de oportunidad previa de diagnóstico (60%).

CONCLUSIONES

El 29,2% de las serologías fueron solicitadas por el protocolo Deja tu Huella. Sin embargo de aquí salieron el 90% de los positivos. Todos ellos tenían pérdida de oportunidades diagnósticas.
Existe un importante margen de mejora respecto a las peticiones de serología VIH en urgencias. Con la formación continuada de profesionales y automatización de alarmas en los sistemas, esperamos conseguir aumentar las peticiones, promoviendo el diagnóstico precoz de la infección por VIH desde urgencias, disminuyendo así la pérdida de oportunidades diagnósticas y la prevalencia de infección oculta.

O. #1734

UTILIDAD DE LA ESCALA PRE-MSOFA PARA LA VALORACIÓN PRONOSTICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Raúl López Izquierdo[1][2], Carlos Del Pozo Vegas[3][2], Antonio Del Rey Vieria[1], Inmaculada García Ruperez[1], Ancor Sanz García[4], Francisco Martín Rodríguez[5][6]

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
2. Universidad de Valladolid, VALLADOLID, España
3. Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España
4. Universidad de Castilla La Mancha, Talavera De La Reina, España
5. Universidad de Valladolid, Valladolid, España
6. Gerencias de Emergencias. Sacyl, VALLADOLID, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una entidad que provoca una gran mortalidad y de difícil diagnóstico. En la actualidad se promueven el uso de distintas escalas para su valoración como las escalas qSOFA y SOFA. Sin embargo, se recomienda el estudio de nuevas escalas que ayuden al clínico a la valoración de estos pacientes. El pre-mSOFA es una escala de gravedad desarrollada en el año 2021 para la valoración del riesgo de mortalidad a corto plazo (2 días) de los pacientes en el ámbito pre-hospitalario (htpp://msofascore.shinyapps.io/msofa_shiny_app). Su uso ha sido validado en diferentes situaciones clínicas en el contexto de las emergencias médicas pre-hospitalarias como son la patología cardiovascular, traumatica o infecciosa pero nunca para la sepsis en un entorno hospitalario. Esta escala, es una modificación de la escala SOFA, sencilla de calcular que usa una puntuación agregada de las siguientes variables: ratio saturación / Fracción inspirada de oxígeno (Sa/Fi), el valor de la presión arterial media (PAM), valor de la creatinina, puntuación de la escala del coma de Glasgow y el valor del lactato. Creemos que esta escala se puede adaptar mejor a los servicios de urgencias (SU) que la escala SOFA que es más compleja y que no siempre se adapta a la estructura de los SU.

OBJETIVO

Conocer la utilidad de la escala pre-mSOFA para la valoración pronóstica a corto y medio plazo de los pacientes sépticos diagnosticados en un SU

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes diagnósticos de sepsis en un SU, año 2023, pacientes >18 años y se pudo calcular las escalas: pre-mSOFA, qSOFA, SOFA. Variables dependientes: edad, sexo, valor de las escalas: pre-mSOFA, qSOFA, SOFA. Variable independiente principal: mortalidad a 2 días (M2), variable secundaria: mortalidad a 30 días (M30). Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se calculó el área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR) de las escalas estudiadas. Se realizó un estudio multivariante para la valoración de cada escala ajustando por edad y sexo para la M2, calculando el odds ratio (OR) para cada variable. Se consideró significativo un nivel de confianza del 95% (IC95%) y p<0.05

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N: 357. Edad mediana: 82,21 (72,90-88,98) años. Varón: 54,3%. Edad mediana varón: 80,72 (72,93-87,84) años; mujer: 84,05 (72,61-90,16) años (p>0,05). M2: 8,1%; M30: 23,0%. ABC COR M2: pre-mSOFA: 0,840 (IC 95% 0,789-0,891, p<0,001); qSOFA: 0,757 (IC 95% 0,683-0,831, p<0,001); SOFA: 0,691 (IC 95% 0,598-0,783, p<0,001). ABC COR M30: pre-mSOFA: 0,742 (IC 95% 0,680-0,804, p<0,001); qSOFA: 0,735 (IC 95% 0,674-796, p<0,0091); SOFA: 0,692 (IC 95% 0,628-757, p<0,001). Análisis multivariante M2: mSOFA: OR: 1,543 (IC 95% 1,312-1,815, p<0,001), edad y sexo (p>0,05). qSOFA: OR: 2,367 (IC 95% 1,1522-3,680, p<0,001), edad y sexo (p>0,05); SOFA: OR: 1,375 (IC 95% 1,145-1,653, p<0,001), edad y sexo (p>0,05).

CONCLUSIONES

La escala pre-mSOFA se confirma como una prometedora herramienta para la valoración pronóstica de los pacientes diagnosticados de sepsis en los SU a corto plazo (M2) y buena para su valoración a medio plazo (M30). La capacidad predictiva de la escala pre-mSOFA en este grupo de pacientes es superior a las escalas qSOFA y SOFA en el análisis de la M2 y M30. Sería necesario realizar una validación de esta escala en trabajos prospectivos y multicéntricos con un mayor número de pacientes.

O. #1919

¿HAY DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES RESPECTO A LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA?

Laura Lozano Polo[1], Sonia Jiménez Hernández[2], Pedro Ruiz Artacho[3], Susana Diego Roza[4], Héctor Alonso Valle[5], Jorge Pedraza García[6]

1. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
2. Hospital Clínic, Barcelona, España
3. Clínica Universitaria de Navarra, Madrid, España
4. Hospital Univeritario Central de Asturias, Oviedo, España
5. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
6. Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco (córdoba), España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una patología de frecuente diagnóstico en los Servicios de Urgencias (SU) en sus dos formas de presentación más frecuente: la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP), estimándose de 1,6 diagnósticos por cada 1000 visitas al SU en España. Existen pocos estudios publicados sobre la ETV en urgencias, por lo que los datos sobre las diferencias epidemiológicas, de factores de riesgo, modo de presentación y evolución de estos pacientes asociadas al sexo es mucho menor.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es valorar si existen diferencias entre hombres y mujeres en la epidemiología, presentación clínica y la evolución de los pacientes diagnosticados de ETV en nuestros SU.

MÉTODO

Se realizó un análisis secundario del registro ESPHERIA (perfil de riESgo de los Pacientes con ETV en Hospitales Españoles atendidos en los seRvicios de urgencias e Impacto Asistencial), un estudio de cohortes, multipropósito, multicéntrico con muestreo consecutivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de ETV aguda en 53 SU españoles del 13/10 al 14/12 del 2014.
De los 905 pacientes atendidos en el SU en el periodo de inclusión, 825 se incluyeron en el registro, incluyendo finalmente 824 pacientes en este subanálisis, excluyéndose un paciente por falta de datos.
Se analizaron todas las variables epidemiológicas, factores de riesgo, modo de presentación y evolución de forma independiente para cada sexo y posteriormente se valoraron si existían diferencias entre ellas a través del software estadístico SPPS Statistics 29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 824 pacientes diagnosticados de ETV e incluidos en este subanálisis, 426 (51,6%) eran mujeres, con una edad media de 68,53 años (DE 18,43; mediana 73) y 398 hombres, con una edad media de 63,79 años (DE 15,5; mediana 67). En el grupo de 50-70 años, el diagnóstico de ETV se produce de forma significativa en hombres (163 (41%) vs 102 (23.9%) p<0.001). En cambio, en mayores de 70 años, el diagnóstico se realiza significativamente en mujeres (245 (57.5%) vs 160 (40.2%) p<0.001). No se objetivaron diferencias en menores de 50 años.
Las mujeres con ETV presentan más Diabetes Mellitus que los hombres (14.1% vs 9.3% p=0,027), más antecedentes de insuficiencia cardiaca (6.3% vs 3.3% p=0.008) y de enfermedad reumatológica (9.9% vs 5%, p=0.008), en cambio los hombres fumaban más (46.2%vs 13.6%, p<0.001) y consumían más alcohol (11.3%vs 0.5% p<0.001), presentando a su vez, más cirrosis (p=0.006). Las mujeres reciben más tratamiento con antidepresivos, anticonceptivos, tamoxifeno y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
Respecto a la presentación clínica en el momento del diagnóstico, los hombres presentan más hemoptisis al diagnóstico que las mujeres (3.8% vs 0.7%, p=0.002), sin encontrarse otras diferencias. Las mujeres presentaron más inmovilidad durante el episodio (28.5% vs 16.7% p<0.001), presentando más dependencia que los hombres al momento del diagnóstico (Barthel ≤60 14,1% vs 7,5% p=0.002) y una mayor dependencia alta que los hombres, medida con una caída del Barthel de más de 20 puntos respecto a su basal (7.3%vs 3.5% p=0.016). Sin encontrarse pero, diferencias en la mortalidad, sangrado y recurrencia tras el ingreso, a 30, 90 y 180 días.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de ETV entre los 50-70 años es más frecuente en hombres, y en mujeres a partir de los 70.
No se encuentran diferencias en la presentación clínica, mortalidad, sangrado y recurrencia en el seguimiento
Las mujeres diagnosticadas de ETV en el SU son más mayores que los hombres, presentan más diabetes, más dependencia previa al diagnóstico, consumen más antidepresivos y AINEs. Además, presentan más inmovilidad durante el ingreso y una mayor dependencia al alta respecto a su situación basal que los hombres.

O. #1921

ANÁLISIS Y FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SÉPTICOS CON ANTECEDENTES DE DIABETES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Inmaculada Garcíia Rupérez, Susana Sánchez Ramón, Beatriz Martín Pérez, Jesús Álvarez Manzanares, Isabel González Manzano, Raúl López Izquierdo

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una patología relativamente prevalente en los servicios de urgencias (SU), con una mortalidad muy elevada. Es importante conocer las características de esta entidad y los factores que se asocian entre los pacientes con enfermedades metabólicas como es la diabetes mellitus (DM). Presentar una DM condiciona la respuesta del organismo a las agresiones externas como es la infección. Todo ello encaminado a evaluar la evolución de la enfermedad de forma personalizada lo que puede mejorar las respuestas de los pacientes.

OBJETIVO

Conocer las características y los factores analíticos asociados a la mortalidad a medio plazo de los pacientes diagnosticados de sepsis en un SU.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de sepsis y que en su historia clínica presentaban el antecedente de DM durante el año 2023. Variables independientes: edad, sexo, daño orgánico (DO), foco: respiratorio, urinario, abdominal, partes blandas (PB), indeterminado, valores analíticos: leucocitos, hematocrito, plaquetas, glucemia, creatinina, lactato, bilirrubina, sodio, potasio, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT). Variable dependiente: mortalidad a los 30 días (M30). Análisis descriptivo de la muestra mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) en las variables cuantitativas y porcentaje en las variables cualitativas. Estudio univariante mediante comparación de variables cuantitativas (U-Man-Whitney) y cualitativas (Chi-cuadrado). Estudio multivariante mediante regresión logística, cálculo del odds tario (OR), intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Software SPSS 25.0. Significación estadística p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Del total de los pacientes diagnosticados de sepsis en el SU en el 2023 (588), 188 tenían el antecedente de DM y se incluyeron en el estudio. Eda mediana: 83,10 (76,23-89,53) años; varón: 54,3%. Edad mediana y sexo: varón: 81,47 (75,38-87,80), mujer: 86,27 (78,06-90,56) (p<0,05); DO: 6,9%, M30: 23,9%. Foco: respiratorio: 27,1%, urinario: 42,0%, abdominal: 17%, PB: 4,8%, Indeterminado: 8,5%, otros: 0,5%. Edad mediana y M30: Sï: 82,76 (75,91-88,48), No: 86,08 (78,88-92,66) (p<0,05). Sexo y M30: varón: 18,2%, mujer: 30,2% (p>0,05). DO y M30: Sí DO: 23,1%, No DO: 24,0% (p<0,05). Foco y M30: respiratorio: 37,3%, urinario: 21,5%, abdominal: 15,6%, PB: 11,1%, Indeterminado: 18,8, otros: 0%. Valores analíticos y M30: (Sí M30 vs No M30): Leucocitos:15,60 (11,75-24,45) vs 13,10 (8,00-18,90) (p<0,05); hematocrito: 36,65 (32,10-41,40) vs 36,10 (32,00-40,00), (p>0,05); plaquetas: 260 (161-322) vs 190 (127-254) (p<0,005); Sodio: 138 (134-141) vs 135 (132-138) (p<0,05), K: 4,90 (4,1-5,9) vs 4,2 (3,72-4,70) (p<0,001), glucosa: 204 (115-317) vs 169 (130-212) (p>0,05), urea: 131 (103-171) vs 79,6 (53,5-121,5) (p<0,001), creatinina: 2,32 (1,96-3,11) vs 1,69 (1,15-2,51) (p<0,001), bilirrubina: 0,75 (0,51-1,06) vs 0,79 (0,57-1,31) (p>0,05); PCR: 174 (102-292) vs 179 (91-269) (p>0,05), PCT: 5,31 (1,34-39,64) vs 4,32 (1,29-14,65) (p>0,05), lactato: 4,760 (2,90-8,95) vs 2,90 (1,85-4,40) (p<0,001). Estudio multivariante: Edad: OR: 1,063 (IC 95% 1,003-1,127, p<0,05); lactato: 1,260 (IC 95% 1,086-1,1463, p<0,05), resto de variables p>0,05.

CONCLUSIONES

Casi un tercio de los pacientes con el diagnóstico de sepsis presentaban el antecedente de DM. La edad media de los pacientes fue elevada y hubo más varones que mujeres. El foco predominante era urinario, sin diferencias en cuanto al foco y la mortalidad, aunque el foco respiratorio genero una mayor mortalidad que el resto. La mortalidad en este grupo de pacientes se asoció de forma independientes a la edad y el lactato. Aunque la glucemia elevada no se asoció con la mortalidad si se ha observafo que los pacientes que fallecían tenían una mediana de glucemia por encima de 200 mg/dL. Es necesario profundizar en el estudio de estos pacientes para detectar a aquellos con peor pronóstico.

O. #1991

UTILIDAD DE MEMED BV© FRENTE A PROCALCITONINA PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO EN EL PACIENTE DE URGENCIAS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA

Laura García Lara[1], María Gijón Rodríguez[1], Irene Carmona García[1], Javier Cabañas Morafraile[2], Elia Chaves Prieto[1], William López Forero[1]

1. Médica, Toledo, España
2. Médico, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

La patología infecciosa supone en torno al 15% del total de motivos de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Además, un porcentaje variable entre el 6-30% presentan sepsis o shock séptico. La toma de decisiones del Médico de Urgencias es crucial a la hora del manejo de estas patologías. Una de las más importantes es el diagnóstico etiológico y la prescripción (o no) de antibióticos desde el SUH. Se estima que un elevado porcentaje (hasta el 88% en algunos casos) de la prescripción de antibióticos es errónea, fundamentalmente por el uso en infecciones no bacterianas. El apoyo de los biomarcadores es fundamental, si bien aún no encontramos la herramienta perfecta. Uno de los nuevos biomarcadores que está mostrando buen rendimiento diagnóstico en la literatura en pacientes pediátricos es MeMed BV©. El objetivo de esta comunicación es compararlo frente al mejor biomarcador descrito en la literatura en infecciones respiratorias.

OBJETIVO

Analizar si existen diferencias en el rendimiento diagnóstico de MeMed BV© y Procalcitonina en el paciente que acude al SUH con infección respiratoria.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional longitudinal descriptivo y analítico con muestreo por reclutamiento de los pacientes con infección grave en el SUH de un hospital de tercer nivel. Se les ha analizado variables clínicas, de laboratorio y microbiología. El análisis descriptivo se ha realizado con medidas de centralización y dispersión. El rendimiento diagnóstico se ha realizado mediante la elaboración de tablas de contingencia. La significación estadística se muestra con $p<0,05$

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 475 pacientes incluidos en el estudio se han seleccionado un total de 173 pacientes que presentaban infección respiratoria y resultado concluyente en la prueba MeMed BV©, es decir, entre 0 y 35 o superior a 65. Los pacientes presentaron una edad media de 68,8 años de los cuales 67,63% eran hombres y 32,36% mujeres. MeMed BV© presentó una sensibilidad (S) 60,74%, especificidad (E) 75,75%, valor predictivo positivo (VPP) 80,24% y valor predictivo negativo (VPN) 54,34% mientras que procalcitonina presentó S 56,07%, E 68,18%, VPP 74.07% y VPN 51,07%.

CONCLUSIONES

Aunque los resultados son preliminares, la prueba diagnóstica MeMed BV© presenta un mejor rendimiento diagnóstico para determinar la etiología de la infección respiratoria que el biomarcador con mejores resultados como es la Procalcitonina.

O. #2049

VALORACION DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES Y ESCALAS CLINICAS DE SEPSIS: PROCALCITONINA, LACTATO, SIRS Y QSOFA

Magda Milena Ávila Naranjo, Dolors García Pérez, Queralt Ribera Badia, Andrés Rolando Abril Gamboa

Xarxa Assistencial Universitària De Manresa, Manresa, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una de las enfermedades denominadas tiempo-dependiente convirtiendo su detección precoz en uno de los principales retos en los Servicios de Urgencias (SU). De ahí, que en la Declaración de Guadalajara, uno de los pilares que plantean es la asociación de biomarcadores de infección e hipoperfusión con escalas clínicas para mejorar la detección y optimizar el tratamiento de este grupo de pacientes, por ello, hemos querido analizar estos parámetros en los Códigos Sepsis (CS) registrados en nuestro SU.

OBJETIVO

Analizar la validez pronóstica de la determinación conjunta y sinérgica de las escalas SIRS y qSOFA con biomarcadores como el lactato y la procalcitonina en la mortalidad a corto plazo (30 días) y la necesidad de ingreso a UCI en pacientes activados como CS en un SU

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo a partir de la revisión de la historia clínica de los pacientes activados como CS en el servicio de urgencias en el año 2024. Criterios de exclusión: pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, ausencia de hoja de activación de CS.
Variables de estudio: edad, sexo, parámetros de SIRS, qSOFA, SOFA score y lactato. Variables dependientes: necesidad de drogas vasoactivas (DVA) ingreso UCI, mortalidad a los 30 días. Para el análisis bivariante utilizamos el test de chi cuadrado para el contraste de variables categóricas y el test t Student y su alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Consideramos que había diferencias estadísticamente significativas una $p < 0,05$

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 86 pacientes con una edad media de 73(+/-14) años, 67% hombres, la concentración media de lactato fue de 3.22(+/-2.25mmol/L), SOFA score 6(+/-3), SIRS score 2(+/-1). La mortalidad a los 30 días fue del 10.5% . El 38.4% ingresó a la UCI. El 47% requirió DVA. La media de lactato fue significativamente superior en los que requirieron DVA (3.8 vs 2.6 p:0.011), ingreso a UCI (4.07 vs 2.7 p: 0.019) y mortalidad (4.83 vs 3.03 p: 0.027). la media de procalcitonina fue mas alta en los que necesitaron DVA (23.8 vs 15.4 p:0.009) y en los que fallecieron (35.4 vs 17.5 p: 0.049) y el SOFA score al igual que el lactato, se correlaciono de forma significativa con necesidad DVA (8 vs 3 p<0.001), UCI (7 vs 4 p:<0.001)) y mortalidad (9 vs 5 p:0.001). Se observa correlación entre el valor del SIRS y el qSOFA (p: 0.0037) asi como necesidad de DVA (p 0.022). Hay relación estadísticamente significativa entre los niveles de lactato y la procalcitonina (p: 0.021) no correlación entre procalcitonina y SIRS, ni lactato con qSOFA.

CONCLUSIONES

1. En este estudio, la asociación de biomarcadores con la escala SIRS y qSOFA no muestran correlación con pronóstico y gravedad del paciente activado como CS, aunque si con el SOFA score, estos resultados pueden estar sesgados por el tamaño de la muestra y por ser pacientes con criterios de gravedad, SIRS y qSOFA altos sin margen de comparación.
2. En el presente estudio, el lactato y la procalcitonina aporta información sobre necesidad de DVA y mortalidad. Estos biomarcadores podrían detectar que pacientes se beneficiarían de DVA de forma precoz asociando el SOFA score y el SIRS.
3. La mortalidad global del CS en nuestro hospital fue del 10.5% en el 2024, menor a la publicada en estudio previo en el año 2017 (15.2 %); la implementación del CS ha permitido mejorar el pronóstico de los pacientes, si bien habría que realizar una interpretación prudente de estos resultados y analizar otros años.
4. Durante la recolección de datos, se identificaron 371 sepsis en el año 2024, se activaron 86 como CS, similar a lo publicado en la bibliografía, aunque existe margen de mejora

O. #2072

UTILIDAD DE PROADM COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS CON CRITERIOS DE INFECCIÓN GRAVE

María Gijón Rodríguez, Laura García Lara, Javier De Aristegui Bengoechea, Irene Carmona García, Javier Cabañas Morafraile, William López Forero

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

La patología infecciosa supone en torno al 15% del total de motivos de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Además, un porcentaje variable entre el 6-30% presentan criterios de sepsis o shock séptico. La toma de decisiones del Médico de Urgencias es crucial a la hora del manejo de estas patologías, siendo una de ellas la rapidez en la instauración de tratamiento y medidas de resucitación en las infecciones graves, ya que es conocido que el tiempo es una variable crucial en el pronóstico de estas patologías.
Actualmente, el apoyo de los biomarcadores es fundamental para el manejo de estos pacientes, incluso podrían ayudarnos a orientar la gravedad y pronóstico de los mismos. Si bien aún no encontramos la herramienta perfecta, la pro-adrenomedullina se postula como como uno de los péptidos incrementados en la infecciones graves capaz de determinar en los primeros minutos de atención al paciente la gravedad de su enfermedad, inclusive el riesgo de mortalidad que conlleva. El objetivo de esta comunicación es compararlo frente al resto de biomarcadores utilizados de forma frecuente en la práctica clínica en infecciones graves.

OBJETIVO

Analizar el rendimiento proADM como biomarcador pronóstico frente a los biomarcadores habituales en los pacientes que acuden a Urgencias por infección grave.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional longitudinal descriptivo y analítico con muestreo por oportunidad de los pacientes con infección grave en el SUH de un hospital de tercer nivel. Se han analizado variables clínicas y de laboratorio. El análisis descriptivo se ha realizado con medidas de centralización y dispersión. El rendimiento diagnóstico se ha realizado mediante la elaboración de tablas de contingencia y se ha medido el área bajo la curva de los biomarcadores. La significación estadística se muestra con p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 391 pacientes incluidos en el estudio se han seleccionado un total de 214 pacientes que presentaban infección grave y muestra recogida de forma correcta para análisis de Pro-ADM. Los pacientes presentaron una edad media de 68,6 años de los cuales 118 (55,1%) eran hombres y 96 (44.9%) mujeres. La infección respiratoria (47%) fue la más frecuente, seguida de infección del tracto urinario (28.2%) y abdominal (9.8%). De ellos, fallecieron o ingresaron en UCI 31 pacientes.
Analizando los distintos puntos de corte de Pro-ADM estudiados en la literatura, podemos observar cómo en nuestra muestra el punto de corte de mayor sensibilidad (83%) y especificidad (86%) es 2,105 nmol/L para predecir mortalidad e ingreso en UCI a los 30 días aplicando el Índice de Youden, con un área bajo la curva (AUC) 0,778 p <0,001 , superior a las escalas clínicas como qSOFA ≥ 2 0,716 (0,610-0,823); p <0,001 o NEWS2 ≥ 5 0,719 (0,631-0,806); p <0,001.
Al compararlo con el resto de biomarcadores utilizados de forma habitual, se observa que Pro-ADM muestra superioridad respecto a ellos con AUC 0,889 (0,795-0,984) < 0,001; superior a Procalcitonina (ng/ml) AUC 0,770 (0,646-0,894) p=0,002, lactato (mg/dl) AUC 0,732 (0,606-0,858) p=0,008, Leucocitos (mm3) AUC 0,626 (0,447-0,806) p=0,15 y Proteína C reactiva (mg/L) AUC 0,592 (0,422-0,762) p=0,296

CONCLUSIONES

Aunque los resultados son preliminares, el biomarcador Pro-ADM presenta un mejor rendimiento pronóstico para determinar mortalidad e ingreso en UCI en pacientes con infección grave respecto a los biomarcadores habituales y las escalas clínicas habitualmente utilizadas. El punto de corte de mayor rendimiento encontrado es superior al habitual, probablemente en relación con la elevada edad media de los pacientes incluidos en nuestro estudio.

O. #2109

TROMBOEMBOLIA AGUDA DE PULMÓN DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO: RESULTADOS FINALES Y COMPARACIÓN DE CUATRO ESCALAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Fahd Beddar Chaib[1], Pedro Ruiz Artacho[2], Vanesa Sendin Martín[3], María Lorena Castro Arias[4], Marta Merlo Loarca[5], Sònia Jiménez Hernández[6]

1. Hospital Santa Bárbara de Soria, Soria, España
2. Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España
3. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
4. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España
5. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España
6. Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las escalas para identificar complicaciones en pacientes con embolia pulmonar (EP) de riesgo intermedio-alto fueron diseñadas para predecir mortalidad por cualquier causa (o por EP, según la escala), necesidad de fármacos vasoactivos por inestabilidad hemodinámica y recurrencia de la EP, generalmente en un seguimiento a 30 días, excepto la escala FAST modificada, cuyo desenlace primario se evaluó durante la hospitalización. Sin embargo, en el contexto de urgencias, además de estos desenlaces, es crucial determinar si los pacientes con riesgo intermedio-alto requerirán ingreso en UCI, tendrán una estancia hospitalaria prolongada, riesgo elevado de reingreso o mayor probabilidad de hemorragia asociada al tratamiento. Pocos estudios han analizado el rendimiento predictivo de estas escalas específicamente en el ámbito de los servicios de urgencias.

OBJETIVO

El objetivo principal fue comparar el rendimiento pronóstico de las escalas ESC, PEITHO-3, FAST modificado y BOVA en pacientes con embolia pulmonar aguda sintomática de riesgo intermedio-alto, evaluando su capacidad para predecir complicaciones a corto plazo con un seguimiento de 30 días.

MÉTODO

Se ha realizado un análisis post-hoc del registro ESPHERIA, un estudio multicéntrico, multipropósito con muestreo consecutivo sobre enfermedad tromboembólica venosa en servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EP mediante angiografía pulmonar por TC o gammagrafía de ventilación/perfusión, excluyendo aquellos con EP de alto riesgo definida como inestabilidad hemodinámica, shock cardiogénico o necesidad de soporte inotrópico al diagnóstico. Las cuatro escalas se aplicaron al diagnóstico, analizándose los desenlaces adversos desde el diagnóstico hasta 30 días postdiagnóstico. Inicialmente, se evaluó la precisión diagnóstica considerando únicamente la mortalidad y la recurrencia de la EP (siguiendo la metodología de los estudios originales de validación) y, posteriormente, se amplió el análisis a eventos hemorrágicos, ingreso prolongado, definido como ingreso mayor a 15 días, y traslado a UCI tras ingreso en planta convencional.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 384 pacientes con diagnóstico de EP del registro ESPHERIA, el 15,8% (61 pacientes) presentó complicaciones durante el primer mes de seguimiento. La proporción de pacientes clasificados con EP de riesgo intermedio-alto fue del 7,2% (IC95%: 4,9-10,5) según el modelo ESC, 8,5% (IC95%: 5,4-13,3) con la puntuación BOVA, 28,2% (IC95%: 23-34,1) con la puntuación FAST modificada y 3,3% (IC95%: 1,8%-5,7%) con el modelo PEITHO-3. No obstante, entre los pacientes identificados con riesgo intermedio-alto, la tasa de complicaciones a 30 días fue mayor con el modelo PEITHO-3 (18,2 %), seguido de la puntuación BOVA (17,6 %), el modelo ESC (16,6 %), y la puntuación FAST modificada (14,2 %). La capacidad predictiva de mortalidad por todas las causas y/o recurrencia fue elevada para todos los modelos: siendo la especificidad de la escala ESC del 97% (IC95% 95,5%-99,2%), de la escala BOVA del 97% (IC95%: 94,6%-98,6%), de la escala FAST modificada del 97,6% (IC95%: 93,9%-99,3%) y del modelo PEITHO-3 del 97% (IC95%: 94,5%-98,6%). Sin embargo, esta capacidad disminuyó notablemente al incluir otras complicaciones, siendo la especificidad de la escala ESC del 84,8% (IC95%: 80,2%-88,7%), de la escala BOVA del 83,5% (IC95% 79,2-87,2), de la escala FAST modificada del 82,5% (IC95% 75,9-87,8) y del modelo PEITHO-3 del 85% (IC95% 80,6-88,8).

CONCLUSIONES

Las escalas pronosticas actuales para la EP de riesgo intermedio-alto han demostrado una alta capacidad predictiva de mortalidad por todas las causas. Sin embargo, al ampliar los criterios para incluir otras complicaciones relevantes en el entorno de los SUH su capacidad predictiva disminuye notablemente. Esto sugiere la necesidad de desarrollar herramientas de estratificación de riesgo adaptadas para optimizar la toma de decisiones y el manejo de los pacientes con EP en los SUH.

O. #2227

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN URGENCIAS

Verónica Notario Barba, Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa, Alicia Beteta López

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años una gran parte de los ingresos hospitalarios que producía el virus sincicial respiratorio (VRS) en adultos durante el invierno ha sido erróneamente atribuida al virus de la gripe. La difícil diferenciación clínica entre ambos cuadros virales, la baja sospecha diagnóstica y la carencia de técnicas accesibles para su detección explicaban en gran medida dicha situación. La reciente incorporación de las técnicas moleculares al abanico de pruebas diagnósticas disponibles, ha permitido incrementar notoriamente el número de casos de VRS diagnosticados durante las epidemias anuales de gripe. Es necesario estudiar y analizar las características propias de la infección por VRS en personas adultas.

OBJETIVO

Analizar las características clínicas, epidemiológicas y evolución clínica de los pacientes adultos diagnosticados de infección VRS en temporada invernal

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron las características clínicas, epidemiológicas y evolución clínica de los pacientes adultos diagnosticados de infección por VRS del 1 de octubre de 2023 al 30 de abril de 2024. Los datos fueron extraídos de la historia clínica electrónica y analizados con el programa estadístico SPSS 29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Fueron atendidos en el servicio de urgencias hospitalaria 54 pacientes con VSR. En el 72,2% de casos el diagnóstico se hizo por serología y el 25,9% por PCR de exudado faríngeo. En el 94,4% de los casos la transmisión había sido comunitaria. El 55,6% eran varones y la edad media fue 76,8 +/- 16,4 años; siendo el 75,8% mayores de 65 años. El 13% estaba institucionalizado y el 31,5% presentaban algún tipo de dependencia. El tiempo medio de inicio de los síntomas antes de acudir a urgencias fue de 4,2 +/- 2,3 días. Los síntomas más frecuentes fueron tos (90,7%), disnea (72,2%) y fiebre (38,9%). En la auscultación pulmonar, el 57,4% presentaba sibilantes, 37% presentaba roncus y 31,5%, crepitantes. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron: insuficiencia cardiaca (51,9%), patologías respiratorias 38,9% (EPOC/asma/SAOS), ictus y diabetes mellitus (20,4% ambas). El 51,9% cumplía criterios de pluripatología y 68,5% de polimedicación. En el 73,6% de casos la radiografía de tórax se informó como normal. Se utilizaron broncodilatadores (83,3%), corticoides inhalados (44,4%), corticoides sistémicos (72,2%) y antibioterapia empírica (70,4%). El 72,1% presentaron insuficiencia respiratoria. El 50% de casos requirió ingreso hospitalario. La estancia media fue de 8,5 +/- 5,7. El 61,1% requirió oxigenoterapia, 5,7% VMNI y 3,8% ONAF. En el 18,9% se confirmó co-infección bacteriana, los aislamientos más frecuentes fueron neumococo (41,7%) y Chlamydia pneumoniae (16,7%). El 1,9% de pacientes ingresó en UCI y el 5,6% falleció.

CONCLUSIONES

El VRS produce un porcentaje nada despreciable de las infecciones respiratorias en adultos en la temporada invernal. Suele afectar principalmente a personas adultas mayores, pluripatológicos y con polimedicación. Las comorbilidades más frecuentemente asociadas son la insuficiencia cardiaca, patologías respiratorias, diabetes mellitus y el antecedente de ictus previo. Suelen desarrollar cuadros graves, casi las 3/4 partes de afectados desarrollan insuficiencia respiratoria y la mitad requirieron ingreso hospitalario. La necesidad de tratamento intensivo fue del 11,9% y la mortalidad del 5,6%.

P. #64

A PROPÓSITO DE UN CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pablo Palacio Alvaré, Ana Villarejo Jiménez, Mireia Albuixech Ginestà, Marta Serrano Hernán, Ane González Díez, Jennifer Nahomi Reyes Esparza

Servicio de Urgencias Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 26 años, sin alergias medicamentosas, fumador activo y consumidor ocasional de alcohol. Hombre que tiene sexo con hombres, en seguimiento por servicio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) con serologías seriadas de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y cribaje de otras ETS. Última revisión hace 9 semanas, todo negativo.

Acude a urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en malestar general y síndrome febril (temperaturas hasta 40°C) con tiritona franca, acompañado de artromialgias generalizadas de predominio en hombros, tobillos y manos, con lumbociatalgia bilateral. Además, aparición de lesiones cutáneas. Al interrogatorio dirigido niega clínica respiratoria, urinaria o gastrointestinal. Niega relaciones sexuales de riesgo o síntomas sugestivos de uretritis. Niega síndrome constitucional. Niega antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes u otros de interés.

A la exploración física se objetivan lesiones cutáneas papulosas, eritematosas, no descamativas, con aumento de temperatura e induradas de 3- 4 centímetros en antebrazos, muñeca y primeros dedos de ambas manos (la más llamativa en eminencia tenar izquierda), gemelares y ambos tobillos, dolorosas a la palpación. Algunas impresionan de placas celulíticas, otras más pequeñas presentan centro de aspecto hemorrágico. No clara artritis. Resto de exploración física por aparatos sin hallazgos, incluyendo exploración genital sin lesiones ni exudado. No estigmas de endocarditis.

Se solicita analítica general en la que se objetiva leucocitosis a expensas de neutrofilia, y elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax y sedimento urinario sin alteraciones. Se extraen hemocultivos y serologías para ETS (VIH, hepatitis y sífilis), que restan pendientes.

Ante sepsis de probable foco cutáneo con lesiones cutáneas múltiples y poliartralgias, se cubre empíricamente con ceftriaxona y se añade clindamicina por su efecto antitoxina. Se solicita tomografía computerizada (TC) de mano izquierda que muestra hallazgos sugestivos de celulitis de región palmar y base de pulgar de mano izquierda sin abscesos ni afectación de planos profundos.

A la espera de ingreso en Infecciosas, empeoramiento clínico con inestabilidad hemodinámica. Revalorado por Traumatología, objetivan tenosinotivis con flogosis de segundo dedo de mano izquierda, por lo que se realiza desbridamiento quirúrgico con toma de muestras.

Posteriormente ingresa en el servicio de infecciosas para continuar tratamiento y estudio. Se obtienen tanto hemocultivos como cultivo microbiológico de material quirúrgico positivos para Neisseria gonorrhoeae sensible a ceftriaxona. TC lumbar sin hallazgos. Entonces, reconoce relación sexual de riesgo hace 6 semanas.

Bajo la orientación final de enfermedad gonocócica diseminada con triada típica de tenosinotivis en mano izquierda, poliartralgias y afectación cutánea con frotis faríngeo también positivo, se continúa tratamiento con ceftriaxona hasta completar 15 días en régimen de hospitalización a domicilio.

CONCLUSIONES

Las ETS constituyen un importante problema de salud pública probablemente infraestimado, pues su diagnóstico se ve dificultado por las connotaciones negativas o el estigma social al que históricamente se asocian las relaciones sexuales de riesgo o las ETS.(Text Wrapping Break)(Text Wrapping Break)Un diagnóstico rápido es esencial para instaurar el tratamiento del paciente y sus posibles parejas sexuales, pero puede resultar un desafío para el clínico, pues no siempre se manifiestan con sintomatología genital o en su forma de presentación más típica. En este caso, por ejemplo, nos encontramos ante un paciente séptico, sin clínica genitourinaria y que además negaba relaciones sexuales de riesgo, consiguiéndose llegar al diagnóstico de enfermedad gonocócica diseminada únicamente tras conseguir cultivos positivos, siendo ésta una forma de presentación rara de la enfermedad.

Es importante concienciar a la sociedad y diversificar los programas de prevención y control de ETS adaptados a la población para llegar al máximo número de pacientes posible.

P. #90

EN URGENCIAS LA VIDA MÁS ALLÁ DEL ANTIBIÓTICO, SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICO

Juan Muñoz-Mingarro Molina, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Aurora Navarro Regi, Ángel Julián Iglesias Marchan, Elena Hernández Sandoval, Paula Romero Gallardo

Hospital Universitario Severo ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 56 años con antecedentes médicos de enfermedad mixta de tejido conectivo con clínica de Raynaud, esplenomegalia con ANA+ y Anticoagulante lúpico +, sin tratamiento actualmente por decisión del paciente, episodio de artralgias, fiebre y afectación multiorgánica en Uruguay ,de donde es natural, que requirió ingreso en UCI y esteatosis hepática.

Acude al servicio de urgencias (SU) por fiebre de hasta 40° de 3 días de evolución asociando poliartalgias y dolor hipogástrico.

A la exploración presenta constates en rango TA 121/99 mmHg, T° 36 °C, Fc: 80 lpm; Eupneico con AP murmullo vesicular conservado; AC rítmico, ABD; RHA+, blando, depresible, con hepatoesplenomegalia, doloroso difuso a la palpación, pero sin signos de IP.

Se solicita una analítica a su llegada donde observamos ALT 117 U/L, PCR 61 mg/L y Leucocitos 3.60x10*3 mcL, resto sin alteraciones. Ante estos resultados y mejoría del dolor abdominal sin necesidad de tratamiento se deja en observación en urgencias con analítica de control.

A las 24h de su estancia en SU comienza con un cuadro de deterioro del estado general y postración, con picos febriles de hasta 40° y SAT de 91%, con elevación de PCR de 150 U/L, manteniendo leucopenia 2.7x10*3 mcL, junto con elevación de amilasa 1387 U/L e hipertransaminasemia.

Se pauta tratamiento con antibioterapia empírica de amplio espectro (piperaciclina/tazobactam) y solicita TAC abdominal: hallazgos pulmonares de afectación infecciosa/inflamatoria bilateral difusa y esplenomegalia de 15 cm.

Debido a inestabilidad respiratoria del paciente y deterioro del estado clínico se avisa a medicina intensiva (UCI), que realizan intubación orotraqueal urgente con ventilación mecánica pasando el paciente a su cargo.

Ante sospecha síndrome hematofagocítico/activación macrofágica con antecedente de enfermedad autoinmune se inicia dexametasona 20mg/kg/día, solicitando a Hematología la realización de aspirado y biopsia de medula ósea: siendo ambos negativos para infiltrado linfo-histiciotario e imágenes de hematofagocitosis.

Al 10° día de su estancia en UCI el paciente presenta mejoría tanto clínica, con retirada de ventilación mecánica, como analítica con normalización de valores pasando a planta de reumatología.

Donde se suspende antibioterapia y se reduce dosis de dexametasona 10 mg/día durante 2 semanas, con buena evolución iniciando posteriormente pauta descendente y en seguimiento al alta en consulta de reumatología.

CONCLUSIONES

El síndrome Hematofagocítico (SHF) es una enfermedad de origen autoinmune originado por alteración y actuación inadecuada de células natural Killer (NK), macrófagos y T citotóxicas secundario a un desencadenante, reumatológico, metabólico, infeccioso u oncológico.

Se puede presentar en cualquier etapa de la vida con predominio en edad pediátrica de mal pronóstico sin un tratamiento adecuado y precoz.

El diagnostico consistirá tanto en criterios clínicos con el protocolo HLH 2004 que consiste en el cumplimiento de 5 de estos 8 criterios:

1. Fiebre de > 38.5
2. Esplenomegalia
3. Citopenias (Hemoglobina < 9 g/l; Plaquetas < 100.000/mm; Neutrófilos < 1000/mm3)
4. Hipertriglicemia /o hipofibrinogenemia (Trigliceridos en ayunas > 3mmol/l; Fibrinogeno <1.5g/l)
5. Ferritina > 500µg/l
6. Scd25 > 2400U/ml
7. Descenso o ausencia de actividad citotóxica
8. Hemofagocitosis en medula óseas LCR o ganglios linfáticos.

En nuestro caso el paciente presentaba Fiebre > de 39°, hepatoesplenomegalia, bicitopenia, hipertriglicemia, hiperferritinemia y alteración del perfil hepático.

El tratamiento consiste en inhibir la actividad inmune empleando distintos vías incluyendo corticoides, inmunosupresores, citostáticos, inmunomoduladores, y anticuerpos monoclonales.

Debido a la gravedad y el mal pronóstico del SHF es importante un alto índice de sospecha por parte del clínico y la identificación de signos de forma precoz tanto clínicos como analíticos que permitan un rápido diagnostico así como tratamiento

P. #94

DERRAME PERICÁRDICO POR SALMONELLA

Elena Dieste Ballarín, Estrella González San Narciso, Sara María Parrondo Rebollo, Pablo Galindo Ballesteros, Mónica García García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 83 años con antecedentes de fibrilación auricular, valvulopatía degenerativa mitral con insuficiencia moderada-severa, hipertensión arterial y dislipemia; que acude a Urgencias derivada de su médico de atención primara por disnea progresiva, ortopnea y edemas en miembros inferiores de varios días de evolución tras cuadro diarreico intenso y prolongado en las semanas previas.

A su llegada a Urgencias la paciente se encuentra hemodinámicamente estable salvo ligera taquipnea y desaturación que precisa oxigenoterapia a bajo fujo con buena respuesta. En la exploración física destaca ingurgitación yugular secundaria al aumento de la presión venosa central con ruidos cardiacos atenuados sin roce pericárdico.

En el Servicio de Urgencias se realiza analítica que presenta leucocitosis con neutrofilia con sútil aumento de reactantes de fase aguda, elevación de NT-proBNP y enzimas cardiacas dentro de la normalidad. En el electrocardiograma se observa su conocida fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y bajos voltajes en precordiales sin otras alteraciones. Radiografía de tórax con indice cardiotorácico aumentado donde la cardiomegalia impresiona de estar más aumentada respecto a radiografías previas, así como signos de insuficiencia cardiaca descompensada con derrame pleural bilateral. Se decide realizar ecografía a pie de cama donde se aprecia un derrame pericárdico circunferencial.

La paciente es valorada por cardiología de guardia que ante los hallazgos del derrame pericárdico severo con compromiso ecográfico pero sin datos de taponamiento, ingresa a la paciente en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos para vigilancia estrecha y pericardiocentesis programada.

En las siguientes horas del ingreso, la paciente presenta oligoanuria y aumento de la frecuencia cardiaca por lo que se decide pericardiocentesis urgente drenándose 800cc de líquido serohemático. Posteriormente en el cultivo del líquido extraído fueron positivos para Salmonella spp al igual que los hemocultivos.

Durante el ingreso la paciente recibió tratamiento con ceftriaxona, corticoides y colchicina por el proceso agudo con adecuada evolución clínica por lo que se decide alta a domicilio con diagnóstico de derrame pericárdico circunferencial severo en relación con gastroenteritis previa con aislamiento de Salmonella.

CONCLUSIONES

La distribución de Salmonella en el medio ambiente, su creciente prevalencia, su virulencia y su adaptabilidad tiene gran repercusión médica, sanitaria y económica a nivel mundial. Las Salmonellas son bacilos flagelados anaerobios que se pueden clasificar en la forma tifoidea (S. Typhi y S. Paratyphi) y la forma no tifoidea (S. Enteritidi), ambas se diseminan a través de la comida o el agua contaminada con restos fecales produciendo manifestaciones sistémicas. Aunque este patógeno se limitan principalmente al tracto gastrointestinal, eventualmente la infección puede comprometer otros órganos expresando diferentes síndromes clínicos. El compromiso cardiovascular es una manifestación extraintestinal extremadamente rara constituyendo menos del 5% de las bacteriemias.

El derrame pericárdico es una manifestación rara de infección por Salmonella que para llegar al diagnóstico definitivo precisa aislamiento del microorganismo en el líquido pericárdico tras su cultivo como ocurrió en nuestro caso. Aunque no se logró la identificación de la cepa específica, las características clínicas y la afectación cardiovascular hace válido suponer que se trata de una especie no tifoidea. El caso presentado es de una paciente con infección por Samonella spp. sin clínica aguda infecciosa, pero si presencia de síntomas gastrointestinales en las semanas previas, que presenta derrame pericárdico severo circunferencial secundario a dicho microorganismo confirmado en estudios microbiológicos y asociado a bacteriemia.

En conclusión, las complicaciones cardiovasculares y específicamente el compromiso pericárdico por Salmonella son extremadamente excepcionales por lo que es importante identificar los factores de riesgo y la población susceptible al desarrollo de dichas infecciones por sus potenciales complicaciones.

P. #99

UNA MENINGITIS DE ORIGEN ASPIRATIVO

María Del Carmen Maldonado Ramos[1], Ana María Bernabé Sánchez[2]

1. Servicio Urgencias Hospital Universitario Poniente, El Ejido, España
2. Servicio Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 62 años que consulta en Urgencias Hospitalarias, acompañada por su hijo, tras encontrarla con alteración del comportamiento (obnubilación, lenguaje incoherente) y debilidad generalizada en las últimas 24 horas. Relata cefalea y sensación distérmica no termometrada asociadas.

Entre sus antecedentes médico-quirúrgicos destaca Hipertensión Arterial (desde hace tres años) en tratamiento con Enalapril 20mg al día, con buen control. Vacunada de neumococo a los 60 años de edad y vacunación anual de Gripe y Covid. No ha realizado viajes fuera de su provincia en los últimos meses. Niega contactos con personas con clínica infecciosa los días previos.

Convive con su marido (asintomático desde el punto de vista infeccioso), sin mascotas. Él es dependiente para las actividades de la vida diaria, portador de traqueostomía, precisando aspiración de secreciones de forma periódica a diario. Ella es su principal cuidadora.

A su llegada a Urgencias Hospitalarias se objetivan tensión arterial 123/81 mmHg, frecuencia cardiaca 98 latidos por minuto, temperatura 37.8°C y frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto.

En la exploración física la paciente presenta regular estado general con ligera palidez mucocutánea, postración (acude en camilla) y quejas frecuentes en cuanto a cefalea holocraneal opresiva. A nivel neurológico destacan Glasgow 13 (Ocular 4, Verbal 4, Motora 5) junto con rigidez de nuca y aturdimiento (lenguaje confuso). Signos de Kernig y Brudzinski negativos. Presenta pares craneales centrados y simétricos con movilidad, fuerza y sensibilidad faciales y de extremidades conservadas y simétricas pero enlentencidas de forma generalizada con dificultad para mantener la postura más de 5 segundos. La marcha no es explorable por imposibilidad de la paciente para mantener la bipedestación.

No se observan alteraciones destacables en la exploración del resto de aparatos y sistemas.

Se solicitan Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal sin contraste intravenoso, no observándose alteraciones sugestivas de patología intracraneal aguda. En la analítica sanguínea realizada destacan PCR (Proteína C Reactiva) de 18.20 mg/dl junto con leucocitosis (predominio neutrofílico) de 17000/ul. Analítica urinaria sin alteraciones, con determinación de tóxicos negativa.

Ante la sospecha de infección del Sistema Nervioso Central (SNC) la paciente pasa a zona de aislamiento respiratorio y por gotas, se extraen hemocultivos y se realiza punción lumbar obteniéndose Líquido Cefalorraquídeo
(LCR) de aspecto turbio. En su análisis citoquímico destacan glucorraquia 48 mg/dl (glucemia capilar antes de punción lumbar de 105 mg/dl) junto con aumento de celularidad (5000/ul) de predominio polimorfonuclear e hiperproteinorraquia (200 mg/100ml). Se obtiene Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) positiva para Neisseria Meningitidis con tinción de Gram y cultivos pendientes. Tras extracción de LCR se inicia antibioterapia empírica con Ceftriaxona 2gr/12h, Ampicilina 2gr/4h y Vancomicina 1gr/8h. Se administra corticoterapia con Dexametasona iv a 0.15mg/kg cada 6 horas así como tratamiento anticomicial profiláctico (Levetiracetam iv 1000mg/12h) y antitérmico iv (Paracetamol 1gr/8h). La paciente evoluciona de forma favorable durante su hospitalización en Urgencias y posteriormente en planta de Medicina Interna, quedando, como secuela al proceso infeccioso, vértigo posicional que controla con sedantes vestibulares y rehabilitación. Con el fin de averiguar el origen de la infección, se realiza cultivo de secreciones traqueales de su marido, con crecimiento de Neisseria Meningitidis, para lo que se realizó tratamiento antibiótico así como profilaxis a sus contactos.

CONCLUSIONES

Mediante este caso clínico se pretente exponer cómo un paciente inmunocompetente, aparentemente sin factores de riesgo, puede sufrir un proceso infeccioso de alta gravedad (meningitis por meningococo). Es por ello, que resulta de vital importancia en nuestra actividad como Médicos de Urgencias su diagnóstico y tratamiento de forma precoz así como, una vez estabilizado el paciente, averiguar un posible origen de la infección. En este caso, las secreciones traqueales que diariamente aspiraba la paciente sin protección respiratoria.

P. #117

INFECCIÓN POR LEPTOSPIROSIS EN PACIENTE COVID POSITIVO

LORENA AINHOA Solla Fernández, OIHANE De La Aldea Martínez, ELENA Marcos Poveda, Ana Lucía Rengifo Martínez
OSAKIDETZA, Hondarribia, España

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica de potencial epidémico causada por una bacteria llamada leptospira.
Los seres humanos generalmente adquieren la leptospirosis por contacto directo con la orina de animales infectados o con un ambiente contaminado por orina.
La leptospirosis puede presentarse con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, desde una forma leve a una enfermedad grave e incluso fatal.
Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor de cabeza, mialgia, infección conjuntival, ictericia o mal estar general entre otros.
Es importante realizar una correcta historia de exposición ocupacional o recreacional a animales infectados o a un ambiente posiblemente contaminado con orina de animales.
El diagnóstico es generalmente basado en la serología junto con una presentación clínica y datos epidemiológicos

OBJETIVO

HISTORIA CLINICA
Varón de 41 años que acude a Urgencias por presentar desde hace 5 días, mialgias generalizadas, malestar general y un episodio de vómito alimenticio. Hace 3 días se realizó un test de covid que fue positivo.
No tiene antecedentes médicos de interés y no toma ningún tratamiento farmacológico
Es natural de Pontevedra, pero se encuentra en Irún por motivos laborales (trabaja en la construcción y está realizando labores en el río Bidasoa de Irún)

MÉTODO

Constantes: TA 103/63, FC 114, Tª 35.9, SatO2 97%, FR 16
En la exploración física, se objetiva ictericia cutánea y conjuntival.
ECG: RS a 87 lpm
Analítica: Glucosa 140, Urea 241, Creatinina 5.25, filtrado glomerular: 12, Bilirrubina 8.7 (directa 8.2), GPT 50, GGT 108, proBNP 875, TnT 68, Procalcitonina 2.60, PCR 244, Ferritina 1.646, plauqetas 62.000 (trombopenia sin objetivarse agregados), Leucocitos 23.000 (neutrófilos 92%, linfocitos 1.60%, granulocitos inmaduros 1.6%), INR 1.1 Dimero D 2.360
Gasometria venosa: pH7.32, pCO2 45, bicarbonato 23.2, exceso bases -2.9
Hemocultivos: cursados
Ecografía abdominal: vesícula biliar distendida sin dilatación clara de la vía biliar ni obstrucción urinaria.
Se pauta sueroterapia y se inicia antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam iv.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En la analítica destaca fracaso renal agudo, hipertransaminasemia y trombopenia sin coagulopatía. Dado resultados y antecedentes laborales, se traslada a Medicina Intensiva ante la sospecha de posible leptospirosis.
En Medicina Intensiva se realizan serologías para virus hepatotropos, VIH y leptospira y ADN leptospira en sangre y se añade al antibiótico previaente pautado: doxiciclina.
Se confirma ADN leptospira en sangre y orina
A lo largo del ingreso mantiene estabilidad hemodinámica sin requerir medicación vasoactiva y respiratoria bajo oxigenoterapia suplementaria con gafas nasales convencionales. Al inicio del ingreso presenta deposiciones melénicas con anemización progresiva requiriendo trasfusión de 1 concentrado de hematíes. Las analíticas controles presentan normalización de la función renal y mejoría progresiva del perfil hepático.
Se completa pauta antibiótica con ceftriaxona.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la leptospirosis debe ser considerado en cualquier paciente que presente fiebre súbita, escalofríos, inyección conjuntival, dolor de cabeza, mialgias e ictericia. Sus síntomas pueden parecerse a varias enfermedades, como influenza, dengue y otras enfermedades hemorrágicas de origen viral; es importante realizar un correcto diagnóstico (clínico y analítico) al inicio de los síntomas para evitar casos graves y fatales principalmente en situaciones de gravedad y de brotes.

P. #122

SPIDER MAN-O

Marina Flores Navas[1], Marina Pérez Fagundo[1], Lidia Torres Valle[2]

1. HUVV, Málaga, España
2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

La reclusa chilena, también llamada araña de rincón, araña violinista o araña de los rincones (Loxosceles laeta) es una especie de araña de la familia Sicariidae. Suele esconderse en grietas y rincones de difícil acceso, de ahí su nombre. Es considerada como la más peligrosa de las arañas del género Loxosceles, ya que su mordedura produce frecuentemente reacciones sistémicas severas e incluso la muerte

OBJETIVO

Dada las nuevas corrientes migratorias, es preciso actualizar nuestros conocimientos sobre zoología y epidemiologia con el fin de afrontar los nuevos retos que se nos presenten.

MÉTODO

NAMC
No AP
No tto habitual
Fumador 1 paq dia, no otros hábitos toxicos
IABVD
Paciente varón de 49 años que acude a centro hospitalario por edema a tensión con ampollas y flictenas de mano izquierda tras picadura de "Araña violinista" auto reconocida por propio paciente tras búsqueda fotográfica realizada por él mismo.
A su llegada a urgencias paciente presenta:
-Mano derecha con gran tumefacción, flictena en dorso de dedos, gran flictena en palma y 2° dedo de color violáceo en probable relación a necrosis.
-Zona eritematosa en MSD hasta 1/3 proximal brazo
-Ausencia sensibilidad en mano ya antebrazo dcho
-Dificultad a la movilización por importante tumefacción
-Ausencia de relleno capilar en 2° dedo
Dicho cuadro se acompaña de fiebre y sensación distérmica, sin estabilidad hemodinamica y sin criterios de Septicemia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se decide paso de paciente a área de observación para inicio de antibioterapia intravenosa, control de dolor, y tras ser valorado precozmente por equipo de Traumatologia se decide Cirugía Urgente para realización de fasciotomia y necrosectomia.

CONCLUSIONES

En caso de mordedura o picadura es vital la identificación del elemento causante, ya que proporciona un valor pronóstico y permite la búsqueda de bibliográfica que nos ayudará a realizar un adecuado manejo clínico.

En caso de celulitis o síndromes compartimentales precoces es vital el inicio de fluidoterapia y antibioterapia precoz, valorando necesidad de torniquete si existe la posibilidad de acceso a cirugía precoz y afectación distal.
En alguno casos existen antídotos específicos (ej: Reclusmyn en araña violonista, sólo comercializado en Chile y Mexico)
En caso de tratarse de una nueva variante epidemiologica es conveniente ponerse en contacto con sistema de Preventiva de zona, para valorar necesidad de fumigar u otros métodos de control de plagas.

P. #127

SHOCK HEMORRÁGICO EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Libertad Goya Arteaga[1], María Del Mar García Fenes[2], Ignacio Ayala Barroso[1]

1. Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España
2. Hospital Universitario De Canarias, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

*MOTIVO DE CONSULTA: Paciente mujer de 28 años con antecedentes de neurofibromatosis tipo 1 y hamartoma cerebeloso derecho en seguimiento por Neurocirugía, que acude a urgencias de Atención Primaria por dolor torácico izquierdo de 24 horas de evolución irradiado a espalda sin cortejo vegetativo, clínica infecciosa ni traumatismo y, que tras electrocardiograma anodino, se alta con diagnóstico de dolor de características osteomusculares. El día siguiente, dado deterioro del estado general progresivo y dificultad respiratoria, su pareja contacta con emergencias, quienes tras objetivar nivel de conciencia oscilante en domicilio con hipotensión arterial e insuficiencia respiratoria, le trasladan al hospital de referencia.
*EXPLORACIÓN FÍSICA: a nuestra valoración en urgencias, presenta mal estado general, obnubilación con nivel de consciencia oscilante. Glasgow >8, sin datos de irritación meníngea. Palidez y deshidratación mucocutánea. Tensión arterial 88/55 mmHg con frecuencia de 134 lpm y saturación 100% con reservorio con frecuencia respiratoria de 32. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, taquicardia sin soplos. Murmullo vesicular conservado en hemitórax derecho con silencio auscultatorio en izquierdo. Abdomen blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas. Pulsos distales ligeramente disminuidos, simétricos.
*PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
-Equilibrio ácido-base arterial: FiO2 100%; pH 7.24 ; pCO2 33 mmHg; pO2 274 mmHg; HC03 14.1 mmol/L.; EB -12.2; Láctico 14.6 mmol/L; Saturación 100 %; Hb 6.7 g/dl.
-Hemograma: Hematocrito 23.8 %; Hemoglobina 7.7 g/dL; Leucocitos 24580/mm3; Neutrófilos 73.90 %; Plaquetas 307000 mm3.
-Coagulación: Actividad de protrombina 67 %; INR 1.29; APTT SP 22.3 s; Fibrinógeno 265 mg/dL; Dímero-D 696 ng/mL.
-Bioquímica: Troponina I 11 pg/mL; Glucosa 259 mg/dL; Urea 15 mg/dL; Creatinina 0.78 mg/dL; Sodio 144 meq/L; Potasio 3.1 meq/L. PCR 3.14 mg/l, NT proBNP 68 pg/ml.
- Radiografía de tórax: derrame pleural masivo en hemitórax izquierdo.

Ante esta situación, se revisa la historia clínica de la paciente deteniéndonos en sus antecedentes y, dado sospecha de posible afectación arterial en relación a su neurofibromatosis como causa principal del shock, se solicita:
-AngioTAC tórax/abdomen: hemotórax masivo izquierdo con desplazamiento contralateral pulmonar y de estructuras cardiovasculares, identificando extravasación de contraste en fase arterial que aumenta en fase venosa en región paravertebral izquierda, compatible con foco de sangrado activo con cortes de abdomen sin alteraciones.

*JUICIO DIAGNÓSTICO:
SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A SANGRADO ACTIVO CON HEMOTÓRAX MASIVO IZQUIERDO. COAGULOPATÍA POR CONSUMO.
*EVOLUCIÓN: por parte de urgencias, dado inestabilidad hemodinámica y deterioro del nivel de conciencia, se decide optimización respiratoria con IOT cormarck. Se transfunden 3 concentrados de hematíes, 3 bolsas de plasma, tranexámico, fibrinógeno y gluconato cálcico. Se canaliza acceso venoso central femoral derecho con noradrenalina a dosis altas.
Se contacta con Cirugía torácica y, ante débito hemático abundante tras colocación de drenaje endopleural, se decide exploración intraoperatoria emergente junto con Angiorradiología detectándose sangrado del tronco costocervical izquierdo por malformación arteriovenosa realizando embolización endovascular precisando nueva intervención dado resangrado a nivel paravertebral D3-D4. Durante su estancia posterior en Unidad de Cuidados Intensivos y, a pesar de shock vasopléjico y fracaso renal no oligúrico multifactorial como complicaciones del ingreso, se consigue reducción de dosis de noradrenalina y vasopresina, extubación y posterior ingreso en planta de Cirugía Torácica con evolución favorable y alta posterior tras fisioterapia respiratoria y motriz.

CONCLUSIONES

En este caso clínico radica la importancia de la valoración inicial de la historia clínica y antecedentes del paciente por parte de los profesionales de Urgencias ante una situación clínica potencialmente mortal. Esto facilitó detectar factores causantes del derrame pleural masivo y agilizar el correcto abordaje diagnóstico-terapéutico del shock hemorrágico en contexto del hemotórax, consiguiéndose de forma multidisciplinar una resolución satisfactoria a pesar de suponer una complicación poco frecuente (<4%) y de pronóstico técnico dependiente en la bibliografía existente.

P. #139

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO QUE ACABA EN TUMOR

Elisa María Fernández Rodríguez, Ángela Nieto De Tena Gil, Olena Zhygalova Zhygalova, Olga Encinas Rodríguez, Mónica De Diego Arnaiz, Javier Varona Castrillo

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN

Se trata de un varón de 48 años que acude a urgencias por fiebre de 15 días de evolución, no refiere tos ni mocos, heces normales, no abdominalgia, no clínica miccional, no nauseas ni vomitos. Refiere máximo de fiebre de 39ºC. Su medico de atención primaria le ha tratado con una pauta de amoxicilina clavulanico 875/125mg cada 8 horas durante los 7 primeros días y posteriormente realizó pauta de azitromicina 500mg cada 24 horas 5 días por cuenta propia.
Como antecedentes personales: Hipertensión arterial controlado con tratamiento y ex-fumador hace 10 años.

OBJETIVO

El objetivo en este paciente es realizar un buen diagnóstico diferencial preguntando también sobre viajes al extranjero recientes o contacto con animales, entre otros:
* Fiebre de origen desconocido
* Fiebre infecciosa o viajera
* Fiebre tumoral

MÉTODO

Pruebas complementarias:
Se realiza despistajes de fiebre sin foco con analítica con reactantes de fase aguda, virus respiratorios, radiografía de tórax y orina. Se extraen hemocultivo siendo todo normal. Se solicita ecografía de abdomen con normalidad de la misma, por ultimo se decide solicitar D-dimeros antes la sospecha de un trombo o tumor de pulmón, siendo este positivo y se solicita angio-TAC pulmonar observando cáncer de pulmón en lóbulo inferior derecho de pequeño tamaño que no conseguía verse en la radiografía de tórax simple pendiente de estudio molecular con biopsia si fuese posible.
Exploración física y constantes:
Tensión Arterial: 125/83 mmhg Frecuencia Cardiaca: 85 lpm Saturación de oxigeno basal: 95% Temperatura: 38ºC.
Paciente consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo.
Auscultación cardio-pulmonar: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: blando y depresible, no dolor a la palpación, no defensa ni signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Puño-percusión renal negativo. Ruidos hidroaereos presentes.
Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo de este paciente con el angio-TAC fue de tumor pulmonar, el cual había que biopsiar y realizar estudio de extensión para estadiaje del mismo. A pesar de ser de pequeño tamaño ingreso en la planta de Neumologia para estudio del mismo realizando biopsia por broncoscopia y body-TAC como estudio de extrensión.

CONCLUSIONES

Tenemos que tener en cuenta todas las opciones posibles cuando un paciente nos refiere fiebre, hay que hacer una exploración exhaustiva porque cualquier forúnculo puede ser la causa dela fiebre, una infección respiratoria leve o una gastroenteritis. Pero cuando no encontramos causa alguna hay que ir mas allá, preguntar por viajes recientes al extranjero, contacto con animales o personas con alguna sospecha de enfermedad infecciosa. Una vez tratado y descartado cualquier causa tenemos que tener en cuenta las fiebre tumorales que son igual de importantes, sobre todo en aquellos pacientes sin clínica alguna y exploración normal que ha hecho varias tandas de antibiótico sin mejoría, sobre todo porque si lo pensamos podremos coger tumores a tiempo de cualquier tratamiento y salvar la vida de nuestros pacientes.

P. #205

CUANDO CADA PLAQUETA CUENTA: UN VIAJE CLÍNICO A TRAVÉS DE LA PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA

Carmen María Mengual González
Hospital Clinic, Sant Joan Despi, España

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente con síntomas inespecíficos y una evolución clínica atípica que dificultó el diagnóstico oportuno de Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT). El caso resalta la importancia de mantener un alto grado de sospecha clínica ante presentaciones inusuales.
La PTT es un trastorno hematológico raro, potencialmente mortal, caracterizado por la formación de microtrombos en la microvasculatura, debido a la deficiencia severa de la enzima ADAMTS13. Su presentación clásica incluye la pentada de fiebre, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, alteraciones neurológicas y disfunción renal, aunque rara vez se observan todos estos signos simultáneamente.
Presentación del Caso:
Mujer de 35 años, previamente sana, acude a urgencias por cefalea intensa de inicio brusco, confusión intermitente y fatiga progresiva de una semana de evolución. Niega fiebre, dolor torácico, disnea o síntomas urinarios. Al examen físico presenta desorientación leve, palidez mucocutánea y petequias dispersas en extremidades inferiores. No se detectan signos de focalización neurológica.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) con presentación clínica atípica que dificultó su diagnóstico oportuno.
Analizar los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados a la PTT, destacando la importancia de la sospecha clínica temprana.
Resaltar la necesidad de considerar la PTT en el diagnóstico diferencial de pacientes con anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, incluso en ausencia de la pentada clásica.
Revisar el papel fundamental de la actividad de ADAMTS13 en la confirmación diagnóstica y la relevancia del tratamiento inmediato para mejorar el pronóstico.

MÉTODO

Exámenes Complementarios:
Hemograma: anemia normoc- Hemograma: anemia normoc\ u00itica normocrómica (Hb 8,5 g/dL), trombocitopenia severa (PLT 25,000/µL).
Frotis de sangre periférica: esquistocitos (++).
LDH elevada, haptoglobina disminuida, bilirrubina indirecta aumentada.
Coagulación normal, descartando CID.
Creatinina ligeramente elevada (1,4 mg/dL).
Evolución:
Inicialmente se sospechó de meningitis o hemorragia subaracnoidea, descartadas por punción lumbar y TC cerebral normales. La combinación de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y síntomas neurológicos sugirió el diagnóstico de PTT. Se inició plasmaféresis urgente y esteroides a dosis altas. Posteriormente, la actividad de ADAMTS13 confirmó una deficiencia severa (<10%).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este caso destaca la dificultad diagnóstica de la PTT debido a su presentación clínica inespecífica y la ausencia de la pentada clásica completa. La sospecha clínica temprana y el inicio del tratamiento antes de la confirmación diagnóstica son cruciales para mejorar el pronóstico.

CONCLUSIONES

La PTT debe considerarse en pacientes con anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, incluso en ausencia de todos los criterios clásicos. La identificación precoz y el tratamiento inmediato son determinantes para la supervivencia del paciente.

P. #206

CUANDO EL DOLOR DE OÍDO LLEGA DEMASIADO LEJOS: MENINGOENCEFALITIS COMO COMPLICACIÓN LETAL

Carmen María Mengual González
Hospital Clinic, Sant Joan Despi, España

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente con otitis media aguda complicada por meningoencefalitis, destacando la evolución rápida de los síntomas y la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar desenlaces fatales.
La otitis media aguda (OMA) es una infección frecuente, especialmente en niños, que rara vez se asocia con complicaciones intracraneales. Sin embargo, la diseminación de la infección al sistema nervioso central (SNC) puede provocar meningoencefalitis, una condición potencialmente mortal. Este caso subraya la necesidad de una alta sospecha clínica en pacientes con OMA y síntomas neurológicos.
Presentación del Caso:
Varón de 28 años, sin antecedentes médicos de relevancia, acude a urgencias por otalgia intensa en el oído derecho, fiebre de 39.5°C y cefalea persistente de 48 horas de evolución. Refiere vértigo, náuseas y confusión progresiva en las últimas 12 horas. Al examen físico presenta rigidez de nuca, fotofobia, alteración del estado de conciencia (Glasgow 12/15) y signos de irritación meníngea.

OBJETIVO

Describir un caso de meningoencefalitis secundaria a otitis media aguda, resaltando la evolución clínica y las complicaciones asociadas.
Analizar los signos de alarma y los desafíos diagnósticos en pacientes con infecciones del oído medio que presentan síntomas neurológicos.
Revisar la importancia de la intervención temprana y el tratamiento empírico adecuado en el pronóstico de las complicaciones intracraneales.
Concienciar sobre la necesidad de un seguimiento riguroso para identificar posibles secuelas neurológicas a largo plazo.

MÉTODO

Exámenes Complementarios:
Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda, proteína C reactiva y VSG elevadas.
TC de cráneo: sin evidencia de abscesos ni signos de hipertensión intracraneal.
Punción lumbar: LCR turbio, pleocitosis con predominio de neutrófilos, hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia.
Cultivo de LCR y hemocultivos: positivos para Streptococcus pneumoniae.
Evolución:
Se inició tratamiento empírico inmediato con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona, ajustado posteriormente según antibiograma. A pesar del manejo intensivo, el paciente desarrolló edema cerebral y requirió cuidados en UCI. Tras una evolución complicada, presentó mejoría progresiva con secuelas neurológicas leves.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este caso ilustra la rapidez con la que una OMA puede complicarse, especialmente cuando se trata de patógenos invasivos como S. pneumoniae. La presencia de síntomas neurológicos en pacientes con infecciones del oído medio debe ser una alerta para descartar complicaciones intracraneales.

CONCLUSIONES

La meningoencefalitis secundaria a otitis media es rara pero grave. La sospecha clínica temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento agresivo son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de secuelas permanentes.

P. #212

LAS ÚLCERAS NO SON SIEMPRE POR PRESIÓN

Georgina Golachi Ionescu[1][2], Anne Asteasu Bengoechea[1], Anna Santano Soler[2], Eduard Poch Ferret[1]

1. Hospital Universitario Josep Trueta, Gerona, España
2. CAP Montilivi - Girona 3, Gerona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin alergias conocidas, fumador de 20 cigarillos/día y con consumo habitual de alcohol (5 UBE/día). Sin antecedentes personales de interés. Consulta por una tumoración en el pliegue glúteo izquierdo de hace un año de evolución, que en los últimos 2 días se ha ulcerado, generando una lesión dolorosa con drenaje de material semisólido blanquecino. El paciente niega fiebre, relaciones sexuales de riesgo, antecedentes de foliculitis, acné, picaduras de insecto o inoculación por rascado. Niega viajes recientes. Refiere además tos y expectoración hemoptoica desde hace varias semanas, que atribuye al tabaco. Niega síndrome tóxico. Como antecedente epidemiológico relevante, menciona contacto con un amigo diagnosticado de tuberculosis pulmonar hace aproximadamente 8 años. No presenta antecedentes de hacinamiento ni estancia en centros penitenciarios.

En la exploración física destaca úlcera grado IV en el pliegue glúteo izquierdo, de aproximadamente 2x2cm, con exposición muscular y fondo purulento con drenaje espontáneo. Se palpan dos adenopatías inguinales derechas de menos de 1cm, blandas y no adheridas a planos profundos. En el resto de exploración por sistemas no hay hallazgos patológicos.

Se amplía el estudio con radiografía de tórax que muestra infiltrados bilaterales de predominio apical y analítica sin alteraciones relevantes. Se toma muestra para cultivo de la úlcera y se realiza cultivo de esputo, ambos positivos para Mycobacterium tuberculosis. También se solicitan serologías para despistaje de VHB, VHC y VIH, siendo todas negativas. Se completa el estudio con RMN de la cadera izquierda que muestra úlcera en glúteo posterior con trayecto fistuloso hasta los planos profundos, con una colección que condiciona erosiones y remodelación ósea de la tuberosidad isquiática, sugestiva de osteomielitis tuberculosa.

Se orienta el caso como tuberculosis pulmonar con afectación osteomuscular.

El paciente ingresa a planta para tratamiento antibacilar. Se inicia tratamiento con rifampicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida durante 2 meses, seguido de rifampicina e esoniacida por 9 meses adicionales.

CONCLUSIONES

La tuberculosis extrapulmonar es una entidad de presentación variable y de difícil diagnóstico, especialmente en ausencia de factores de riesgo evidentes. La tuberculosis osteoarticular debe sospecharse en pacientes con lesiones crónicas no filiadas, especialmente en pacientes jóvenes con úlceras de etiología no esclarecida y contacto epidemiológico positivo para tuberculosis. La confirmación microbiológica y la evaluación por imagen son clave para un manejo adecuado, permitiendo un tratamiento precoz y dirigido.

P. #216

INFECCIÓN CERVICOFACIAL: EFECTO DOMINÓ DE UNA PICADURA, DEL CUELLO A LA UCI

María Ramiro Junquera, Juan Luis Sánchez Rocamora, Mohamed Lamin Salec Ahmed Lehbib, Fidel Urtecho Paredes, Yanisley Pérez García, Ariel Ruben Lindo Noriega

Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 27 años remitido a un hospital de referencia por absceso cervical tras una picadura de insecto en la región cervical. Consultó por inflamación mandibular con trismus y odinofagia, sin fiebre ni disnea. La exploración en urgencias evidenció tumefacción submandibular y laterocervical con edema supraglótico, comprometiendo parcialmente la vía aérea. Ante la sospecha de angina de Ludwig, se solicitó un TAC cervical, que mostró una colección subglótica derecha de 2 cm, engrosamiento de partes blandas y burbujas de aire, indicativos de infección profunda del cuello.

OBJETIVO

Describir el manejo multidisciplinario de una infección cervicofacial complicada con extensión mediastínica, destacando la importancia del abordaje precoz y dirigido para reducir la morbimortalidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de un caso clínico atendido en un hospital de tercer nivel por infección cervicofacial con mediastinitis necrotizante descendente confirmada por tomografía computarizada. Se analizaron datos clínicos, estudios de imagen, abordaje terapéutico y evolución hospitalaria, comparándolos con la evidencia disponible. Se garantizó la confidencialidad y anonimización de los datos conforme a la normativa ética vigente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El paciente fue sometido a cervicotomía con drenaje de abscesos y toracotomía con desbridamiento mediastínico, requiriendo intubación mediante fibrobroncoscopia y soporte vasopresor transitorio. Evolucionó favorablemente con extubación exitosa, mejoría clínica y reducción progresiva de las colecciones y del derrame pleural. Como complicación, presentó tromboembolismo pulmonar segmentario, por lo que se instauró anticoagulación. Fue dado de alta con seguimiento ambulatorio.

La mediastinitis necrotizante descendente es una complicación grave de las infecciones cervicofaciales y puede evolucionar rápidamente si no se trata a tiempo. Se ha descrito que el drenaje quirúrgico temprano, combinado con antibioticoterapia de amplio espectro y manejo en UCI, es fundamental para mejorar la supervivencia. Además, la literatura evidencia que el drenaje transcervical aislado no suele ser suficiente, siendo necesario un abordaje torácico para un control óptimo del proceso infeccioso.

El manejo multidisciplinario ha demostrado ser clave para reducir la mortalidad en estos casos. La combinación de cervicotomía y toracotomía, junto con la colaboración entre otorrinolaringología, cirugía torácica, anestesiología y cuidados intensivos, optimizó la evolución del paciente y coincidió con las estrategias recomendadas en la literatura.

CONCLUSIONES

El éxito en el manejo de infecciones cervicofaciales con extensión mediastínica depende de una identificación precoz y un tratamiento quirúrgico oportuno. La toma de decisiones coordinada entre especialidades es fundamental para mejorar los desenlaces clínicos y reducir complicaciones.
El seguimiento clínico y radiológico permite detectar posibles recidivas o secuelas. Además, en pacientes con riesgo tromboembólico, la anticoagulación debe considerarse dentro del manejo integral.
Este caso subraya la necesidad de protocolos bien definidos en infecciones profundas del cuello, favoreciendo un diagnóstico rápido y un enfoque terapéutico multidisciplinario. La combinación de intervención temprana, basada en la evidencia, y la colaboración entre especialidades médicas es clave para mejorar la supervivencia y reducir las complicaciones asociadas.

P. #217

GANGRENA DE FOURNIER: UN ESCROTO EN APUROS

María Ramiro Junquera, Juan Luis Sánchez Rocamora, Ariel Ruben Lindo Noriega, Fidel Urtecho Paredes, Paloma Fernández Mondéjar, Antonio Jesús Zamora Expósito
Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que acude a urgencias por aumento de volumen y eritema en la bolsa escrotal de varios días de evolución. Refiere haber precisado sondaje vesical reciente por retención aguda de orina. A la exploración se evidencia edema escrotal con fóvea, sin signos claros de infección localmente avanzada. Se realiza TAC pélvico, que muestra gas en partes blandas perineales y escrotales, con afectación del glúteo ipsilateral, hallazgos compatibles con Gangrena de Fournier. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y se coordina intervención quirúrgica urgente con drenaje y desbridamiento extenso.

OBJETIVO

Describir el abordaje multidisciplinario de la Gangrena de Fournier, enfatizando la importancia del diagnóstico precoz, la intervención quirúrgica temprana y el manejo en cuidados críticos para mejorar la supervivencia y minimizar secuelas.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo basado en la revisión de un caso clínico atendido en un hospital de tercer nivel por Gangrena de Fournier confirmada por tomografía computarizada. Se analizaron los datos clínicos, hallazgos en estudios de imagen, intervenciones terapéuticas y evolución hospitalaria, comparándolos con la evidencia disponible en la literatura. Se garantizó la confidencialidad y anonimización de los datos conforme a la normativa ética vigente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El paciente fue intervenido de urgencia mediante drenaje quirúrgico y desbridamiento perineoescrotal, iniciándose tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam, que posteriormente se escaló a meropenem, vancomicina y metronidazol tras el resultado microbiológico. Fue ingresado en cuidados intensivos, donde presentó insuficiencia respiratoria leve por sospecha de broncoespasmo, manejada con ventilación no invasiva y corticoides. Evolucionó favorablemente, permitiendo su traslado a planta para seguimiento y curas diarias.
La Gangrena de Fournier es una infección necrotizante de rápida progresión que afecta los tejidos perineales, escrotales y abdominales inferiores, con una alta tasa de mortalidad si no se diagnostica y trata de forma oportuna. La literatura evidencia que la cirugía precoz y el uso de antibióticos de amplio espectro son los pilares del tratamiento. Además, se ha descrito que la monitorización en UCI y el soporte hemodinámico pueden

mejorar la supervivencia, especialmente en pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus.
Diversos estudios han demostrado que el tratamiento quirúrgico agresivo con desbridamiento extenso y reintervenciones seriadas mejora el pronóstico y reduce la mortalidad. Se ha descrito que la mortalidad puede alcanzar el 20-40% en algunos casos, dependiendo de la extensión del compromiso tisular y la presencia de sepsis. En este paciente, la rápida identificación del cuadro y la intervención multidisciplinaria fueron determinantes en su evolución favorable.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la Gangrena de Fournier requiere una identificación rápida, un abordaje quirúrgico agresivo y un manejo en cuidados intensivos para optimizar la evolución del paciente. La antibioterapia de amplio espectro, junto con el desbridamiento quirúrgico extenso y las curas seriadas, son fundamentales para controlar la infección y minimizar complicaciones.
El seguimiento estrecho y la rehabilitación progresiva permiten mejorar la recuperación funcional y prevenir secuelas. En pacientes con factores de riesgo metabólicos, como la diabetes mellitus, el control glucémico y la prevención de nuevas infecciones son esenciales para reducir la recurrencia.
Este caso destaca la importancia de los protocolos multidisciplinarios para el manejo de infecciones necrotizantes perineoescrotales, enfatizando el papel del diagnóstico precoz, la cirugía temprana y el soporte intensivo en la reducción de la morbimortalidad.

P. #255

DIAGNÓSTICO DE EMPIEMA SALVANDO UN SESGO CLÍNICO Y DE GÉNERO

Ángel García García, María Jesús Alario García, Sonia Del Amo Diego, Carlos Sanz De La Morena, María José Custodio García, Vanesa Amores Sierra

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Acudió a nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) una mujer de 62 años con dolor en el hemitórax derecho con irradiación hacia el costado y el hipocondrio ipsilaterales. Los 12 días previos había tenido tos persistente no productiva y febrícula no termometrada. Entre sus antecedentes médicos se encontraba el diagnóstico reciente de hipertensión arterial (HTA) tratado con candesartán y una fibromialgia controlada con analgésicos del primer escalón. Aunque independiente para sus actividades diarias, sus dolores dificultaban algunas tareas. De complexión delgada, no había ganado peso.
Tres días antes, la paciente había visitado su Centro de Salud debido al dolor que no respondía a la analgesia habitual, momento en el que se inició el tratamiento para la HTA. El dolor torácico empeoraba por el día y la incapacitaba para tolerar el decúbito. Relataba también un estreñimiento la semana previa, pero su hábito intestinal había regresado a la normalidad antes de su visita al SUH. El dolor abdominal no se irradiaba. Lo atribuía a un acceso de tos, pues así comenzó, pero en lugar de disminuir en intensidad desde su inicio sufría aumento de episodios. Sin más datos de interés en la anamnesis por aparatos.
En la exploración tenía buen estado general, con signos vitales en rangos normales excepto una taquipnea de 30 resp/min, a la que inicialmente no se le dio el valor que más tarde demostró merecer.
La exploración física reveló dolor a punta de dedo localizado en la zona posterior derecha del tórax y paravertebral dorsal. La auscultación cardiaca fue anodina. La pulmonar mostró una abolición del murmullo vesicular en los campos medio e inferior derechos, mientras que en la exploración abdominal se encontró un intenso dolor en hipocondrio derecho con el signo de Murphy negativo, sin distensión, sin masas ni visceromegalias. Tendía al silencio auscultatorio solamente roto por escasos ruidos hidroaéreos sin signos aparentes de lucha. No presentaba edema en extremidades.
Con todo ello, se realizó un primer juicio clínico de infección respiratoria y algias inespecíficas de una paciente con fibromialgia, descartando solicitar pruebas complementarias. Pero, tras ser reevaluada por una médica distinta a la primera, se decidió solicitar una analítica con bioquímica general que incluyera proteína C reactiva (PCR), un hemograma y un estudio de coagulación básico. Así mismo, se solicitó una radiografía de tórax con 2 proyecciones y se canalizó un acceso venoso periférico.
Los resultados de la analítica orientaban hacia el primer diagnóstico de infección con 31.59 mg/dL de PCR y una marcada leucocitosis (23.44 x10*3/µL) con desviación izquierda. En la radiografía se objetivaron dos imágenes de colecciones de

aire infradiafragmático derecho con nivel en su interior.
Se plantearon dos juicios clínicos: un síndrome de Chilaiditi asociado a una obstrucción intestinal resuelta (que no dejaría aclarado el origen de la fébrícula que, por la tos, parecía respiratorio) o un empiema pulmonar con nivel hidroaéreo.
Para el diagnóstico definitivo se solicitó una tomografía computarizada. Destacó la presencia de una gran colección pleural con nivel hidroaéreo en hemitórax derecho, en relación con empiema. Asociaba atelectasias de los lóbulos inferior y medio ipsilaterales. Se realizó toracocentesis terapéutica y diagnóstica.

CONCLUSIONES

Este caso resalta cómo factores como el género y las comorbilidades pueden influir en la interpretación clínica y el diagnóstico inicial. En un primer momento, los síntomas de la paciente fueron subestimados, posiblemente debido a prejuicios relacionados con su fibromialgia y la ausencia de fiebre clara. Fue una segunda valoración, más libre de sesgos, se asignó importancia a los signos respiratorios, para llegar al diagnóstico. Es prioritario evaluar cada síntoma sin prejuicios clínicos ni sociales y considerar diagnósticos diferenciales amplios, especialmente en mujeres con condiciones crónicas frecuentemente mal interpretadas.

P. #289

NEUMOMEDIASTINO DISECANTE. CÓMO EL AIRE ECTÓPICO PUEDE PROGRESAR RÁPIDAMENTE EN NUESTRO CUERPO

Leticia Serrano Lázaro, Javier Millán Soria, Amparo Albiñana Fernández, Jessica Mansilla Collado, Miguel Gálvez Paniagua, Mª Jesús De La Peña Baixauli

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de un neumomediastino constituye un signo de alarma y es fundamental, tratar de identificar la causa. Aunque la radiografía simple de tórax puede mostrarnos signos típicos, la tomografía arterial computarizada (TAC) es la técnica más sensible para su diagnóstico.

OBJETIVO

A PROPÓSITO DE UN CASO:
Varón de 32 años, sin antecedentes de interés ni tratamientos habituales. Consumidor habitual de cannabis. Acude a nuestro Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado a nivel de epigastrio con vómitos incoercibles.
Se encuentra consciente y orientado, con regular estado general, tensión arterial 127/78 mmHg, frecuencia cardíaca 109 llm, temperatura 37°C y con una saturación de oxígeno aire ambiente del 98%. La auscultación cardiopulmonar es normal, pero destaca a la exploración física un marcado enfisema subcutáneo que se extiende desde el tórax hacia el cuello y parte de la cara.
Inmediatamente solicitamos pruebas complementarias con una analítica y una radiografía de tórax ante la sospecha de un probable neumomediastino. Se monitorizó al paciente y se inició tratamiento con analgésicos, oxigenoterapia y antieméticos.

MÉTODO

Exploración complementaria:
Dentro de las analíticas destacaba una leucocitosis de 14.300 con neutrofilia, hiponatremia de 130mEq/L, hipopotasemia de 3 mEq/L, PCR 14mg/L, CK 2.093 U/L, lactato 3,3 mmol/L y una LDH 643 U/L.
La radiografia simple de tórax y abdomen (se aportan imágenes) mostraba un extenso enfisema subcutáneo asociado a neumomediastino, visualizándose gas que delimitaba la silueta pulmonar en ambos ápices, sin poder descartar la presencia de un leve neumotórax o bien gas extrapleural.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Ante los hallazgos clínicos en nuestro paciente junto la confirmación de la radiografía con la presencia de un neumomediastino, solicitamos la realización de un TAC toraco-abdominal con administración de contraste vía oral para tratar de determinar la causa y descartar la posibilidad de que pudiera ser secundario a una perforación esofágica.
Se realizó TAC toraco-abdominal con adquisición helicoidal tras

administración de contraste yodado intravenoso objetivándose un severo enfisema subcutáneo y muscular, que se extiende ampliamente por regiones cervical, torácica y abdominal, introduciéndose incluso en el canal raquídeo. Gran enfisema mediastínico, que diseca todas las estructuras, introduciéndose también por cisuras, sin objetivarse neumotórax. Esófago de aspecto normal, sin signos de perforación. No hay derrame pleural ni pericárdico.

CONCLUSIONES

La hiperemesis cannabinoide se caracteriza por un cuadro de náuseas y vómitos cíclicos relacionados directamente con el consumo de esta droga. Se trata de un efecto paradójico que se da habitualmente en consumidores crónicos de esta sustancia. Los vómitos generados son de tal intensidad y tan repetitivos que generan un importante aumento de la presión intratorácica lo que puede conllevar el desarrollo del neumomediastino. En estos casos, es de suma importancia descartar una rotura de esófago asociada (síndrome de Boeerhave) ya que empeora el pronóstico y en, estos casos, esta asociado con un elevado porcentaje de mortalidad.

P. #293

ABRIENDO EL ABANICO DE LA CERVICALGIA

Ángel Julián Iglesias Merchan[1], Juan Muñoz-Mingarro Molina[1], Aurora Navarro Regí[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], Cristina María Domínguez Lubillo[1], Rodrigo Domínguez León[2]

1. Hospital Severo Ochoa, Leganés, España
2. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 76 años con antecedentes personales de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4 multifocal bilateral pT2c, carcinoma escamoso orofaringe cT4bcN3b (ENE +) MX con ultimo ciclo de RT hace 8 meses e insuficiencia cardiaca con disfunción ventricular sistólica tras tratamiento con quimioterapia. Acude a Urgencias por cervicalgia de un mes de evolución con empeoramiento progresivo durante las últimas 48 horas, que lo achaca a postural por haber realizado PET TAC en mala posición ese mismo día. Asocia a febrícula en domicilio de 37,5ºC. No refiere traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No irradiación del dolor. No otra clínica adicional en anamnesis por aparatos y sistemas.

A la exploración, el paciente se encuentra con datos de hipotensión (88/40 mm de Hg) y febrícula de 37,8ºC con sudoración, palidez y deshidratación cutánea y regular estado general. En la exploración de la columna cervical destacaban apofisalgias a nivel de cervical 2 y cervical 5 con dolor a la palpación en musculatura paravertebral y exploración neurológica normal.

Se realiza analítica de sangre en la que observamos PCR: 251 mg/L; PCT: 8,43 ng/ml; Leucocitosis 16180 por mcL 93% neutrófilos. Además, se extraen hemocultivos y se realiza TC de cuello con hallazgos compatibles con discitis en cervical 2 y 3. Recomiendan RM cervical y PET TAC para completar estudio.

En la primera hora de llega a urgencias se realizó tratamiento con sueroterapia y antibioticoterapia de amplio especto con Ceftriaxona, por situación de shock séptico. Tras ello el paciente comienza a responder a volumen con cristaloides, y se instaura tratamiento con Meropenem + Linezolid por posible infección de disco intervertebral.

A las 48 horas se realiza RMN con resultado de: reemplazamiento en la médula ósea por metástasis e invasión de partes blandas, sin poder descartar infección concomitante. Cinco días después se obtiene resultado de hemocultivos: Positivos para S. anginosus sensibles a penicilina, resistente a clindamicina y Fusobacterium nucleatus.

Tras antibiograma se ajusta ceftriaxona + metronidazol con buena evolución clínica, siendo dado de alta con tratamiento antibiótico durante 8 semanas con amoxicilina/ácido clavulánico.

CONCLUSIONES

El dolor cervical es unos de los problemas más comunes que podemos encontrar en nuestros pacientes a su llegada a un servicio de Urgencias, y que requiere un tratamiento multidisciplinar. Es una patología que de por si puede incluir

muchos tipos de etiología; siendo la más común, la osteomuscular. A la hora de su abordaje hay que tener en cuenta factores de riesgo o signos alarma que nos van a hacer sospecha que pueda haber una patología más grave detrás como puede ser la pérdida de fuerza o sensibilidad en los brazos y las piernas, fiebre, sudoración nocturna o repentina, dificultad para respirar, dolor torácico, entre otros; además de tener en cuenta el tiempo de evolución y los antecedentes de nuestros pacientes.
En este paciente se sobreañade la complicación del shock séptico, que, como patología tiempo dependiente, debemos reconocer de forma muy temprana y tratar desde el inicio según las guías y protocolos publicados en nuestro medio.
Los elementos esenciales para conseguir el objetivo del tratamiento de la enfermedad de base (erradicar la infección y mantener la función mecánica de la columna) son la terapia antimicrobiana y la cirugía. Durante toda la evolución de la enfermedad se debe prestar especial atención a la situación neurológica con el fin de detectar precozmente complicaciones quirúrgicas como la compresión medular o el absceso epidural.

P. #302

DISCULPEN... VENGO A HABLAR DE BIOQUÍMICA

Pablo Galindo Ballesteros, Belén González Iglesias, Elena López De Las Heras, Sara María Parrondo Rebollo, Elena Dieste Ballarín, Pablo Matías Soler

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años asmática en tratamiento con Foster 100/6 mcg (beclometasona/formoterol) y antecedente de ingreso reciente en la UCI por broncoespasmo grave con necesidad de IOT, acude a urgencias por tos seca y opresión torácica de varias horas de evolución que no ha mejorado en domicilio con rescates de salbutamol.
A su llegada se encuentra taquipneica, con tiraje intercostal y saturando a 90%. Auscultación pulmonar con hipofonesis en bases y sibilantes espiratorios dispersos. Gasometría venosa: pH 7.42, pCO2 30, pO2 35, HCO3 20, Lac 1,7. Se realiza Peak Flow con hallazgo de 280 ml que supone un 65% sobre el valor teórico, por lo que se interpreta el cuadro como crisis asmática moderada y se inicia tratamiento con oxigenoterapia en gafas nasales a 2L, nebulizaciones de bromuro de ipratropio, salbutamol y budesonida y se administran 60 mg de metilprednisolona iv. Persiste con tiraje, auscultación patológica y saturando a 96% con gafas nasales por lo que se repiten en varias ocasiones las tandas de nebulización de salbutamol e ipratropio en el periodo de dos horas.
Se realizan analítica de sangre y radiografía de tórax que resultan normales.
Paulatinamente mejora la dificultad respiratoria, con resolución de las sibilancias pero comienza con mareo, nauseas y dolor abdominal difuso. Repetimos la gasometría venosa: pH 7.37, pCO2 36, pO2 85, HCO3 22, Lac 7. Ante la hiperlactacidemia sin alteración del equilibrio ácido-base, se reinterroga y se vuelve a explorar a la paciente sin hallazgos significativos, con ECG normal. Decidimos dejar en observación en la sala de urgencias con tratamiento sintomático, sin nuevas nebulizaciones y repetimos la gasometría venosa a la hora, tras mejoría de la sintomatología, con práctica resolución de la hiperlactacidemia.
Al tratarse de un cuadro de insuficiencia respiratoria parcial secundario a broncoespasmo en una paciente asmática decidimos comentar el caso con Neumología que decide ingreso a su cargo.

CONCLUSIONES

Presento el caso de una hiperlactacidemia secundaria al tratamiento con salbutamol en una crisis asmática.
El lactato es el producto final del metabolismo anaerobio de la glucosa, su acumulación conlleva el desarrollo de hiperlactacidemia y acidosis láctica. La hipoxia tisular es la causa más frecuente. Sin embargo, también se puede producir en ausencia de hipoxia tisular: estimulación excesiva de la glucólisis (exceso de catecolaminas), alcalosis metabólica (el lactato aumenta como mecanismo compensador) o en el contexto de algunas metabolopatías, fallo hepático o ciertos fármacos.

La fisiopatología de la hiperlactacidemia durante una crisis asmática es incierta. Se atribuye a hipoxia, aumento del trabajo respiratorio y un eventual compromiso hemodinámico. Sin embargo, como en este caso, puede aparecer en situación hemodinámica estable, sin tiraje ni hipoxia. Lo que hace pensar en un mecanismo diferente, relacionado con los fármacos administrados durante las crisis.

Efectivamente, los 2 adrenérgicos, inducen glucogenólisis y lipólisis, aumentando la producción de piruvato, que ve comprometido su metabolismo aeróbico por la inhibición directa de la piruvato deshidrogenasa por los 2 adrenérgicos, lo que provoca un incremento de lactato.

No está claro a partir de qué dosis se produce este fenómeno (probablemente dosis elevadas), ni si existen unas condiciones predisponentes en el paciente. Su evolución es favorable y remite a las pocas horas de suspender el tratamiento.

En conclusión, el uso de 2 inhalados, puede producir hiperlactacidemia y acidosis láctica. Su administración, más si es a dosis elevadas, debe acompañarse de un control gasométrico, interrumpiendo su administración en caso de acidosis láctica. Es fundamental sospecharlo en crisis asmáticas en tratamiento con salbutamol que presenten una situación paradójica empeoramiento del estado general a pesar de la resolución del broncoespasmo.

P. #314

ESPONDILODISCITIS EN UN PACIENTE CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO: UN RETO DIAGNÓSTICO ANTE LUMBALGIA MECÁNICA EN URGENCIAS

Paula López De La Pena, Manuel Pérez Figueras, Manuel Manzano Luque, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz, Luis Andrés Pérez Dávila

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años con antecedentes personales de colitis ulcerosa en tratamiento con Mesalazina y Adalimumab, apnea obstructiva del sueño en tratamiento con ventilación mecánica no invasiva y obesidad moderada que acude al servicio de Urgencias (SU) por cuadro de dorso-lumbalgia mecánica con mal control del dolor de 1 semana de duración. El paciente refiere empeoramiento paulatino del dolor, sin pérdida de fuerza de ni sensibilidad de asociada, sin irradiación del dolor hacia miembros inferiores y sin presentar parestesias en la región pélvica. No refiere traumatismo previo. No refería haber presentado fiebre ni sensación distérmica ni otra sintomatología asociada. Fue valorado previamente en el SU por el mismo motivo determinando el cuadro como una lumbalgia mecánica y pautando analgesia con tramadol/paracetamol y prednisona en dosis descendentes al alta en ese momento.

A la exploración física el paciente presenta regular estado general, febrícula, eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal, sin soplos. Abdomen blando, no doloroso ni signos de peritonismo. En la columna dorsolumbar no presenta dolor a la palpación de la musculatura paravertebral dorsal ni lumbar, no presenta apofisalgias, ni irradiación del dolor. Maniobra de Lassegue negativa, movilidad tanto activa como pasiva conservada. Fuerza y sensibilidad sin alteraciones y marcha conservada. Pulsos conservados.

Ante la exploración física anodina se decide solicitar radiografía de columna dorsolumbar, analítica de sangre y sistemático de orina. Se evidencia en sangre elevación de la Proteína C Reactiva (PCR) 17.7 mg/dl. En la radiografía dorsolumbar un osteofito entre D9-D10 El resto de la analítica sanguínea y de orina era normal, hemograma sin alteraciones, perfil hepático anodino y función renal conservada.

Debido a estos hallazgos se decide completar estudio con radiografía de tórax, abdomen y 2 pares de hemocultivos.

Ante la persistencia de mal control del dolor y estos hallazgos en pruebas complementarias se decidió ingresar al paciente ante la sospecha de osteomielitisis vertebral en paciente en tratamiento con un fármaco biológico, elevación de reactantes de fase aguda y febrícula.

En las siguientes horas de ingreso se objetivó crecimiento en los 2 pares de hemocultivos de Staphylococcus aureus meticilin sensible (SAMS) y en la resonancia magnética de columna dorsal y lumbar se encontraron hallazgos compatibles con espondilodiscitis en D9-D10 con cambios inflamatorios locorregionales, pero sin extensión al canal medular.

Fue tratado con biterapia dirigida frente a SAMS con cloxacilina y daptomicina y durante el ingresó, como complicaciones secundarias presentó una trombosis venosa profunda de

miembro superior derecho asociada a catéter que precisó de inicio de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Al alta el paciente cumplió un total de 6 semanas de antibiótico vía oral con levofloxacino y rifampicina.

CONCLUSIONES

- La espondilodiscitis u osteomielitis vertebral es una infección poco frecuente que afecta a las vértebras y los espacios intervertebrales. El Staphylococcus aureus es el principal agente microbiológico responsable, seguido de micobacterias y Brucella.
- La extracción de hemocultivos en Urgencias tiene una gran importancia diagnóstica y terapéutica ya que con el aislamiento microbiológico nos permite confirmar la presencia de bacteriemia, identificar el microorganismo responsable, guiar sobre el foco infecciosos y la elección del tratamiento dirigido.
- La lumbalgia es una patología muy prevalente en Urgencias, con un porcentaje en torno al 2-5% de las consultas generales. Es importante valorar las posibles banderas rojas que presentan los pacientes y que pueden indicar la presencia de una patología subyacente grave. Estos signos o síntomas son tales como edad mayor de 55 años, antecedentes de traumatismo previo, inmunodeficiencia o patología tumoral, síntomas constitucionales, dolor de tipo inflamatorio, incontinencia u anestesia en silla de montar...

P. #321

FORMAS ATÍPICAS DE TBC

Marta Reyes Álvarez, Fátima Tárraga Galdón, Lucía Sánchez Rodríguez

Médico de Urgencias, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años, natural de Senegal, convive con cinco compañeros de piso, sin otros antecedentes de interés; acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar debilidad progresiva en ambos miembros inferiores hasta impedir la deambulación asociando sensación de acorchamiento a dicho nivel desde hace 4-5 días. En los últimos 2 días, ha tenido episodios de incontinencia urinaria junto con estreñimiento. Asocia pérdida ponderal de 4-5kg en los últimos 2 meses, evidencia febrícula vespertina junto con tos con expectoración amarillo-verdosa, negando otra clínica asociada.
A nivel neurológico, se evidencia fuerza conservada en miembros superiores, presentando hiperalgesia en dermatoma T4 hacia abajo con fuerza 1/5 en miembros inferiores, con reflejo patelar abolido bilateral. Se palpa globo vesical que se resuelve con sondaje. Analítica de sangre con perfil hepático en rango, 3090 leucocitos/µl con 64,7 % de neutrófilos y 21,7% de linfocitos, PCR 30,7mg/L; y Radiografía de Tórax con patrón miliar bilateral. Se realiza punción lumbar para analizar Líquido cefalorraquídeo con 75 leucocitos (95% mononucleares), glucosa 15 mg/dL, proteínas 621 mg/dL, ADA 55 UI/L. Finalmeente, se ingresa en el Servicio de Medicina Interna donde se realiza RMN de columna cervical-dorsal-lumbar evidenciándose lesión intramedular de 37 mm de longitud, entre D5-D7, con localización centromedular-anterior, que sugiere mielitis infecciosa. Durante el Ingreso, se realiza TAC de tórax compatible con Tuberculosis miliar, iniciándose tratamiento tuberculostático y; RMN de cráneo, que sugiere Meningoencefalitis probablemente por Tuberculosis. Se realiza confirmación etiológica mediante cultivo de esputo donde creció Mycobacterium Tuberculosis Complex multisensible.

CONCLUSIONES

La Tuberculosis Miliar es la enfermedad clínica resultante de la diseminación hematógena de M. Tuberculosis con afectación sistémica. La presentación clínica de nuestro paciente se considera atípica, ya que la afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) supone de un 1-5 % de todas las formas clínicas de TBC, siendo más frecuente la presentación en forma de meningitis seguida del tuberculoma y la aracnoiditis tuberculosa espinal. Los pacientes con afectación medular pueden presentar síntomas de comprensión medular de forma subaguda asociando alteraciones de la sensibilidad, siendo el diagnóstico diferencial amplio y difícil de realizar. Destacamos el papel del Médico de Urgencias objetivando síntomas de alarma y su actuación precoz frenando el curso natural de la enfermedad y mejorando el pronóstico de la misma tras una rápida sospecha diagnóstica que le llevó a iniciar el tratamiento de forma precoz.

P. #348

DERRAME PLEURAL EOSINOFÍLICO COMO MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz García-Borregón Domonte, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Gismera, Manuel Luis Gómez Blanco, Beatriz Mañero Criado

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad renal crónica estado 3, cardiopatía isquémica.
Acude a urgencias por por presentar dolor pleurítico y disnea de moderados esfuerzos de 3 días de evolución, asociado a cuadro catarral consistente en tos y astenia desde hace 1 mes.
Constantes en urgencias: Sat O2 96%, TA 170/90, FC 75 lpm, Afebril
Pruebas complementarias:
En rx tórax se objetiva derrame pleural unilateral izquierdo de moderada cuantía.
Analítica: Eosinofilia, Dímero D 4300, PCR 21 sin otros hallazgos destacables
Se realiza toracocentesis extrayendo 25 cc de líquido pleural hemático, con patrón de exudado eosinofílico (cels nucleadas, eosinofilos 43. Proteínas 4,1, LDH 757, ratio glucosa/líquido/plasma 1, ratio proteína líquido/plasma 0,6)
Dada asociación de derrame pleural eosinofílico y embolia pulmonar, presentando además clínica compatible, se solicita angioTC en el que se objetiva TEP agudo segmentario en LII.
Se inicia tto con HBPM, disminuyendo el derrame pleural y la clínica, dado de alta con anticoagulación y seguimiento posterior en consultas de ETEV.

CONCLUSIONES

El Tromboembolismo pulmonar (TEP) puede presentarse con derrame plural eosinofílico, una manifestación poco frecuente pero importante a considerar en el diagnóstico diferencial de derrames plurales en urgencias.
La Toracocentesis es una herramienta clave para el diagnóstico, permitiendo caracterizar el líquido plural y orientar hacia posibles causas subyacentes, como en este caso el TEP, lo que refleja la importancia del uso de esta técnica en urgencias, de cara al diagnóstico diferencial y actuación terapéutica temprana.
El tratamiento con anticoagulación no solo resuelve el evento tromboembólico si no que también contribuye en consecuencia a la disminución del derrame pleural y la mejoría clínica del paciente.

P. #435

CUANDO EL FLUJO SE DETIENE EN LA EXTREMIDAD: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Cristina Bejarano Roma, Alicia Cárdenas García, Ana García Vélez, Carmen Cid Moreno, Estefanía Ortigosa Rodríguez, Juan Miguel López González

Hospital Universitario General de Villalba, Collado Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Acude a urgencias por dolor en la pierna izquierda, de inicio hace seis horas, acompañado de frialdad y palidez distal. Refiere caída por tropiezo hace 3 días. Niega inmovilización reciente, fiebre o clínica infecciosa.
Exploración física
Buen estado general, consciente y orientada en persona, espacio y tiempo, eupneica en reposo. Afebril, hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión.
Miembro inferior izquierdo (MII): aumento del diámetro en MII con frialdad, pulso pedio débil con respecto a contralateral, dolor a la palpación. Flegmasia Alba dolens de la extremidad afectada. Signo de Homans negativo.
Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: leucocitosis con desviación izquierda, hiperglucemia (glucosa 817), hiponatremia e hiperpotasemia, hiperlactacidemia, acidosis metabólica en gasometría, dímero-D 115251.
- Angio-TAC de miembros inferiores: efecto de repleción en la porción distal de la vena cava inferior, y trombosis completa desde la vena iliaca común izquierda, que se extiende a la vena iliaca interna y a la externa, ambas completamente trombosadas, y al sistema venoso del miembro inferior izquierdo, con trombosis completa.
- Angio-TAC pulmonar: No hay signos de tromboembolismo pulmonar agudo ni crónico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial entre isquemia arterial y trombosis venosa profunda (TVP) del miembro inferior es fundamental dada la diferencia en manejo y pronóstico. La clínica y exploración que presenta la paciente puede presentarnos dudas, por lo que la rapidez en la realización de pruebas complementarias es esencial en este caso, sobre todo teniendo en cuenta también que el síntoma fundamental que la paciente presenta es dolor intenso y la puntuación de 4 en la escala Wells para TVP (riesgo elevado). Aunque posteriormente el resultado del dímero D fue muy alto, en este caso no debemos esperar para realizar las pruebas de imagen que nos darán el diagnóstico definitivo.
La imagen de trombosis venosa en el angio-TAC en la vena ilíaca sugiere la posibilidad de un síndrome de May-Thurner (SMT), una condición anatómica en la que la arteria ilíaca común derecha comprime la vena ilíaca común izquierda, predisponiendo a trombosis venosa profunda en ese lado.
El diagnóstico definitivo se confirmó con la realización de flebografía diagnóstico-terapéutica en dos tiempos. Inicialmente

se colocan catéteres de fibrinolisis local con perfusión de alteplasa y se inicia perfusión continua de heparina. Posteriormente se realiza implante de stent por radiología intervencionista y se inicia anticoagulación a dosis terapéutica. En controles ecográficos posteriores se observó una buena reperfusión del miembro.
Además, dado el cuadro acompañante de acidosis metabólica importante (con componente de cetoacidosis diabética), la paciente requiere resucitación intensiva y tamponamiento del medio interno con bicarbonato que se inicia en la urgencia, previo a su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.
En este caso, la coordinación multidisciplinar entre los servicios de urgencias, radiología intervencionista y UCI fue fundamental para optimizar el manejo. La fibrinólisis dirigida por catéter, combinada con la colocación de stent venoso, permitió restaurar el flujo venoso, evitando secuelas graves. Asimismo, el tratamiento intensivo de la cetoacidosis en un entorno controlado contribuyó a la recuperación metabólica de la paciente.
Este caso resalta la importancia de un enfoque integral y protocolizado en patologías complejas, donde la intervención temprana y la colaboración entre especialidades pueden marcar la diferencia en el pronóstico del paciente.

P. #449

EPOC + ACIDOSIS RESPIRATORIA HIPERCÁPNICA = ¿CONVULSIÓN?

Marta Blanco Coronas, Rocío Huertas Gómez, Julio Alberto Villacorta Lazo

IBSALUT, Palma De Mallorca, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 87 años. Antecedentes patológicos: HTA, EPOC, SAOS en tratamiento con CPAP y cardiopatía isquémica. Valorado en el Centro de Salud por cuadro de disminución de nivel de conciencia y movimientos de sacudida de miembros, orientado inicialmente como crisis convulsiva tónico-clónica. Se administra tratamiento con Diazepam y Midazolam. En la exploración física inicial presenta hipoxia (SaO2: 87% aire ambiente) y se administra oxigenoterapia con mascarilla con reservorio manteniendo saturación > 92%. Resto de constantes en rango.
A su llegada a Urgencias continúa con bajo nivel de conciencia. No presenta nuevos episodios de movimientos musculares. Mejoría de la saturación, por lo que se sustituye por gafas nasales a 2 litros. En la exploración neurológica destaca GCS 3, sin otra focalidad neurológica asociada. Auscultación cardiopulmonar anodina.
Se solicitan pruebas diagnósticas complementarias.
Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Perfil de tóxicos negativo. La gasometría arterial muestra acidosis respiratoria hipercápnica (pH 7.14, pCO2 89 mmHg, pO2 70 mmHg, HCO3 30mmol/L). El TC craneal descarta patología intracraneal aguda. Dadas las alteraciones descritas, se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Se repite la gasometría arterial 1 hora después del inicio de la VMNI, presentando corrección de los parámetros alterados previamente (pH 7,41, pCO2 37 mmHg, pO2 98 mmHg, HCO3- 24 mmol/L) y mejoría clínica significativa posterior.

OBJETIVO

Describir un caso de mioclonías en el contexto de una acidosis respiratoria hipercápnica y su abordaje diagnóstico y terapéutico

MÉTODO

Presentación de un caso clínico. Basado en historia clínica, pruebas diagnósticas y correlación con bibliografía clínica

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La mioclonía es un signo clínico que se caracteriza por movimientos breves, involuntarios, causados por contracciones (mioclonías positivas) o inhibiciones musculares (asterixis). Los pacientes suelen describirlos como 'sacudidas' o 'espasmos'. Entre las causas secundarias, se encuentran las mioclonías inducidas por fármacos, enfermedades neurodegenerativas, procesos infecciosos y las encefalopatías, incluyendo la encefalopatía hipercápnica, entre otras.
Consideramos que nuestro caso clínico fue orientado de manera errónea inicialmente, sospechándose una crisis convulsiva tónico-clónica como causa de los movimientos de

sacudida en miembros superiores, por lo que se administraron benzodiacepinas para el tratamiento de la misma. Sospechamos que dicho tratamiento favoreció el empeoramiento clínico del paciente, actuando como depresor de la actividad del centro respiratorio bulboprotuberancial, lo cual disminuye la respuesta ventilatoria a la hipoxia y a la hipercapnia, potenciando la acidosis respiratoria ya presente como consecuencia de su patología crónica de base (EPOC).
Es importante llevar a cabo una exploración física exhaustiva que nos permita distinguir los diferentes signos y realizar una correcta orientación diagnóstica, ya que ambas entidades requieren un enfoque terapéutico distinto y en ocasiones, como ocurrió con nuestro paciente, podemos llevar a cabo una actitud terapéutica que condicione un empeoramiento clínico.

CONCLUSIONES

La acidosis respiratoria estable que se desarrolla lentamente (como en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) puede tolerarse bien, pero los pacientes pueden perder la memoria, presentar alteraciones del sueño, somnolencia diurna excesiva y cambios de la personalidad. Los signos clínicos incluyen trastornos de la marcha, temblores, disminución de los reflejos osteotendinosos, sacudidas mioclónicas, asterixis, entre otros.
Los signos y síntomas dependen de la velocidad y el grado de aumento de la Pco2. Los signos y síntomas son el resultado del aumento de la concentración de CO2 y disminución del pH en el sistema nervioso central y de la hipoxemia asociada.
Es importante sabe identificar estos signos clínicos y diferenciarlos de otras patologías que puede producir sintomatología similar como pueden ser la convulsiones; cuyo tratamiento agudo puede agravar aún más la patología antes descrita.

P. #471

PERFIL DE LOS PACIENTES SEROCONVERTORES USUARIOS DE PREP EN CENTRO SANITARIO DE REFERENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Marta Romero Brugera[1], María Villa Escamilla[1], María Del Mar Vera García[2], Laura Gómez Collados[3]

1. Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España
2. C.S. Sandoval, IdISSC. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
3. Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La PrEP es una de las herramientas preventivas más efectivas y eficaces contra la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), consiste en la prescripción diaria en una sola pastilla de Tenofovir disoproxil fumarato y Emtricitabina (TDF/FTC) en personas de riesgo de adquirir la infección, acompañada de otras medidas de prevención.

OBJETIVO

Según datos del documento SiPrEP de Julio 2024, se han identificado cuatro casos de seroconversión al VIH lo que corresponde a una tasa de incidencia de seroconversión de 1,222 por 1.000 personas-año de seguimiento (intervalo de confianza al 95% 0,458-3,255).
El objetivo fue describir el perfil de los pacientes que han seroconvertido frente al VIH en una clínica monográfica de ITS.

MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de los factores asociados a la seroconversión frente al VIH en usuarios de PrEP desde el 20 enero 2020 hasta 31 de diciembre 2023.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se observaron 12 pacientes a fecha de enero 2024 con seroconversión al VIH, desde que se inició el programa de implementación de la PrEP desde el 20 enero 2020 al 31 diciembre 2023 con un total de n= 4325 de usuarios de PrEP.
El 58.3% (n=7) procedían de Latinoamérica, 33.3% (n=4) Españoles y el resto de Europa. La edad media de los pacientes fue 33.3 años. El 50% (n=6) tenía nivel de estudios superiores.
El 91.7% (n=11) tenía al menos una ITS previa. El 50% (n=6) presentó otra ITS concomitante al VIH.
Ejercían prostitución el 50% (n=6) y clientes de prostitución el 16.7% (n=2).
El 100% consumían drogas no inyectables para mantener relaciones sexuales y en cuanto a drogas inyectables el 41.6% (n=5) consumían Mefedrona y el 8.3% (n=1) consumían Tina. Compartían material de drogas el 58% (n=7).
El 100% eran HSH. El 83.3% (n=10) practicaban Chemsex y el 41.6% (n=5) Slamsex.
El 74.7% (n=9) fue diagnóstico precoz (CD4+ >500 células /mm3).
Tres de los pacientes no llegaron a entrar al

programa del centro, aunque tomaban PrEP libre (con mala adherencia)
y fueron diagnosticados en la primera consulta.
Cinco estaban en periodo ventana al entrar al programa, siendo diagnosticados en la primera revisión.
El resto de pacientes, tenían mala adherencia a dicha herramienta preventiva.
La tasa de resistencias primarias a antirretrovirales fue del 41.6% (n=5) y al diagnóstico se detectaron varias mutaciones primarias de resistencias a los antiretrovirales, entre las que destacaron: K103N, M184MV, M184MV y K103N, Q58E, V179D

CONCLUSIONES

La PrEP es una herramienta preventiva eficaz y la seroconversión es excepcional en los pacientes con buena adherencia a ella. Los programas de PrEP permiten detectar de manera precoz a estos usuarios, que es posible que demorasen su diagnóstico si no fuese por este tipo de programas. La inmensa mayoría era consumidora de drogas inyectadas y practicaban Chemsex. La tasa de resistencias primarias a antirretrovirales es frecuente (41.6%) y debe tenerse en cuenta de cara al inicio del TAR.

P. #476

DISFAGIA POR MULTINEURITIS POR HERPES ZOSTER

Oihane De La Aldea Martínez, Lorena Ainhoa Solla Fernández, Ana Lucía Rengifo Martínez, Elena Marcos Poveda, Elisabeth Benito Francisco

OSI Bidasoa, Hondarribia, España

INTRODUCCIÓN

Mujer 83años con antecedentes de hipercolesterolemia, angor estable y cardiopatía hipertensiva leve. Consulta por odinofagia que progresa a disfagia alta y disfonía siendo la disfagia completa para sólidos y líquidos. Valorada por ORL, a la exploración se aprecia parálisis de cuerda vocal izquierda y retención de saliva en ambos senos piriformes. pendiente de TAC ingresa en Medicina Interna para estudio. Mal control del dolor en relación a la disfagia.

OBJETIVO

Diagnóstico diferencial de la disfagia. No siendo siempre patología orl o digestiva la causante.

MÉTODO

Ingresa para estudio con realización de TAC cerebral, cervical y torácico sin apreciar lesiones agudas. RMN cerebral, fosa posterior y CAIS con civ sin hallazgos. Posterior se amplía estudio realizando punción de LCR con resultado de PCR para varicela zoster positivo. Con dicho resultado y el diagnóstico de multineuritis por Herpes zoster con afectación de par VII y dudas con V y IX izquierdos se inicia tratamiento antiviral y corticoides con leve mejoría clínica.
En planta a la exploración presenta disfonía, trastorno deglutorio y parálisis hemifacial izquierda. Progresiva mejoría del cierre ocular izquierdo persistiendo la desviación de comisura al alta y marcha algo inestable. Se programa tratamiento rehabilitador ambulante. Posterior dada la buena evolución clínica prosigue tratamiento antiviral endovenoso con Aciclovir 500mgrs cada 8horas con Hospitalización a domicilio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tener en cuenta la patología neurológica en los casos de disfagia.

CONCLUSIONES

tras descartar patología ocupante de espacio, alteraciones estructurales en el TAC y en la RMN, y habiendo valorado una parálisis facial y de cuerda vocal se hace ineludible el análisis del líquido cefalorraquídeo para descartar patología infecciosa, patología neurológica degenerativa como la causante del cuadro actual.

P. #491

DERRAME PLEURAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO EN URGENCIAS A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuela Campos Holguín, Carmen Marcos Alonso, Libertad Goya Arteaga

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INTRODUCCIÓN

El derrame pleural constituye un importante problema de salud. Se define como la colección de líquido que aparece en el espacio pleural en relación a un proceso. Se trata de la complicación más frecuente de la neumonía adquirida en la comunidad.
Las manifestaciones clínicas resultan similares a las que se presentan en un paciente con neumonía, dadas por fiebre elevada, tos, taquipnea con tiraje, que a su vez guardan relación con la localización y volumen del líquido. La fiebre sostenida y el dolor intenso a la inspiración profunda resultan característicos del compromiso pleural. A la exploración, se puede observar trepopnea, matidez a la percusión y disminución o ausencia de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular. La radiografía de tórax anteroposterior es la prueba de entrada para el diagnóstico, donde se visualiza una obliteración del seno costofrénico cuando el derrame es pequeño, ascendiendo por la parte lateral del tórax en los casos complicados. Se debe realizar toracocentesis en pacientes adultos con radiografía de tórax con DP>10 mm. La toracocentesis diagnóstica se indica con el fin de detectar el agente etiológico y distinguir los derrames no complicados de los complicados

OBJETIVO

Existen numerosas enfermedades que se pueden asociar a derrame pleural. Cuando se descubre, se debe dar respuesta a dos preguntas: ¿ es el derrame un exudado o un trasudado? Si es un exudado, ¿ cuál es la enfermedad que lo ha producido? El análisis del líquido mediante toracocentesis permite establecer diagnóstico definitivo en más de dos terceras partes de los pacientes, determinando el abordaje y tratamiento posterior del mismo.

MÉTODO

Paciente mujer de 40 años, sin antecedentes personales de interés, salvo destacar parto eutócico 15 días antes de la asistencia a centro de salud. En dicho momento en tratamiento con heparina dosis profilácticas (40 mg/dl) y fin de tratamiento con Dolquine tras haber presentado abortos de repetición. Consulta por clínica febril mantenida de hasta 40° asociado a dolor costal derecho de inicio anterior, y tos seca. En radiografía realizada se objetiva derrame pleural derecho asociado a consolidación vértice pulmonar ipsilateral; dada la estabilidad clínica, se decide de inicio manejo conservador con antibioterapia oral. Si bien y dada la persistencia de la fiebre y clínica anterior descrita, se decide ingreso hospitalario para realización de toracocentesis diagnóstica para identificar el origen (derrame pleural paraneumónico, Dderrma plural complicado, empiema,embolismo pulmonar, tuberculosis...) y descartar complicaciones. Tras confirmar el diagnóstico de derrame pleural paraneumónico, se decide colocación de tubo de drenaje pleural para evacuación y limpieza del mismo

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La importancia de diferenciar entre exudado y trasudado estriba la necesidad de procedimientos diagnósticos y tratamientos posteriores. Desde su descripción hace años, siguen vigentes los criterios de Light para realizar el diagnóstico diferencial. Estos criterios tienen una sensibilidad del 95-100% y una especificidad del 75-80% para identificar exudados.

CONCLUSIONES

Prácticamente todos los pacientes con derrame pleural deben someterse a una toracocentesis diagnóstica, excepto si existe muy escasa cantidad de líquido (<1 cm) o nos hallamos ante un cuadro clínico característico de insuficiencia cardiaca. El análisis obtenido mediante esta sencilla técnica nos permite establecer una gran variedad de diagnósticos . En todos es obligatorio el análisis de proteínas, LDH (lactato deshidrogénala)o eventualmente el colesterol. Si los resultados orientan hacia un exudado, se deben ampliar los estudios bioquímicos (pH, glucosa, ADA , recuento celular) y análisis microbiológicos y citológicos. Aunque existen razones de coste-efectividad para defender este protocolo, en la práctica clínica el juicio clínico debe prevalecer para decidir si de entrada se solicita todos los estudios aludidos.

P. #500

SHOCK SÉPTICO, NO SIEMPRE "BLANCO Y EN BOTELLA"

Minerva Pérez Herreros[1], Patricia Martínez Galán[1], Rebeca Soto Olarte[1], Francisco Panadero Riesco[2], Laura Jiménez Isaza[1], Andrea Cacabelos De Dios[1]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Emergencias 061 La Rioja, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 46 años sin antecedentes de interés que acude a las 16 horas por náuseas, vómitos y deposiciones diarreicas de 2 horas de evolución. Se acompaña de astenia intensa y dos episodios de síncope. Refiere que esa mañana a las 10 horas le han realizado una gastroduodenoscopia para estudio de síntomas de reflujo gastroesofagico y dispepsia en un centro médico privado por lo que está en ayunas. Revisamos informe donde indican que el medicamento utilizado para el procedimiento ha sido el Propofol sin indicar dosis exacta.

En la valoración del mismo destaca hipotensión de 95/60 mmHg y temperatura de 37,6 °C con exploración física anodina.

Se inicia tratamiento con Metoclopramida, Omeprazol y suero fisiológico con persistencia de cifras tensionales bajas a pesar de 1500 ml de sueroterapia. En analítica se objetiva alcalosis respiratoria con lactato de 41 mg/dl y creatinina de 1,65 mg/dl sin otras alteraciones relevantes.

A las 20 horas pasamos al paciente a box con monitorización continua por cifras de TA de 85/54 mmHg tras 2500 ml de suero fisiológico. Se realiza TAC abdominal que descarta complicación aguda tras endoscopia. En la seriación analítica se objetiva leucocitos de 20.700 con neutrofilia de 20.400, PCR 27 mg/L con procalcitonina > 100 ng/ml.

Dados los resultados analíticos y la hipotensión persistente, se inicia perfusión de noradrenalina y se realiza interconsulta con UCI para valoración. Solicitamos urocultivo y hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica con Meropenem y Daptomicina.

Ingresa en UCI con impresión diagnóstica de Shock séptico sin foco y fracaso renal agudo KDIGO I. Permanece ingresado 4 días durante los cuales se reduce dosis de vasopresores manteniéndose estable hemodinámicamente con diuresis conservada por lo que se suspende. Se traslada a planta de Enfermedades Infecciosas desde donde se da el alta tras ausencia de fiebre y estabilidad clínica y analítica.

DATOS ADICIONALES

Se registran en el servicio de Urgencias cinco pacientes a lo largo de la tarde y noche del mismo día con clínica similar al paciente descrito. Todos ellos, se habían realizado una endoscopia digestiva en la misma clínica y el fármaco utilizado fue el Propofol.

CONCLUSIONES

La principal sospecha en cuanto a la etiología del cuadro séptico del grupo de pacientes fue, una ruptura en la cadena de frío del Propofol que hubiera provocado una colonización bacteriana del mismo.

Y es que, la sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal. En España, cerca de 20.000 personas fallecen al año mientras la cifra mundial asciende a 11 millones. La incidencia de sepsis en España es de 104 casos por cada 100.000 habitantes y año y de 31 casos de shock séptico por cada 100.000 habitantes y año. La mortalidad de la sepsis depende de la gravedad, situándose en torno al 30% en las sepsis ingresadas en las unidades de cuidados intensivos y hasta el 50% en caso de shock séptico.

Por ello es importante recordar que la Sepsis es una emergencia tiempo-dependiente cuya incidencia y mortalidad siguen aumentando en España. Cada hora de retraso en la administración de una terapia adecuada aumenta un 8% la probabilidad de fallecer. Demorar 6 horas la administración de un antibiótico aumenta un 50% la mortalidad. Diferentes iniciativas nacionales e internacionales han demostrado que tanto su detección como tratamiento precoz disminuyen la mortalidad hasta un 50%.

De ahí que, la instauración de un Código Sepsis en los Servicios de Urgencias a través de herramientas informatizadas que señalen aquellos pacientes susceptibles de presentar esta patología, sea una herramienta que facilite el reconocimiento precoz, la instauración temprana de tratamiento y con ello, una mejora en la supervivencia de los mismos.

P. #501

¿ARTRITIS, INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS... OSTEOMIELITIS?

María Ángel Garcés Ayerbe, Susana Rodríguez Zavalegui, Melissa Fernández Barrios, María Luisa García Vasco

Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de psoriasis con afectación articular, histerectomía en 2017 y tumorectomía en mama izquierda en 2020.
Tratamiento actual: tamoxifeno, metotrexato, acfol y vitamina D.
Acude a Urgencias por dolor en el 4º dedo del pie derecho de un mes de evolución aproximadamente, y que relaciona con su artritis psoriásica, lo refiere similar a otros episodios de artritis en el primer dedo de los pies, pero en esta ocasión sin respuesta a una pauta oral de corticoides de 5 días. Posteriormente hizo un ciclo de amoxicilia-clavulánico 875 mg 3 veces al día durante 7 días, pautado por su médico de atención primaria. La paciente refiere que no ha tenido heridas periungueales. Tampoco fiebre o malestar general.
En la exploración se ve el 4º dedo del pie derecho edematoso, eritematoso y caliente a nivel de la falange distal, doloroso a la palpación. El dolor es más intenso a nivel de la falange que en la articulación interfalángica. No hay absceso periungueal u orificio drenante. Llama la atención las uñas onicodistróficas con zonas engrosadas, posiblemente por su psoriasis.
Se realiza analítica de sangre sin objetivar leucocitosis o elevación de marcadores inflamatorios como VSG y PCR.
Solicitamos una radiografía simple como estudio inicial sin hallazgos.
Dado el tiempo de evolución y la falta de respuesta tanto a corticoides como a antibióticos orales, solicitamos una resonancia magnética de forma preferente para descartar osteomielitis. Desde Urgencias se hizo un cultivo del exudado nasal para ver si la paciente era portadora de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA) con resultado negativo.
RM: osteomielitis aguda que afecta a la falange distal, sin afectación articular y con edema de partes blandas.
Se pautó tratamiento combinado oral con levofloxacino 500mg / 24 h y rifampicina 300 mg / 12 h durante 45 días y se remitió a consultas de Medicina Interna para seguimiento

CONCLUSIONES

- Las características clínicas de la osteomielitis, dolor, calor, edema, rubor... pueden ser similares a otras patologías, como infección de tejidos blandos, artritis, fractura, tumor óseo, osteonecrosis, artropatía de Charcot
- En Urgencias debemos tener presente esta patología ante infecciones de tejidos blandos que no responden a terapia antibiótica, sospechas de fractura que no han consolidado, brotes de artritis que no responden a la terapia habitual
- Independientemente del tipo de osteomielitis, el Staphylococcus aureus es el patógeno más común y desde urgencias tenemos la posibiidad de pedir un exudado nasal para descartar los portadores de MRSA
-Aunque el diagnóstico definitivo requiere el aislamiento de bacterias u hongos de una muestra ósea obtenida de forma estéril, la resonancia es una técnica de imagen muy sensible a la osteomielitis
- A menudo el tratamiento incluye un régimen empírico inicial previo a los resultados del cultivo, oral o endovenoso, dependiendo de la gravedad de la infección

P. #573

CUANDO LA PRESENCIA DE TOS NO ES SOLO INFECCIÓN

Laura Viaño Iglesias, Marina Sobreviela Albacete, Lucía Salgado Pérez, Irene Inglés Mancebo, Juana María Del Cañizo Canto, Isabel Andrés De Miguel

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, acude derivado desde Atención Primaria por cuadro de tos y febrícula desde hace una semana, negando disnea u otra sintomatología en el momento actual. A su llegada presenta saturación basal de oxígeno 93%, encontrándose taquicárdico y afebril. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido en base izquierda.
Ante sospecha clínica de infección respiratoria consolidativa se realiza radiografía de tórax que objetiva múltiples opacidades bilaterales nodulares mal definidas y derrame pleural izquierdo de gran cuantía. Análisis de sangre con elevación de Proteína C reactiva, linfopenia relativa y discreta coagulopatía. Antigenurias negativas.
Se explora de nuevo al paciente a nivel abdominal, presentando un abdomen blando y no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritonea, así como a nivel testicular, objetivando aumento de tamaño de teste izquierdo, no doloroso a la palpación, sin cambios cutáneos ni aumento de temperatura local.
Ante sospecha diagnóstica principal de proceso neoplásico de origen desconocido con metástasis pulmonares múltiples el paciente ingresa en planta de medicina interna para estudio, durante el cual se realiza toracocentesis diagnóstica ecoguiada, con evacuación de 50 cc de líquido serohemático, estudio del mismo compatible con exudado; ecografía testicular sin visualización de procesos neoformativos primarios testiculares (únicamente un quiste en cabeza de epidídimo con mínimo hidrocele asociado) y tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que confirma la presencia de derrame pleural severo con lesiones pulmonares bilaterales múltiples de aspecto tumoral sugestivas de metástasis y objetiva una gran masa con centro necrótico, de más de 18 centímetros de longitud craneocaudal desde el músculo psoas-ilíaco izquierdo hasta raíz de miembro inferior izquierdo, que infiltra vena ilíaca externa izquierda y rama isquiopubiana izquierda.
Se realiza biopsia con aguja gruesa de dicha masa y envío de muestras para estudio anatomopatológico.
El paciente es dado de alta tras la realización de pruebas complementarias y encontrándose estable y asintomático desde el punto de vista respiratorio, no precisando toracocentesis evacuadora ni soporte con oxígeno. Completó tratamiento con antibioterapia empírica por sospecha de sobreinfección y empezó seguimiento en consultas de oncología.
La anatomía patológica indicó la presencia de tumor de células pequeña redonda azul sugestivo de sarcoma, que tras tipificación confirma que se trata de un sarcoma sinovial monofásico. Encontrándonos por tanto ante un sarcoma sinovial monofásico retroperitoneal estadío IV por afectación pleural y pulmonar.
Tras la confirmación del diagnóstico se inició tratamiento con quimioterapia, continuando seguimiento en consultas de oncología.

CONCLUSIONES

En la era actual de la tecnología y el fácil acceso a numerosas pruebas complementarias nos olvidamos de la parte más básica y esencial de la medicina, como es una buena exploración física inicial y más aún cuando nos encontramos ante pacientes jóvenes en los que inicialmente no sospecharemos patología grave, sujetos en general paucisintomáticos, que además toleran bien el descenso de oxígeno en sangre o no muestran síntomas subjetivos de dificultad respiratoria o dolor referido. En este caso una toma de constantes del paciente a su llegada así como una exploración física dirigida aportaron información relevante sobre la afectación clínica real del paciente y permitieron acelerar el proceso diagnóstico y una derivación temprana para completar los estudios pertinentes.

P. #655

DE LA IZQUIERDA A LA DERECHA. DEL CORAZÓN A LAS PIERNAS

A PROPÓSITO DE UN CASO

Lara Lamoneda Gadea, Esther Udi Campo, Gema Rivero Gómez

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente de 64 años sin antecedentes médicos de relevancia, que acudió a urgencias por gonalgia izquierda de una semana de evolución, acompañada de fiebre y escalofríos en las últimas 24 horas.
En la exploración inicial y pruebas complementarias:
Constantes: TA 138/81, T° de 37,8°C, FC de 110 lpm.
Exploración musculoesquelética: intenso dolor a la palpación en la línea interarticular medial de la rodilla izquierda y en MID frialdad, palidez y ausencia de pulsos.
Auscultación cardíaca: presencia de un soplo sistólico no conocido.
Resto sin hallazgos.
Durante la espera en urgencias, desarrolló un cuadro de isquemia arterial aguda en la extremidad inferior derecha (MID) con clínica de dolor intenso, frialdad, palidez y ausencia de pulsos, por lo que se solicitó de TAC vascular. Se objetivó hipoperfusión de la arteria femoral común y de segmentos distales en territorio femoral y troncos tibioperoneos, contactando con C. Vascular.
Los hallazgos de las pruebas complementarias junto con la exploración física y las constantes, orientó el diagnóstico hacia una endocarditis infecciosa con embolismos sépticos, siendo la isquemia arterial de MID una de sus complicaciones.
Ante la elevada sospecha de endocarditis infecciosa, se solicitó en ese momento valoración por Cardiología donde la ecocardiografía mostró la presencia de vegetaciones en el segmento A3 de la válvula mitral, con insuficiencia mitral grave secundaria a perforación valvular.
En la analítica sanguínea destacaba: Procalcitonina: 20 ng/mL, Proteína C reactiva (PCR): 466 mg/L, Dímero D: 6,80 mg/L, Fibrinógeno: 6,80 g/LLactato: 2,4 mmol/L
Evolución clínica:
Se inició tratamiento antibiótico empírico y se realizaron hemocultivos.
La evaluación posterior por parte de Cirugía Vascular incluyó un TAC de aorta abdominal y miembros inferiores (MMII), en el que además se identificó una colección intramuscular en el vasto medial izquierdo, probablemente en relación con artritis séptica.
Se realizaron dos procedimientos quirúrgicos de urgencia:

- Cirugía Vascular: trombectomía de MID para tratar la isquemia arterial.
- Traumatología: artrocentesis de la rodilla izquierda con salida de material purulento amarillento, con abundantes leucocitos polimorfonucleares y cocos grampositivos (Streptococcus pneumoniae) y se realizó una sinovectomía radical con lavado artroscópico.

Tratamiento y evolución:
El paciente ingresó en la Unidad de Enfermedades Infecciosas con diagnóstico de endocarditis infecciosa sobre válvula mitral por S. pneumoniae, con embolismos sépticos manifestados como isquemia arterial de MID y artritis séptica de MII. Los hemocultivos fueron positivos para S. pneumoniae, y recibió tratamiento antibiótico con ceftriaxona (2 g cada 12 horas) y gentamicina (3 mg/kg/día).
El paciente fue intervenido por Cirugía Cardiaca tras los hallazgos de la ecocardiografía realizándose una reparación mitral
Durante la hospitalización, evolucionó favorablemente. La ecocardiografía de control evidenció una adecuada reparación mitral, con leve restricción en la apertura e insuficiencia mitral moderada, sin otras alteraciones relevantes. Además, mostró una evolución positiva en términos de perfusión, movilidad y sensibilidad de la MID tras la trombectomía.

CONCLUSIONES

La endocarditis infecciosa es una patología poco frecuente pero de elevada morbimortalidad, con una incidencia de entre 4,9 y 7,8 casos por 100,000 personas-año. Su presentación clínica puede ser inespecífica, con manifestaciones músculo-esqueléticas como artralgias y mialgias, aunque la artritis séptica es menos común (presente en aproximadamente el 13% de los casos).
El caso presentado resalta la importancia del diagnóstico precoz y el manejo oportuno, dado que la endocarditis puede complicarse con fenómenos embólicos sépticos, como la isquemia arterial aguda y la artritis séptica observadas en nuestro paciente, evitándose así dichas complicaciones y mejorando el pronóstico.
El abordaje multidisciplinario fue clave en la evolución favorable del paciente, involucrando a los servicios de Urgencias, Enfermedades Infecciosas, Cardiología, Cirugía Cardiaca, Cirugía Vascular y Traumatología. Este enfoque permitió un tratamiento antibiótico dirigido, cirugía reparadora valvular y desbridamiento artroscópico, logrando una recuperación progresiva.

P. #762

ODINOFAGIA Y FIEBRE DE 9 DÍAS DE EVOLUCIÓN EN MUJER DE 16 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Inmaculada Morcillo Sillero, Luis Zafra Iglesias
Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Mujer de 16 años. Sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentos conocidas. Fumadora de 12 cigarrillos/día. Acude a Urgencias por fiebre termometrada de hasta 40 ° C de 9 días de evolución, con odinofagia acompañante. Refiere además cefalea holocraneal con náuseas sin vómitos, y parestesias en miembros inferiores. Presenta astenia y fatiga generalizada, con adenopatía laterocervical izquierda desde hace 3 días. Ha sido valorada en dos ocasiones por parte de su médico de familia, con pauta de tratamiento antitérmico con escasa respuesta. No refiere otra sintomatología de interés.
Exploración
Tensión arterial 109/47. Frecuencia cardíaca 159 latidos por minuto.
Temperatura 40,1 ° C. Saturación O2 94 % aire ambiente. Consciente, orientada, normocoloreada, eupneica en reposo.
A la exploración, auscultación cardíaca con tonos taquicárdicos rítmicos, sin soplos, roces o extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración otorrinolaringológica con faringe hiperémica y mínimo exudado en pilar amigdalino izquierdo no pultáceo, sin desviación de úvula. Se palpa adenopatía laterocervical izquierda dolorosa a la palpación menor a 1 centímetro. Exploración neurológica sin focalidad, con Glasgow 15/15 y signos meníngeos negativos.
Diagnóstico diferencial
Absceso retrofaríngeo, infecciones por estreptococos del grupo A, sepsis, endocarditis, neoplasias, causas de trombosis de vena yugular interna.
Pruebas complementarias
En analítica, destaca hemograma Hb en 11,3 g/dL con resto de series normales; coagulación con INR 1,27, fibrinógeno 896 mg/dL y actividad protrombina 68 %; bioquímica con GGT 337 U/L y GOT 47 U/L; Proteína C Reactiva 165 mg/L y Procalcitonina 10 ng/mL.
Radiografía de tórax con índice cardiotorácico normal, sin evidencia de condensaciones neumónicas ni pinzamiento de senos costofrénicos.
Hemocultivos extraídos en Urgencias positivos para Fusobacterium Necrophorum. Urocultivo negativo.
Frotis de sangre periférica con hallazgos de anemia normocrómica- normocítica, sin otras alteraciones relevantes.
TAC con contraste intravenoso de cuello con hallazgos de hipertrofia de amígdalas palatinas y tromboflebitis séptica de la vena yugular interna izquierda, sugestivo de síndrome de Lemierre. No imagen de absceso cervical.
Juicio clínico
Síndrome de Lemierre. Tromboflebitis séptica de la vena yugular interna izquierda. Bacteriemia por Fusobacterium Necrophorum.
Evolución
Tras el diagnóstico realizado una vez ingresada la paciente en la planta de Enfermedades Infecciosas, se inicia antibioterapia intravenosa y anticoagulante para el Síndrome de Lemierre, con buena respuesta y evolución favorable tras dos semanas ingresada

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemierre es una complicación poco frecuente de las amigdalitis agudas causada por Fusobacterium Necrophorum, una bacteria anaerobia Gram negativa habitual de la flora orofaríngea. Suele cursar en adolescentes y adultos jóvenes inmunocompetentes con fiebre, malestar general, dolor y rigidez cervical y odinofagia de varios días de evolución tras el antecedente de una faringitis aparentemente autolimitada, aunque también puede existir un antecedente de infección odontológica, así como mastoiditis. Tras esta primera etapa de infección primaria, aparece una invasión del espacio faríngeo vía linfática, con aparición de tromboflebitis de la vena yugular interna. En una última fase, esta enfermedad cursa con afectación metastásica, principalmente a nivel pulmonar, articular y gastrointestinal. Ante el diagnóstico de sospecha, se debe iniciar el tratamiento antibiótico (Penicilinas, Metronidazol o Clindamicina en monoterapia durante 3-6 semanas) sin esperar al resultado definitivo de los hemocultivos, puesto que la mortalidad asciende al 4-18 % de los casos si no se instaura un tratamiento precoz.

P. #788

REGRESA A CAZA POR NAVIDAD

Ivana Tavasci López, Sara Calle Fernández, Elena Carrasco Fernández

Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años antecedentes de Diabetes Mellitus, que acude presentando mal estar general y diarrea de dos días de evolución en contexto de ingesta de chorizos de jabalí según refiere el acompañante.
En la exploración física, presenta: T 37'3, TA 109/70, FC 65lpm, SAT O2 95%, FR 16rpm. Mal estar general, consciente y orientada, sequedad de boca, edema periorbitario bilateral, mialgias y artralgias, ruidos cardiacos normales, sin extra tonos, buena ventilación, murmullo ventricular conservado. Abdomen blando depresible doloroso en general, a predominio meso gástrico, no masas ni megalias Rh+++, sin signos de irritación peritoneal.
Se extrae analítica de sangre, gasometría venosa, hemocultivos y coprocultivo al momento pendiente de recoger, radiografía de tórax y abdomen. En analítica destaca: hemoglobina 16'3g/dl, leucocitosis con neutrofilia ,eosinófilos 18'2%, plaquetas 166 10'3/ul, TP 15sg, AP 66%, INR 1,36, fibrinógeno 718mg/dl, GOT 13UI/L/ GPT 23UI/L, bilirrubina 0,4mg/dl, glucosa 389mg/dl, creatinina 0,61mg/dl, urea 32mg/dl, LDH 198UI/L, amilasa 23 UI/L, sodio 133meq/L, potasio 4,3meq/L, cloro 101meq/L, PCR 10,82mg/dl. Gases venosos: PH 7,38, PO2 41,2mmhg, PCO2 44,7mmhg, HCO3 26,9mmol/L SAT 77%, Lactato 1,5mmol/L.
Rx de tórax sin particularidades, Rx adomen con aumento de gas en marco colonico
La paciente pasa a Observación con sueroterapia y corrección de glucemia, analgesia protección gástrica y antiespasmódicos, me refiere que varios integrantes de la familia presentan los mismos síntomas desde hace unos días y que han acudido al Hospital referente de zona donde se ha abierto un expediente, me refiere que han ingerido chorizos de Jabalí que otro familiar adepto a la caza repartió
La paciente cumple criterios clínicos y epidemiológicos para catalogarse como caso sospechoso de Triquinosis según protocolo de Sanidad de Castilla la mancha
Nos ponemos en contacto con Epidemiologia
Ante la sospecha Se deja pedido Elisa Anticuerpos Antitrichinella spiralis , una de las opciones para objetivar diagnóstico de certeza dado que la Biopsia de tejido Muscular ya no se plantea debido al carácter invasivo de la prueba
Se procedió al alta con tratamiento antihelmíntico Albendazol 400 mg cada 12 hs durante 15 días , aumento de la ingesta de líquidos y contacto con Epidemiologia

CONCLUSIONES

La triquinosis es una enfermedad parasitaria que afecta a humanos y mamíferos , las larvas del parásitos se alojan principalmente en músculos estriados con alta concentración de oxígeno , las manifestaciones clínicas son variables dependiendo de la cantidad de larvas ingeridas y el estado inmunitario del huésped, los primero síntomas aparecen entre 3 y 5 días tras la ingesta pudiendo presentar cuadro de gastroenteritis con dolor abdominal que puede ser difuso y pasar a veces desapercibido, la parición repentina de molestias y dolores musculares ,edema periorbitario y fiebre son signos característicos y comunes
El diagnostico de sospecha clínica se refuerza con el antecedentes de ingesta de carne inadecuadamente cocinada, la aparición de eosinofilia, pruebas serológicas ,el vínculo con otras personas enfermas junto con un título IGg creciente confirman el diagnostico
En nuestro caso el diagnóstico de sospecha fue Clínico dado que el resultado del Elisa de la paciente fue Negativa ,siendo el test de un familiar positivo
Recordar que la triquinosis es una enfermedad de Declaración obligatoria

P. #840

BACK TO BASICS: LA SEMIOLOGÍA COMO PILAR DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Mauro Bosi, Flora García Sánchez, Pablo Olivares Carril
Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

El síndrome de vena cava superior (SVCS), es el resultado de la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo de la vena cava superior hacia la aurícula derecha, debido a invasión o compresión extrínseca. Su causa principal es de naturaleza maligna, siendo los más frecuentes: cáncer de pulmón, linfoma, mama, ORL o metastásicos. En una menor proporción, la etiología puede ser benigna debido a trombosis, tumores benignos y procesos infecciosos. La intensidad de los síntomas suele correlacionarse con la rapidez, nivel y extensión de la obstrucción venosa y la cantidad de venas colaterales implicadas. Clínicamente se caracteriza por disnea y la triada clásica de edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral toraco-braquial. Aunque puede tener una presentación variable desde casos asintomáticos hasta urgencias potencialmente mortales debido al compromiso de la vía aérea y/o al aumento de la presión intracraneal. En el diagnóstico se utilizan técnicas de imagen y el tratamiento debe instaurarse lo antes posible.

Caso clínico

Mujer de 63 años, exfumadora, con antecedente de adenocarcinoma de colon TxNxB1b (estadio IV), triple negativo RAS wildtype y afectación metastásica a nivel hepático y suprarrenal. Cumpliendo criterios de irresecabilidad tumoral inicial por compromiso de ambos lóbulos hepáticos. Al momento de la consulta, estaba participando en un ensayo clínico.

Acudió al Servicio de Urgencias por presentar eritema y edema localizado en 1/3 superior de tronco de 5 días de evolución. Aunado a cefalea y disnea a moderados esfuerzos de 4 semanas de evolución, sin otros síntomas sugestivos de infección respiratoria. Inicialmente el cuadro clínico fue catalogado de probable reacción alérgica.

Exploración física: TA 110/89mmHg, 120lpm, SatO2 96%, afebril. Facies congestiva, coloración eritematoviolácea en porción superior derecha de tronco, no pruriginosa, edema en esclavina y circulación colateral. Gran ingurgitación yugular derecha no colapsable. Portadora de Porth-a-Cath® (PAC) en región pectoral derecha, sin signos de flogosis.

Diagnostico presuntivo inicial: Síndrome de vena cava superior de etiología a filiar. (invasión / compresión tumoral vs trombosis)

RX tórax: índice cardiotorácico conservado. Ligero ensanchamiento mediastínico a expensas de radioopacidad parahiliar derecha. Catéter venoso central en región pectoral derecha. No se aprecian infiltrados parenquimatosos, masas pulmonares ni compromiso pleural.

TC tórax con contraste: Trombosis venosa de la vena cava superior hasta la aurícula derecha sin trombo intraauricular, vena yugular interna derecha desde el ángulo mandibular, ambas venas subclavias hasta la axila, tronco innominado y venas superficiales del miembro superior derecho. Marcadas colaterales en mediastino y región torácica superficial izquierda. No se evidencian masas glóticas, supraglóticas, lesiones en tiroides y glándulas salivales. No se apreciaron adenopatías mediastínicas ni masas pulmonares.

Tratamiento y evolución:

Se instauró tratamiento mediante medidas posturales, oxigenoterapia, diuréticos de asa y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se procedió a la retirada del PAC. Presentando una evolución clínica favorable en el corto plazo, aunque con persistencia de la trombosis venosa en vena yugular interna y subclavia derecha en el TC torácico de control realizado a los 3 meses. Ante la evidencia de una respuesta parcial de las metástasis hepáticas, se decidió continuar en el ensayo clínico, decidiendo buscar una vía venosa central alternativa para administrar el tratamiento.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del SVCS es fundamentalmente clínico, de allí la importancia de reconocer los signos y síntomas de esta entidad. Resulta crucial complementar con pruebas de imagen de tórax (Rx, TC, RM) para valorar la extensión y determinar la etiología. A pesar de tratarse de un síndrome infrecuente, su expresión clínica es altamente sugestiva, y no se debe demorar su correcto abordaje. El diagnóstico precoz permitirá un tratamiento oportuno y evitará complicaciones potencialmente mortales.

P. #951

SARCOMA DE ARTERIAS PULMONARES DEBUT COMO UN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Rafael Paez Camacho, María Andreina Finol Almarza
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

El sarcoma de arterias pulmonares es una entidad clínica difícil de reconocer que, en muchas ocasiones se confunde o se esconde detrás de un tromboembolismo pulmonar. Generalmente, son pacientes que llegan a las urgencias y son diagnosticados con síndromes clínicos relacionados con embolias pulmonares. Es necesario conocer a fondo esta patología poco habitual, que presenta un desafío tanto para el médico como para el paciente por el pésimo pronóstico y escasa supervivencia.
Varón de 43 años, sano, sin FRCV, sin alergias medicamentosas, portador de la variante patogénica c.1937 en el gen MLH1 que acude a urgencias tras persistencia de disnea a medianos esfuerzos desde hace varios meses tras haber sido diagnosticado de TEP agudo en un centro privado y tras haberse mantenido por 1 mes con HPBM a dosis anticoagulante. Al examen físico, se le encuentra en buenas condiciones generales, afebril, eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados, pero con hipoventilación en base izquierda. No ingurgitación yugular, no edemas de miembros inferiores ni signos de TVP. El paciente aporta ANGIO TC pulmonar privado del día previo con persistencia de TEP crónico, con trombo que ocluye toda la luz de las arterias pulmonares izquierdas y una rama segmentaria anterior del LSD, con signos de probable sobrecarga derecha. En urgencias se solicitan pruebas donde se obtienen analíticas dentro de la normalidad, ECG con ritmo sinusal a 63 lpm, eje izquierdo, BICRDHH, PR de 150 ms, sin alteraciones agudas de la repolarización. Rayos de tórax con aumento de trama vascular y bronquial bilateral. Hilio pulmonar derecho prominente con probable atelectasia vs infarto pulmonar de lóbulo inferior derecho. No derrames ni pinzamientos de senos costofrénicos. En vista de, la persistencia de disnea de esfuerzo y resultados de pruebas complementarias se ingresó a cargo de neumología que realiza nuevas pruebas como estudio antifosfolípido el cual es negativo. TAC y RMN de abdomen donde se evidencian lesiones focales hepáticas que radiólogos sugieren filiar con un PET-TC, el cual es solicitado y se objetiva intensa actividad en la bifurcación de la arteria pulmonar, con extensión hacia arteria pulmonar izquierda y sus ramas, así como depósito de FDG en rama segmentaria anterior del LSD, hallazgos que podrían estar en relación con malignidad. Durante su ingreso en neumología y tras haberse realizado nuevas pruebas de imágenes se realiza biopsia mediante cateterismo venoso femoral con catéter Swan-Ganz y se toman muestras de la arteria pulmonar izquierda que anatomía patológica da resultado concordante con sarcoma intimal de arteria pulmonar con positividad intensa para vimentina Ki67 90%.
Tras haberse completado el estudio diagnóstico y haber determinado la causa de TEP crónico, se deriva a unidad de sarcoma de hospital de alta resolución en otra provincia donde, tras evaluación de comité de tumores inician tratamiento quimioterápico con epirrubicina e ifosfamida desaconsejando cirugía de resecabilidad. Actualmente, el paciente se mantiene con tratamiento cada 14 días con ifosfamida y se mantiene asintomático, con controles periódicos.

CONCLUSIONES

El sarcoma de arterias pulmonares es una entidad poco conocida y estudiada. Son pocos los pacientes que se diagnostican a tiempo y que logran iniciar tratamiento quirúrgico o quimioterápico por la ausencia de síntomas, ya que, este es un sarcoma que invade la íntima y rara vez la adventicia de las arterias pulmonares por lo que metastatizan al parénquima pulmonar, ganglios hiliares, mediastínicos y cuando ocasionan síntomas, suelen estar diseminados. En el caso de pacientes sin antecedentes personales de factores de riesgo para TEP deberíamos siempre descartar la patología tumoral y no quedarnos solo con la anticoagulación y resolución del cuadro de embolia pulmonar.

P. #959

CASO CLÍNICO: TROMBOSIS VENOS PROFUNDA EN PACIENTE CON MARCAPASOS Y ANTICOAGULACIÓN

Macarena Campos Carreras, Laura Codina Carballo, Andrea Lorda Valle, Francisco Javier Ayuso Iñigo
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus, dislipemia, hipertensión arterial, portador de marcapasos desde hace un año por flutter auricular lento.
Tratamiento habitual: Edoxaban, Atorvastatina, Empaglifocina/metformina.
Motivo de consulta: Varón de 66 años que acude a Urgencias por inflamación del miembro superior izquierdo (MSI).
Refiere que tras despertarse esa mañana (unas 8/10 horas) ha notado sensación de inflamación en brazo izquierdo asociado a enrojecimiento. No presenta dolor, disnea, dolor torácico ni fiebre. No ha recibido traumatismos previos.
A su llegada a urgencias paciente estable con tensión arterial de 139/92 mmHg, saturación de oxígeno del 97% y temperatura 36.5°C.
A la exploración física presenta buen estado general, eupneico. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Destaca edema y eritema en todo en MSI. No se aprecia soluciones de continuidad en piel. Pulsos presentes excepto cubital. No doloroso a la palpación. Movilidad y sensibilidad preservadas.
Pruebas complementarias (PPCC): se solicita analítica con hemograma (hemoglobina y leucocitos en rango de normalidad), coagulación (sin alteraciones excepto INR 1.3), d-dímero (244 ng/mL) y proteína C reactiva (85 mg/L).
Dado a los antecedentes del paciente, a pesar de tener un d-dímero normal, la principal sospecha fue de una trombosis venosa profunda (TVP) de MSI por lo que se realiza una ultrasonografía doppler venoso del MSI: venas cefálica y basílica braquiales permeables. Venas satélite humerales permeables. Trombo hipoecoico en venas axilar y subclavia.
Juicio clínico: El paciente presenta una TVP axilo-subclavia izquierda. Se indicó suspender lixiana y cambiar anticoagulación a enoxaparina durante al menos 3 meses y cita de revisión con cirugía vascular, así como estudio de trombofilia y TAC toraco-abdomino-pélvico.

CONCLUSIONES

Ante una edematización y enrojecimiento de un miembro, las principales patologías que se han de sospechar principalmente son: trombosis profunda y celulitis. El hecho de que un paciente esté anticoagulado disminuye la probabilidad de TVP así como un d-dímero en rango de normalidad (presenta un valor predictivo negativo pero sólo en casos de baja probabilidad), sin embargo no descarta el diagnóstico por completo. Es importante en este caso recordar que el ser portador de marcapasos implica un riesgo aumentado de trombosis de MSI debido al aumento de los factores de inflamación. El método diagnóstico más sensible es la eco-doppler con compresión (sensibilidad de un 97%)

P. #995

UN CUADRO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ESPECIAL

Laura Royuela Del Olmo, Alejandro Becerra Wong, José Herrera Díaz, Kevin Rodríguez Morales, Inés Jiménez Viseu-Pinheiro
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años, procedente de Colombia, sin viajes recientes, que acudió a urgencias por cuadro de odinofagia y fiebre de 5 días de evolución. Previamente valorada por su médico de primaria con pauta de amoxicilina de la que tomó tres dosis. Se realizó test de estreptococo y radiografía de tórax con aumento de densidad en LID, dándose de alta con amoxicilina y azitromicina. Ese mismo día acudió de nuevo por inicio de cuadro de hemoptisis con coágulos.
La paciente presentaba buen estado general, con buena perfusión y coloración de piel y mucosas, relleno capilar menor a 2 segundos. TA 115/72, Sat O2 96%, Fc 98 lpm, T 37,2°, auscultación cardíaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, crepitantes en ambas bases pulmonares que se modifican con la tos. Resto anodino.
Pruebas complementarias
Analítica
- Hemograma: Leucocitos 18.700/µl, Plaq 399.000/µl. Hb 10.1 g/dl (previa de 12 g/dl). VCM 98 fl.
- PCR: 114 mg/l. Procalcitonina plasmática 0.15 ng/mL (0 - 0.1)
- Bioquímica: glucosa 92 mg/dl, urea mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, EPI >90 mL/min/1,73m2, sodio 139 mEq/l, potasio 4,7 mEq/l.
- Coagulación: INR 0.9,1 ; APTT 27
- Gasometría: pH 7,40, pO2 84 mmHg; pCO2 37.9 mmHg, HCO3 25.3 mmol/l

Estudio de imagen
Radiografía de tórax: ICT normal, aumento de densidad en segmento apical de LID.
TAC torácico: hallazgos radiológicos sugerentes de proceso infeccioso-inflamatorio de vía aérea con diseminación broncógena, probable tuberculosis.
Basándonos en los resultados de estas pruebas fue ingresada a cargo de Neumología pendiente de recogida de cultivo de esputo para microbiología, PCR de Mycobacterium tuberculosis y serologías de VIH 1-2, Hepatitis B y C y Treponema Pallidum. Se pautó analgesia de rescate, codeína y ácido tranexámico. La paciente se mantuvo en aislamiento respiratorio en todo momento durante su estancia en urgencias.
Durante el ingreso fue diagnosticada de tuberculosis bacilífera tras realizar baciloscopia, las serologías fueron negativas, se obtuvo un IGRA positivo y la PCR fue igualmente positiva para M. tuberculosis sensible a rifampicina, por lo que se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, dada de alta en el momento en que dejó de ser bacilífera manteniendo tratamiento hasta completar 2 meses de etambutol y pirazinamida y 6 meses de isoniacisa y rifampicina.

CONCLUSIONES

El pulmón es el órgano principalmente afectado en la infección por tuberculosis al ser el portal de entrada del microorganismo,

produciéndose sintomatología a este nivel tanto en tuberculosis primaria como en las reactivaciones1. La OMS ha propuesto el objetivo de reducir en un 90% su incidencia entre 2015 y 2035, ya que antes de la pandemia de Sars-Cov2, la tuberculosis era la enfermedad humana más prevalente en el mundo2, sus pruebas diagnósticas principales como el Mantoux o el IGRA tienen sus propias limitaciones y es una micobacteria de difícil crecimiento a partir de las muestras microbiológicas. Por tanto y por sus regímenes de tratamientos complejos por el aumento de resistencias a algunos de los antibióticos 3, el objetivo final está centrado en la identificación precoz sobre todo en poblaciones de alto riesgo y seguimiento de los casos para comprobar la evolución del paciente y la respuesta a las terapias 2

P. #997

EL GRAN DESCONOCIDO

Aitana Martínez Sebastián, Laura García Lara, Javier De Arístegui Bengoechea, Mª José Palomo De Los Reyes, Alba Teresa Martín Rayo, Ana Soledad Benito Martín-Preciados

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años, natural de Perú, en España recientemente por vacaciones. Es hipertenso, en tratamiento con irbersartan 120 mg/día y nifedipino 30 mg/d, fumador de 1-2 cigarrillos y en abril de 2023 estuvo ingresado en la UCI de Perú por shock séptico de origen urológico.

Acude a Urgencias refiriendo cuadro catarral de 1 semana de odinofagia y tos seca, diarrea aguda autolimitada y fiebre. 3-4 días posteriores, comienza con mal estar general e incapacidad funcional por aumento de diámetro de miembros inferiores, que asciende hasta superiores y pared abdominal, con empastamiento y turgencia de estos, enfriamiento de los miembros, cianosis y dolor en región acra. Le recuerda al ingreso en UCI.

A la exploración física, estable hemodinámicamente, aunque con tendencia a la hipotensión, saturando a 96% basal, eupneico, afebril. Regular estado general, muy mala perfusión distal con cianosis acra de las cuatro extremidades y edematización, de consistencia dura, sin fóvea, con alguna flictena.

En la analítica destaca fracaso renal agudo (FRA) con creatinina de 2.08 mg/dl, PCR 18 mg/dL, leucocitosis (24000) con neutrofilia (20500), hematocrito 62%, hemoglobina 20.4 gr/dL y plaquetopenia (100000). En la gasometría venosa, acidosis metabólica (pH 7.29, HCO3 17 mmol/L) con aumento del anión GAP y lactato de 64 mg/dL. El sistemático de orina era normal.

Se solicita TAC tórax-abdomen con CIV sin hallazgos relevantes.

Se inicia sueroterapia intensa y se solicita:

Frotis en sangre periférica, por la diarrea, FRA y trombocitopenia, sin objetivar células inmaduras o atipias, descartando microangiopatía trombótica.

Ecocardiograma: normal, pero con importante estado depletivo.

TAC vascular objetivándose sólo un engrosamiento de músculos del compartimento posterior. Se descarta isquemia arterial secundaria a hiperviscosidad y síndrome compartimental.

Ante evidente mejoría de los parámetros analíticos únicamente con sueroterapia y recopilación de todos los datos principales (proceso infeccioso + hipotensión + hemoconcentración + hipoproteinemia + edemas generalizados sin fóvea + FRA), se llega al diagnóstico definitivo más probable de síndrome de fuga capilar probablemente secundario a infección respiratoria, sin descartar síndrome hemofagocítico. Se procede al ingreso.

Se realiza un estudio de autoinmunidad y proteinograma, resultando normales. Se descarta síndrome hemofagocítico por ausencia de criterios y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas. La evolución del paciente es favorable, con resolución de alteraciones analíticas y progresiva de edemas.

CONCLUSIONES

El SFC es una condición rara caracterizada por episodios transitorios de extravasación de plasma y colapso vascular, acompañados de hemoconcentración, hipotensión e hipoalbuminemia. La causa subyacente es una disfunción endotelial transitoria que permite la fuga de fluidos y macromoléculas desde el espacio intravascular hacia el intersticial.
Puede ser idiopático o secundario a otras condiciones como procesos sépticos, hematológicas o tumores sólidos, síndrome de hiperestimulación ovárica o exposición a ciertos fármacos o toxinas, entre otros.
El diagnóstico es de exclusión y la tríada típica se caracteriza por hipotensión, hemoconcentración e hipoalbuminemia, seguida de edema generalizado de rápido desarrollo en cara, tronco y extremidades. Suelen ir precedidos por síntomas inespecíficos como debilidad, fatiga y mialgias y existe riesgo de fracaso multiorgánico debido a la hipoperfusión sistémica o síndrome compartimental en extremidades secundario a edema.
El manejo agudo incluye sueroterapia intensa y vasopresores. Actualmente se recomienda tratamiento con Ig IV tanto en el momento agudo como de forma preventiva.
Para concluir, es importante tener en cuenta el diagnóstico de SFC en todo paciente que presente hipotensión y hemoconcentración, descartados procesos sépticos o anafilácticos. Además, una mayor conciencia conducirá a una mayor identificación de casos.

P. #1037

DOCTORA SE ME HA INFLAMADO EL BRAZO IZQUIERDO Y ME DUELE

Verónica Castillo Gómez[1], Carmen Ángeles Cáliz Rodríguez[1], Irama González Araujo[1], Laura G Figueras[2], María Remartinez San Pedro[1]

1. HEE, Madrid, España
2. San Isidro, Buenos Aires, Argentina

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 70 años acude a urgencias por lesión eritematosa, dolorosa y caliente en antebrazo izquierdo de 15 días de evolución que no mejora a pesar de tratamiento con Cefalexina y Prednisona durante 7 días tras valoración por su médico de antencion primaria. Afebril.
Niega traumatismo, mordedura o picadura aparente.
-Antecedentes personales: Linfoma No Hodking de bajo grado (reciente diagnóstico, no tratamiento actual, pendiente de nueva cita con hematología). Cáncer papilar de tiroides erradicado con hipotiroidismo secundario.
A su llegada a la urgencia:
- Constantes: Tension Arterial (100/60), Frecuencia cardiaca 100 lpm, Sat02 96%, Frecuencia respiratoria 14 rpm, Temperatura 38.2•C.
- Exploracion física:
Extremidad Superior Derecha: lesión eritematosa, dolorosa, indurada y caliente en antebrazo derecha no fluctuante.
Extremidad Inferior Derecha: lesión idéntica en región inguinal derecha, no adenopatías locoregionales.
-Electrocardiograma: taquicardia sinusal 100 lpm, no alteración repolarizacion
-Analítica sanguinea: Glóbulos blancos 1300, Hemoglobina 10.
- Radiografía tórax PA y LAT: no alteracion de partes blandas, ni lesiones óseas agudas, no claros infiltrados ni condensaciones.
Se extraen serológicas, hemocultivos y se realiza ecografía de lesión en antebrazo derecho (sugerente de absceso: se realiza drenaje y cultivo del mismo).
Se cursa aislamiento, ingreso en medicina interna y se inicia ciprofloxacino + clindamicina + prednisona.
-ITC hematologia : sospecha de lesiones cutáneas paraneoplasicas.
A los 5 días de ingreso inicia fiebre (38•C) y rash cutáneo pustuloso generalizado.
En ese momento avisan de laboratorio: Hemocultivo: Nocardia Brasilliensis (aparece también en cultivo de la lesión drenada)
Se re-interroga a la paciente y refiere que en las últimas semanas ha estado en su casa de campo encargándose del jardín .
Se amplía estudio con TAC craneal + torácico (sin patología aguda), se realiza drenaje de absceso inguinal derecho y se inicia tratamiento con amikacina + bactrim + linezolid con mejoría clínica.
Finalmente fue dada de alta a los 21 dias de ingreso, continuando tratamiento en domicilio (minociclina + bactrim). La paciente se negó a iniciar tratamiento en relación con linfoma de reciente diagnóstico (normalidad de hemograma al alta).
Diagnóstico : Nocardiosis diseminada con infección de piel y partes blandas en paciente inmunodeprimida.

CONCLUSIONES

La nocardia es un gram-positivo que no forma parte de la flora comensal humana ni animal pero tiene un importante papel en descomposición de materia vegetal. Se transmite por vía inhalada o percutanea, como en el caso de nuestra paciente.
Es una gran simuladora que precisa un diagnóstico diferencial extenso.
Poco frecuente de ahí lo destacable del caso.

P. #1111

VÉRTIGO DE CAUSA INFECCIOSA

Joana Andreu Mondon, Antonio Haro Bosch, Irene Gafarot Pérez

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet De Llobregat, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 25 años sin antecedentes de interés.
Día 1:
Acude a urgencias hospitalarias (URGH) por cuadro de inestabilidad cefálica rotatoria de 2 semanas de evolución y hace 4 días inicia otalgia derecha y empeoramiento del cuadro. Por sospecha de otitis media aguda, se inicia antibiótico (ATB) desde atención primaria (AP) con resolución de la infección, pero persistencia de la inestabilidad.
En URGH analítica y TAC craneal sin alteraciones de carácter patológico. Valorada por otorrinolaringología (ORL), evidenciando en la exploración física (EF):
-Neurológica (NRL): Pares craneales conservados. No dismetría. Fuerza 4/5 en extremidades inferiores y 5/5 en superiores. Barany lateraliza a la derecha. Romberg, Marcha en tándem no valorable por cuadro de vértigo. Nistagmo horizontorotatorio con fase rápida a la izquierda. Head impulse test positivo. No alteración de la audición.
-Otoscopia bilateral: normal.
Con orientación diagnostica (OD) de posible neuritis vestibular derecha, se decide alta a domicilio con corticoterapia oral, antieméticos y sedantes vestibulares.
Día 2
Reconsulta al cabo de 5 días, tras presentar fiebre, somnolencia, disnea, inestabilidad cefálica, hipoestesia derecha, disartria y nistagmo multidireccional.
La EF en URGH:
-Malestar general, somnolencia, T°38°C, hipotensión, frecuencia cardíaca (FC) a 130lpm, taquipnea con requerimiento de FiO2 del 31%.
-Exploración cardiorespiratoria: tonos rítmicos, sin signos de hipoperfusión con hipofonesis leve bilateral, presencia de sibilantes y crepitantes difusos.
-NRL: Somnolencia, comprende y ejecuta órdenes simples y complejas, nómina y evoca 5/5, disartria inteligible (1), dudoso defecto campimétrico (1) a la confrontación, impresiona de disfagia, nistagmo multidireccional. fuerza 4+/5 derecha (1), hemihipoestesia derecha (1). No se explora marcha ni dismetrías. NIHSS 4
Pruebas complementarias (PPCC):
-Gasometría inicial: Insuficiencia respiratoria con PAFI 220 mmHg sin hipercapnia.
-Rx de tórax destaca consolidación en lóbulo inferior izquierdo.
-Analítica: reactantes de fase aguda (PCR 401) sin leucocitosis, tiempo de protrombina alargado a 1.42, no diselectronemias, función renal y hepática conservada.
Se inicia ATB con Amoxicilina –clavulanico (A/C) por sospecha de sobreinfección respiratoria y tras revaloración, por persistencia de la alteración neurológica, se realiza punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio.
Posteriormente, se inicia oxigenoterapia con gafas nasales de

alto flujo (GNAF), con buena tolerancia, y mejoría hemodinámica.
PPCC:
-LCR con 270 leucocitos (88% linfocitos), glucosa de 4 mmol/L, proteína 0.49 g/L, ADA 6 U/L. Gram y antígeno neumococo negativo. Pendiente FilmArray.
-Antígenuria neumococo negativo.
-TC craneal sin alteraciones significativas.
Tras valoración conjunta del servicio de urgencias, medicina intensiva y enfermedades infecciosas se orienta como meningitis purulenta de diferentes causas:
-Neumococo como primera opción (clínica evidente, neumonía y antecedente de otitis), la paciente ha recibido antibiótico recientemente y los cultivos podrían tardar en positivizar. El neumococo de forma rara puede dar romboencefalitis.
-Presenta afectación romboencefálica, está clínica es más común en Listeria pero esta paciente no tiene factores de riesgo clásicos: pacientes que presentan alteraciones de la inmunidad celular por procesos hematológicos malignos, transplante de órganos, edad avanzada, embarazo y terapia crónica con corticoides.
Se inicia tratamiento bajo protocolo de meningitis aguda: dexametasona 14 mg / 24h, cefotaxima 4 g /24h, ampicilina 4g / 6h, lacosamida 200 mg /6h, manitol y Aciclovir 15 mg/kg/8h.
Se solicitan:
• VIH negativo.
• Filmarray con PCR positiva para Listeria monocytogenes.
• Gram: bacilos gram positivos.
Finalmente, con OD de Romboencefalitis con Afectación bulbar y paresia de VI, VII, IX izquierdos por Listeria monocytogenes, se inicia Ampicilina 4g/6h y Gentamicina 250 mg / 24h.
Finalmente la paciente ingresa en UCI.

CONCLUSIONES

La rombencefalitis por Listeria Monocytogens es una infección grave e infrecuente del tronco cerebral. Afecta principalmente a sujetos previamente sanos. Clínicamente se manifiesta en dos fases: la primera con síntomas inespecíficos, de una semana aproximadamente de duración y la segunda con aparición de signos de focalidad neurológica a nivel del tronco cerebral.

P. #1155

LE PROMETO QUE YO NO HE HECHO NADA...

Carmen Paúl Ríos, Antonio Fernández Rosillo, Ana Bonmaí Seva, Deborah Prats Florez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: Mujer de 25 años que acude a consulta por presentar una úlcera genital dolorosa. Como antecedentes personales presenta alergia estacional en tratamiento con ebastina. Niega haber mantenido relaciones sexuales desde hace 5 meses (las cuales fueron con preservativo), descarta traumatismos genitales y el uso de productos tópicos. Refiere que es la primera vez que le ocurre. A la anamnesis nos cuenta que llevaba 2-3 días con un cuadro febril de hasta 39ºC, tos seca, mucosidad, odinofagia, aftas orales y astenia. Ha estado tomando ibuprofeno y paracetamol, con lo que había tenido mejoría clínica, pero tras esta comenzó con molestias en genitales al roce con la ropa y la micción, autodetectándose la úlcera genital.
Exploración y pruebas complementarias: BEG, CYO, NHYNP, eupneica en reposo, afebril. ACR: Rítmica sin soplos audibles. MVC sin ruidos patológicos asociados. Orofaringe hiperémica sin placas ni exudados con múltiples aftas orales. No adenopatías. Úlcera genital única en labio menor derecho proximal a perineo, dolorosa a la palpación, profunda, recubierta de fibrina y sin secreciones. Se realizó una analítica sanguínea en la que se mostraba una leve leucocitosis a expensas de neutrofilia. Se tomaron muestras de exudados de la úlcera y vaginal, siendo estas negativas. También se realizaron estudios serológicos y PCR de clamidia y gonorrea, siendo positivos Ig G VHS tipo 1, Ig G anti-VCA VEB, Ac VHA y Ac anti-HBsAg.
Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas, dermatosis, neoplasias y traumatismos.
Juicio clínico: Tras las múltiples pruebas complementarias negativas, la evolución clínica de la paciente con la completa desaparición de la úlcera genital y consultar con dermatología e infecciosas, se llegó a la conclusión de que la paciente había padecido una Úlcera de Lipschütz.

CONCLUSIONES

Las Úlceras de Lipschütz afecta a pacientes mujeres que no han mantenido relaciones sexuales nunca, también tras la primera relación coital o tras largos períodos de abstinencia sexual. Se inicia con fiebre alta, sintomatología de vías respiratorias altas, odinofagia y astenia. 3–4 días después aparecen las úlceras, sobretodo, en la superficie vestibular. Las lesiones, generalmente, son múltiples, profundas, dolorosas, cubiertas por una membrana sucia y adherida, y acompañadas de forma inconstante por edema y adenopatías inguinales. El cuadro es autolimitado y evoluciona hacia la curación espontánea, sin secuelas ni recidivas posteriores.

P. #1161

BARTONELLA: EL PELIGRO MICROSCÓPICO DE LOS GATOS

Juan Marcos Sánchez[1], Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[2], Enrique Romero Sánchez[3], Ana Macayo Martín[1], Sonia Andrea Mora Giraldo[3], Miguel Moreno Martín[3]

1. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
3. Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 34 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias de su centro de salud por presentar fiebre hasta 39ºC de 1 mes de evolución de predominio vespertino y aparición de adenopatías epitroclear y axilar aumentadas de tamaño y dolorosas al tacto. Refiere que el mes previo, tras pasar varios días en la sierra, se extrajo una garrapata adherida en miembro superior derecho. Ante sospecha de zoonosis se pauta doxiciclina durante 10 días. Tras pauta antibiótica el paciente menciona mejoría a nivel de dolor adenopático así como de la aparición de la fiebre, aunque sin remisión completa. Una semana posterior reaparecen picos febriles así como artritis en ambas manos y lesiones nodulares eritematosas en ambas regiones pretibiales, motivo por lo que el paciente consulta en el servicio de Urgencias hospitalarias. Se realiza analítica sanguínea donde destacaban leucocitosis 13.050 x10^3 u/L (89% neutrófilos), ligera elevación de transaminasas (AST 67 ALT 79) y aumento de proteína C reactiva (140 mg/dL). Radiografía de tórax y sistemático de orina sin alteraciones. Dados los hallazgos analíticos, la pauta antibiótica previa con respuesta parcial y la sospecha de zoonosis se decide ingreso en planta de Medicina Interna.

Durante el ingreso se solicita serología para microorganismos más frecuentemente asociados a zoonosis, con resultado positivo IgM para Bartonella henselae. Se reinterroga al paciente (quien únicamente convive en domicilio con un perro) que recuerda haber rescatado una cría de gato en el mes previo a la aparición del cuadro clínico, el cual le arañó la mano coincidente con el brazo donde aparecieron las adenopatías. Finalmente, se diagnostica de enfermedad por arañazo de gato (EAG) complicada, pudiendo ser dado de alta a los pocos días con pauta larga antibiótica con doxiciclina durante 4 semanas.

CONCLUSIONES

La EAG, causada por la bacteria Bartonella henselae, es una zoonosis que generalmente se presenta como una linfadenopatía autolimitada tras un arañazo, o menos frecuentemente, la mordedura de un gato. En ocasiones, puede complicarse con manifestaciones clínicas atípicas, como meningoencefalitis, neumonía, artritis, eritema nodoso o algunas formas de vasculitis. El diagnóstico de EAG se basa principalmente en una historia clínica detallada del paciente, la identificación de los síntomas característicos sumado al uso de pruebas serológicas, como la determinación de anticuerpos específicos, y técnicas moleculares como la PCR para detectar el microorganismo en las muestras clínicas.

En cuanto al tratamiento, la terapia antibiótica, principalmente con azitromicina o doxiciclina, es eficaz en la mayoría de los casos, aunque en las formas complicadas se puede requerir un enfoque más agresivo o prolongado, complementado con el uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs) para el manejo de aquellas formas con manifestaciones como la artritis o el eritema nodoso.

En nuestro caso, la picadura de garrapata actuó como confusor. Es por eso por lo que es crucial la realización de una anamnesis detallada, así como un diagnóstico y tratamiento tempranos, ya que, aunque en la mayoría de casos la EAG suele tener un curso benigno, hay formas complicadas que si no se tratan pueden tener consecuencias a largo plazo.

P. #1172

USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS RESTRICTIVAS

Manuel Luis Gómez blanco, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Gismera, Beatriz García-Borregón Domonte

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años con antecedentes de fibrosis pulmonar idiopática estadio leve, en seguimiento por Neumología y en tratamiento con nintedanib. Acude a urgencias por dificultad respiratoria progresiva de varios días de evolución, con desaturación severa hasta el 60%. Presenta taquipnea de 40 rpm, agitación y signos de hipoxemia severa, con cianosis central y distal. En exploración, Glasgow de 13, sin focalidad neurológica, y auscultación con buena ventilación bilateral con crepitantes secos. Se comienza tratamiento con corticoides intravenosos, antibióticos de amplio espectro y diuréticos, con sospecha inicial de proceso infeccioso o congestivo. Se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en modo BiPAP con IPAP 16 y EPAP 8, FiO_2 1 y rampa 1, observándose una mejoría inicial en la saturación de oxígeno y en la mecánica respiratoria. Sin embargo, tras 20 minutos, la VMNI se retira debido a volúmenes corrientes elevados (>1500 mL), por riesgo de barotrauma. En analítica se objetiva aumento de reactantes de fase aguda, con BNP y troponina elevados, y en ECG patrón Q3T3. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar, se realiza un angioTAC, que no evidencia signos claros de TEP central ni sobrecarga del ventrículo derecho. A pesar de diuréticos y mejoría de la diuresis, persiste una hipoxemia refractaria sin una respuesta clara al tratamiento instaurado y la oxigenoterapia, manteniendo saturación del 85% con FiO_2 al 50%. Se decide ingreso en UCI para optimización del soporte ventilatorio, instaurándose oxigenoterapia de alto flujo (OAF) con FiO_2 0.5-0.6 a 30 Lpm, lograndose una estabilización parcial, así como antibioterapia empírica por sospecha de posible infección desencadenante. A pesar de todo, el paciente no logra una recuperación completa de la insuficiencia respiratoria, por lo que la familia expresa su deseo de no avanzar hacia medidas invasivas en caso de un deterioro irreversible

CONCLUSIONES

La VMNI en pacientes con enfermedad pulmonar restrictiva, como la fibrosis pulmonar idiopática, presenta importantes desafíos y limitaciones que deben ser considerados en la toma de decisiones clínicas. En este caso, la VMNI permitió una mejoría transitoria en la oxigenación y la mecánica respiratoria, pero no evitó la necesidad de optimización del soporte ventilatorio y eventual ingreso en UCI. Esto resalta la dificultad de mantener una adecuada ventilación en patologías con volúmenes pulmonares reducidos y distensibilidad comprometida. En patologías restrictivas con hipoxia refractaria, la PEEP juega un papel central en la apertura alveolar y la mejora de la capacidad residual funcional, permitiendo un mayor reclutamiento pulmonar. Sin embargo, en pacientes con FPI, la respuesta a niveles elevados de PEEP es incierta, dado que la enfermedad se asocia con una reducción de la distensibilidad pulmonar y un riesgo potencial de sobredistensión alveolar. Otro aspecto clave en la VMNI de estos pacientes es la necesidad de ajustes precisos en la frecuencia respiratoria y el tiempo inspiratorio. La estrategia inicial con frecuencias de 14-16 rpm suele ser insuficiente, requiriendo ajustes para evitar la retención de CO_2 debido a los bajos volúmenes corrientes. Además, el uso de tiempos inspiratorios prolongados (1,2-1,5 segundos) puede favorecer una mejor distribución del gas intrapulmonar, pero debe monitorizarse cuidadosamente para evitar efectos adversos hemodinámicos o atrapamiento aéreo. En este contexto, la presión de distensión o “driving pressure” ha cobrado relevancia en los últimos años como un predictor de supervivencia en pacientes con insuficiencia respiratoria. Mantener este parámetro por debajo de 20 cmH_2O permite un mejor balance entre la apertura alveolar y la prevención de sobredistensión, optimizando la ventilación en enfermedades restrictivas. Sin embargo, en escenarios como la FPI, donde la pérdida del parénquima funcional es progresiva e irreversible, la respuesta a estas estrategias es limitada.

P. #1226

NANDA NIC NOC (CASO CLÍNICO CÓDIGO ICTUS) ¡EL TIC TAC QUE SALVA VIDAS!

Mª Jesús Montes Lozano
Hospital Genral Universitario Dr Balmis, Alicante, España

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 84 años trasladado desde domicilio con activación de Código Ictus por cuadro clínico de disminución progresiva del nivel de conciencia, hemiplejía derecha y afasia. Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Sin antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial ni dislipidemia. No hábitos tóxicos. Exploración física: TA: 118/95 mmHg. FC: 80 lpm (rítmica). Saturación O2: 98 % sin oxígeno. NIHSS: 8p (déficit neurológico leve-moderado). Presencia de sangre en cavidad bucal por probable mordedura lingual. Hemiparesia derecha y afasia moderada. Exploraciones complementarias: Analítica: Glucosa 113 mg/dL, creatinina 1.17 mg/dL, troponina 6.9 pg/mL. Neuroimagen: TC multimodal con hallazgo de oclusión crítica de la arteria cerebral media derecha, con desarrollo de circulación colateral. Diagnóstico médico: Ictus isquémico aterotrombótico ACM derecha. Estenosis intracraneal M1 derecha no tratada. Crisis convulsiva generalizada probable. Evolución: El paciente fue trasladado a la Unidad de Ictus, donde se decidió tratamiento conservador sin trombólisis ni trombectomía mecánica, dada la compensación con circulación colateral.

OBJETIVO

El objetivo principal es estandarizar el lenguaje enfermero a nivel internacional, garantizando una comunicación clara y uniforme en la práctica clínica. Para ello, se emplea la terminología de la North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I) para diagnósticos, la Nursing Interventions Classification (NIC) para intervenciones y la Nursing Outcomes Classification (NOC) para evaluación de resultados. Esta metodología permite aplicar un protocolo urgente en ictus isquémico, implementar cuidados de enfermería basados en evidencia y mejorar la calidad de la atención, optimizando la función neurológica y reduciendo complicaciones asociadas.

MÉTODO

Se empleó un abordaje integral basado en el protocolo Código Ictus, incorporando intervenciones de enfermería: Diagnósticos de enfermería (NANDA); 00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución del nivel de conciencia. 00047 deterioro de la movilidad física por hemiparesia secundaria a ictus. 00155 riesgo de deterioro de la comunicación verbal por afasia. Intervenciones de enfermería (NIC; Monitorización neurológica (3350): Valoración de reflejos pupilares, nivel de conciencia y signos de deterioro neurológico. Manejo de la vía aérea (3200): Control de secreciones y uso de oxigenoterapia si es necesario. Fomento del autocuidado (0201): Apoyo en higiene, alimentación y cambios posturales. Administración de medicación (0840): Control de hipertensión y glicemia según prescripción médica). Resultados esperados (NOC: 0902 Estado neurológico: Mantener estabilidad sin deterioro. 0410 control de la movilidad: Implementación de rehabilitación temprana. 0300 comunicación verbal: Apoyo en la recuperación del lenguaje).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El ictus isquémico requiere una actuación urgente. En este caso, la rápida identificación permitió activar el Código Ictus, garantizando atención especializada inmediata. Aunque el paciente presentó una oclusión crítica en la ACM, la circulación colateral compensó la isquemia, permitiendo un abordaje conservador. Desde el punto de vista de enfermería, se priorizó la monitorización neurológica, el manejo de la vía aérea y el control de factores de riesgo, siguiendo el protocolo de la unidad de ictus. Se enfatizó en la rehabilitación temprana, aspecto clave para mejorar la calidad de vida del paciente postictus. El manejo del ictus sin trombólisis implica mayor seguimiento de complicaciones secundarias como neumonía por aspiración y trombosis venosa profunda, justificando la importancia del cuidado integral de enfermería

CONCLUSIONES

El caso demuestra la importancia del Código Ictus en la reducción del daño neurológico y la optimización del pronóstico. Los cuidados de enfermería desempeñan un papel clave en el mantenimiento de la estabilidad clínica, prevención de complicaciones y rehabilitación temprana. El uso del lenguaje NANDA, NIC y NOC permitió estandarizar la atención, mejorando la calidad del cuidado y facilitando la recuperación del paciente. Se recomienda reforzar la formación en protocolos de ictus isquémico para maximizar la eficiencia en el manejo de estos casos.

P. #1296

FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS SECUNDARIA A TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTENSA: INFORME DE UN CASO CLÍNICO

Fernando Sánchez Reche[1], Judit Martínez Peñas[2], Miguel Sánchez Reche[3], Vanesa Pascual Granollés[4]

1. Hospital Universitario Mútua de Terrassa - Medicina Interna, Terrassa, España
2. Hospital Universitario Mútua de Terrassa - Traumatología, Terrassa, España
3. Centro de Atención Primaria de Badia - Medicina Familiar y Comunitaria, Sabadell, España
4. Hospital Universitario Mútua de Terrassa - Jefa de servicio de Urgencias y Emergencias Médicas, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
La flegmasia cerúlea dolens (FCD) es una rara pero grave manifestación de la trombosis venosa profunda (TVP), caracterizada por obstrucción masiva del retorno venoso, edema severo, cianosis y en casos avanzados, compromiso arterial secundario. Este cuadro representa una urgencia médica con alto riesgo de complicaciones, incluidas embolia pulmonar, pérdida de la extremidad y muerte. Presentamos un caso de FCD secundaria a TVP extensa.
Presentación del caso
Varón de 66 años con antecedentes de adenocarcinoma de recto tratado con quimioterapia, radioterapia y cirugía con colostomía permanente sin seguimiento oncológico; fibrilación auricular no anticoagulada (suspendida por iniciativa propia hace 2 meses), diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo activo. Acude por dolor intenso y edema en la extremidad inferior izquierda (EII) de 5 horas de evolución, acompañado de cianosis progresiva.
Exploración física: Afebril, TA 164/89mmHg, FC 102lpm. EII: Eritema generalizado con empastación marcada en el muslo, edema severo, cianosis en toda la extremidad. Pulsos pedios débiles, relleno capilar distal <2s. No frialdad ni palidez distal ni afectación sensitivo-motora. Sin dolor a la movilización pasiva.
Pruebas complementarias:
Laboratorio: D-dímero: 14,953ng/mL, Lactato: 5.5mmol/L, PCR 1.83mg/dL, CK 2,664U/L, pH 7.28, HCO3 24mmol/L, EB -2.7mmol/L.
Angio-TC de extremidades inferiores: Sistema arterial sin oclusiones. Ausencia de opacificación desde la ilíaca común hasta las venas infrapoplíteas y edema importante de toda la extremidad.
Ecografía Doppler venosa: Trombosis parcial en la vena femoral común y total en la vena femoral superficial izquierda, con venas poplítea y distales permeables. Edema de partes blandas.
Se orienta como FCD secundaria a TVP extensa de la EII y se descarta síndrome compartimental e isquemia arterial. Se inicia tratamiento con enoxaparina 60 mg/12h, furosemida 20mg c/12h, analgesia, antiinflamatorios y tratamiento local con elevación de la extremidad y compresas con agua de Burow.
Tras 24 horas de evolución, el paciente mejora clínicamente con disminución del edema, eritema y dolor y estabilización de los marcadores inflamatorios y normalización de los parámetros analíticos.

CONCLUSIONES

Discusión:
La FCD representa una urgencia médica poco frecuente pero grave, que puede conducir a isquemia venosa aguda, necrosis y muerte. Dado que es una compilación de la TVP, los factores predisponentes son los mismos. En este caso, los principales factores predisponentes incluyeron la neoplasia, la fibrilación auricular y la interrupción de la anticoagulación.
La incidencia es extremadamente baja en la población general representando el 0.5-1% de las TVP. Sin embargo, aumenta en subgrupos de alto riesgo como pacientes con cáncer (especialmente adenocarcinoma), trombofilia, inmovilización prolongada, etc. Afecta a pacientes de edad avanzada con mayor frecuencia en mujeres (59%) y predilección por la EII (73%).
El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y confirmación mediante ecografía Doppler y angio-TC para descartar compromiso arterial.
No existe un consenso claro sobre la estrategia óptima de tratamiento, ya que los resultados varían considerablemente entre estudios. La anticoagulación es del pilar del tratamiento inicial en la mayoría de los casos, siendo preferible la heparina no fraccionada en casos graves. La trombólisis dirigida por catéter, la trombectomía percutánea y la angioplastia con colocación de stent puede realizarse en casos seleccionados.
La necesidad de amputación del miembro es elevada siendo y la mortalidad puede llegar a ser del 40-50%, debido a gangrena, shock séptico o embolia pulmonar masiva.
Conclusión:
La FCD es una complicación rara pero grave de la TVP y requiere un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. Este caso subraya la importancia de identificar los factores de riesgo y adoptar un enfoque multidisciplinario para prevenir complicaciones potencialmente mortales. La rapidez en el diagnóstico e instauración del tratamiento oportuno fue clave para evitar complicaciones graves y evolucionar de forma favorable.

P. #1457

EL COMA PRODUCIDO POR OXIGENOTERAPIA

Arantxa Bezunartea Pascual, Leyre C. Urueña Zamora, Andrea Baztan Ubani, Andrea Revuelta Nagore

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presentan dos casos de hipercapnia yatrógena resueltos con ventilación mecánica no invasiva

** Caso 1

Paciente mujer de 83 años, con antecedentes personales (AP) de insuficiencia cardíaca en relación a miocardiopatía hipertensiva y tóxica e HTP severa. En tratamiento con ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg, ATORVASTATINA 20 mg, CANDESARTAN 16mg dos veces al día, CARVEDILOL 25mg y FUROSEMIDA 40mg.

Es remitida por insuficiencia respiratoria aguda con desaturaciones hasta 60% en domicilio, con mal estado general. Se administra previo al traslado urbason y furosemida, se nebuliza atrovent y se coloca mascarilla reservorio, con la que se hace el traslado (durante una hora y cuarto).

Exploración física:

Tensión arterial (TA) 110/65 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC) 115 latidos por

minuto (lpm) SatO2 100%, 10 respiraciones por minuto (Rpm) Glasgow 3. Respiración espontánea. Auscultación cardiopulmonar con hipoventilación generalizada.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: Como hallazgos significativos hemoglobina 6.3 g/dL, Leucocitosis con neutrofilia (10.5 x 10^9/L y 8.4 x10^9/L respectivamente), Glucosa 222 mg/dL, Urea 138 mg/dL, Creatininio 1.74 mg/dL, Filtrado glomerular 27mL/min/1.73 m2, pro-BNP 2189 pg/mL
- Gasometría arterial (GA) inicial: pH 6.91, pO2 299.6, pCO2 182.7 mmHg, bicarbonato 36.2 mmoles/L; lactato 1.08

EVOLUCIÓN

Se sospecha coma hipercápnico yatrogénico en contexto de descompensación de patología de base.

Se valora las características de la paciente y el techo terapéutico por lo que se decide instaurar ventilación mecánica no invasiva con BiPAP. Pasa a observación de urgencias para continuar cuidados y tratamiento. En controles gasométricos posteriores presenta normalización de parámetros y la

paciente mejora a nivel neurológico y respiratorio.

**Caso 2

Paciente de 94 años, institucionalizada, con AP Fibrilación auricular, deterioro

cognitivo GDS 5, disfagia para sólidos y enfermedad renal crónica estadío 3B. Es remitida a urgencias por desaturación hasta 70% y taquipnea.

Exploración física:

SatO2 100% con gafas nasales a 3 L. TA: 148/ 82 mm Hg. FC 86 lpm. Afebril.

Frecuencia respiratoria: 50 rpm. Glasgow 7. Regular estado general, tiraje marcado. Auscultación: Arrítmica. Crepitantes en base izquierda.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: Como hallazgos significativos pro-BNP 2989 pg/mL y PCR 10.6
- E.C.G: RS a 71lpm, ligera elevación del ST en I, aVL, V3, V4 con ondas T picudas en derivaciones anteriores. No descenso
- Gasometría venosa (GV): pH 7.21, pCO2 127 mmHg, bicarbonato 48.1 mmoles/L; lactato 1.3;
- Radiografía de tórax (Sedestación): mala calidad, poco valorable.

EVOLUCIÓN

Se sospecha encefalopatía hipercápnica yatrogénica en contexto de insuficiencia respiratoria parcial por infección respiratoria (probable broncoaspiración) e insuficiencia cardiaca descompensada.

Tras hablar con familiares sobre techo terapéutico y medidas de confort o posibles alternativas de tratamiento, se decide instaurar ventilación mecánica no invasiva con BiPAP. Pasa a observación de urgencias para continuar cuidados y tratamiento. En controles gasométricos posterior presenta normalización de parámetros y la paciente mejora a nivel

neurológico.

CONCLUSIONES

Presentamos dos casos similares de pacientes añosas pluripatológicas con insuficiencia respiratoria empeorada por oxigenoterapia suplementaria no controlada por encima de sus objetivos de saturación. La corrección excesiva de la oxigenación puede provocar depresión respiratoria, aumentando la hipercapnia. La afectación del sistema nervioso central (en estos casos objetivados por disminución en la escala Glasgow) nos tiene que poner en alerta sobre la supresión del centro respiratorio. La ventilación mecánica no invasiva es uno de los tratamientos recomendados para insuficiencia respiratoria global. Dentro de las contraindicaciones de la VMNI encontramos el bajo nivel de consciencia. Una excepción, es el caso de los pacientes con "techo terapéutico" u orden de no intubación orotraqueal, como nuestros casos, donde VMNI es herramienta muy útil.

P. #1476

CUANDO EL AIRE SE VUELVE UN PROBLEMA: NEUMOMEDIASTINO Y DOLOR TORÁCICO

Liuva Déniz Déniz[1], Paula María González Medina[2], Lidise Rocío Arboláez León[1], María Ferrando Feliu[2]

1. Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, España
2. Hospital Comarcal de Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 24 años. Sin alergias medicamentosas. Fumador activo. Antecedentes personales: Trastorno por consumo de sustancias, trastorno límite, trastorno antisocial de personalidad. Asma en la infancia. No toma tratamiento de forma habitual.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente varón de 24 años que acude a Urgencias derivado desde atención primaria por dificultad respiratoria. Explica cuadro de tos productiva, fiebre no termometrada y disnea progresiva desde hace 3 días.También comenta que desde hace unas horas presenta dolor centrotorácico, no irradiado, se exacerba con la tos. No se modifica con cambios posturales. Niega traumatismos recientes ni infecciones dentales previas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A su llegada a Urgencias presentaba taquicardia de 115 lpm y mantenía saturación de oxígeno en aire ambiente al 95%.

Paciente consciente y orientado. Glasgow 15. Buen estado general. Normohidratado y normocoloreado. Ligera taquipnea. Crepitación cutánea a nivel cervico-torácico bilateral. No alteración de la integridad cutánea.

Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, roncus y sibilantes espiratorios dispersos bilaterales.

Se realiza ecografía clínica dirigida; sólo visible plano subxifoideo: impresiona buena función del ventrículo izquierdo. Ventrículo derecho no dilatado. Vena cava inferior de 18mm con colapso inspiratorio.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En urgencias se constata Saturación de O2 90-92% en aire ambiente por lo que se solicita Radiografía de tórax donde se objetivan signos de enfisema subcutáneo y ante estos hallazgos se realizar de forma urgente TAC torácico en el que informan de:Neumomediastino.Neumopericardio. Neumotórax laminar bilateral. Enfisema subcutáneo que diseca las paredes anterolaterales del tórax con extensión al cuello.

En la analítica destaca Presión parcial O2 62mmHg a aire ambiente y PCR múltiple positiva a Rinovirus. Proteína C reactiva levemente aumentada. Resto dentro de la normalidad.

EVOLUCIÓN

El paciente permanece hemodinámicamente estable durante su estancia en Urgencias, mantiene saturación O2 92% en aire ambiente, con buen control del dolor. Es valorado por médico intensivista y se traslada al paciente a Hospital de tercer nivel para ingreso en cirugía torácica para observación.

CONCLUSIONES

El neumomediastino constituye la existencia de aire libre en el mediastino y suele acompañarse de enfisema subcutáneo. Puede ser espontáneo, sin una causa evidente (por rotura de los alvéolos terminales tras hiperinsuflación traqueal) o traumático (tras intervención, perforación o traumatismo).

El neumomediastino espontáneo (NME) es poco frecuente, afecta más a varones jóvenes, altos y delgados. El desencadenante más descrito son las exacerbaciones asmáticas, hasta un tercio de los casos. Otras causas pueden ser la maniobra de Valsalva, vómitos, infecciones respiratorias, rotura del esófago....

Debuta con aparición brusca de dolor torácico pleurítico retroesternal y disnea. Algunos presentan disfagia, inflamación cervical, tortícolis, disfonía o dolor abdominal.

El enfisema subcutáneo, se suele detectar en el área cervical y precordial,es un hallazgo muy específico de neumomediastino. Es característico el signo de Hamman, que es la crepitación sincrónica con el latido cardíaco, en la región precordial.

Ante la sospecha de NME se debe realizar una radiografía de tórax anteroposterior y lateral, que incluya la región cervical. La tomografía computarizada es más sensible que la radiografía simple de tórax en su detección, pero no debe solicitarse si no hay sospecha de enfermedad pulmonar.

El tratamiento del NME no complicado es conservador con analgesia, descanso y evitando las maniobras que aumentan la presión pulmonar. Si se tratara de un neumomediastino a tensión se requeriría mediastinotomía.

BIBLIOGRAFÍA

A.García, A. Parra-Virto et al. Spontaneous Pneumomediastinum and Subcutaneous Emphysema: Hamman's Syndrome. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España. Cartas Científicas/Arch Bronconeumol.2019;55(12):652–666.

Najib M Rahman. Capítulo Trastornos mediastínicos y pleurales. Manual MSD. Universidad de Oxford,2023 .https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos

P. #1592

MANEJO PREHOSPITALARIO DE UNA CRISIS ASMÁTICA GRAVE: IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN TEMPRANA

Lucía Carmen Sánchez Ciria[1], Jesús Francisco Arzúa Moya[2]
1. SAS, El Puerto De Santa María, España
2. Sergas, Boiro, España

INTRODUCCIÓN

Se recibe aviso del 061 por una mujer de 34 años con antecedentes de asma desde la infancia y múltiples visitas previas a urgencias por exacerbaciones. La paciente se encuentra en su domicilio con dificultad respiratoria intensa de inicio súbito, acompañada de tos seca y sibilancias audibles a distancia. Su tratamiento habitual incluye broncodilatadores de rescate y corticoides inhalados, pero refiere haber utilizado su inhalador sin mejoría.

OBJETIVO

Describir la actuación prehospitalaria ante una crisis asmática grave, resaltando la importancia de una evaluación rápida y un tratamiento adecuado para evitar la insuficiencia respiratoria y el fallo ventilatorio.

MÉTODO

A la llegada del equipo de emergencias, se realiza una evaluación siguiendo el ABCDE:
A: Vía aérea permeable, sin signos de obstrucción.
B: Saturación de oxígeno del 86%, frecuencia respiratoria de 32 rpm, uso de músculos accesorios y dificultad para hablar en frases completas. Sibilancias generalizadas audibles sin estetoscopio.
C: TA 130/80 mmHg, FC 120 lpm, piel sudorosa y fría.
D: Glasgow 15/15, agitada por la disnea.
E: No presenta exantemas ni signos de anafilaxia.
Se administra oxígeno a alto flujo con mascarilla reservorio a 15 L/min y se inicia tratamiento con salbutamol y bromuro de ipratropio en nebulización. Se administra metilprednisolona intravenosa y se monitoriza a la paciente. Ante la persistencia de disnea y el deterioro del nivel de conciencia, se traslada en soporte vital avanzado con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y broncodilatadores continuos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el traslado, la paciente presenta mejoría parcial con reducción de la disnea y aumento de la saturación de oxígeno al 93%. A su llegada al hospital, se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios para monitorización y tratamiento adicional.

CONCLUSIONES

El manejo temprano y agresivo de una crisis asmática grave en el entorno prehospitalario es fundamental para evitar la progresión a insuficiencia respiratoria. La oxigenoterapia, la administración rápida de broncodilatadores y corticoides, y la decisión de trasladar en soporte vital avanzado pueden marcar la diferencia en la evolución del paciente. La coordinación entre los equipos de emergencia y el hospital es clave para optimizar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos.

P. #1616

SEPSIS DE ORIGEN URINARIO EN PACIENTE ANCIANO: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y MANEJO INICIAL

Jesús Francisco Arzúa Moya[1], Lucía Carmen Sánchez Ciria[2]

1. Sergas, Boiro, España
2. SAS, El Puerto De Santa María, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis de origen urinario es una causa frecuente de ingreso hospitalario en pacientes ancianos, con una elevada morbimortalidad si no se identifica y trata de forma precoz. Presentamos el caso de un varón de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperplasia benigna de próstata, que es trasladado al servicio de urgencias por fiebre, alteración del estado mental y mal estado general de 24 horas de evolución.

OBJETIVO

Analizar la importancia del diagnóstico precoz y el manejo inicial de la sepsis de origen urinario en un paciente geriátrico, destacando el uso del qSOFA y la necesidad de un abordaje protocolizado.

MÉTODO

A la llegada a urgencias, el paciente presenta los siguientes parámetros:
A: Vía aérea permeable.
B: Saturación de oxígeno del 92% con respiración espontánea a 22 rpm.
C: TA 90/55 mmHg, FC 110 lpm, extremidades frías.
D: Glasgow 13/15, desorientado en tiempo y espacio.
E: Temperatura axilar de 38.7°C, sin signos evidentes de foco infeccioso externo.
Se realiza el qSOFA, obteniendo una puntuación de 2 (hipotensión y alteración del nivel de conciencia), lo que sugiere alto riesgo de sepsis. Se extraen hemocultivos y urocultivo antes de iniciar antibioterapia empírica con ceftriaxona 2g IV tras carga de suero fisiológico (30 ml/kg).
Los resultados analíticos muestran:
Leucocitos: 16.000/mm^3 con desviación izquierda.
PCR: 180 mg/L.
Procalcitonina: 4.5 ng/mL.
Lactato: 3.2 mmol/L.
Función renal: Creatinina 1.8 mg/dL (previa 1.2 mg/dL).
Se realiza ecografía vesical, mostrando globo vesical con 600 ml de orina residual. Se coloca sonda vesical con diuresis inicial de 450 ml de orina turbia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras la administración de fluidoterapia y antibioterapia empírica, el paciente presenta una mejoría hemodinámica progresiva con normalización de la presión arterial y disminución de la taquicardia. Se decide su ingreso en Medicina Interna para completar el tratamiento antibiótico y monitorización evolutiva. El urocultivo posterior confirma la presencia de Escherichia coli BLEE, por lo que se ajusta la antibioterapia a meropenem. Evoluciona favorablemente y es dado de alta a los 7 días con seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

La sepsis de origen urinario en pacientes geriátricos requiere una identificación precoz mediante herramientas como qSOFA y una actuación rápida basada en la administración precoz de fluidos y antibioterapia empírica. La ecografía vesical es una herramienta útil para detectar la retención urinaria en estos pacientes. La optimización del tratamiento antibiótico y la detección de microorganismos multirresistentes son claves en el manejo hospitalario.

P. #1628

MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA (MAS)

Minerva Pérez Herreros, Patricia Martínez Galán, Ana Ordóñez Pastor, Eduardo Sánchez Fernández, Mauricio Gómez Alonso, Héctor Manuel Entrambasaguas Quesada

Riojasalud, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 53 años sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias por dolor en hemiabdomen superior de pocas horas de evolución. El dolor se irradia hacia dorsal y hacia los genitales, de curso cólico, sin predominio de un lado sobre otro y sin otra clínica acompañante. Los días previos había tomado algún ibuprofeno por cefalea.

A su llegada a urgencias se encuentra con tensión arterial (TA) elevada, 179/108 mmHg, frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura dentro de la normalidad.

En cuanto a la exploración física, se encuentra con buen estado general, auscultación cardiaca rítmica sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos y el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. La puño-percusión renal es negativa.

A la espera de pruebas complementarias, se pauta paracetamol, omeprazol y metoclopramida intravenosos (iv).

Las radiografías de tórax y abdomen no muestran signos de patología aguda. En la analítica sanguínea destaca una creatinina e iones normales, transaminasas y lipasa normales, coagulación normal, hemograma sin alteraciones, y no hay elevación de reactantes de fase aguda.

Reevaluando al paciente, refiere que el dolor no ha mejorado con analgesia. Se pauta metamizol iv, sin ninguna mejoría.

Refiere dolor 10/10 en la escala EVA, por lo que se decide solicitar TAC abdomino-pélvico con contraste, con el siguiente resultado: Captación heterogénea del bazo con zonas hipocaptantes de morfología geográfica que corresponden a infartos esplénicos. Imagen de obstrucción en el tronco celíaco con ausencia de la arteria esplénica. Probable trombosis. Vena esplénica permeable. Resto estructuras venosas y arteriales valoradas sin alteraciones. Colon y asas intestinales no dilatados, sin engrosamientos parietales. No líquido libre ni colecciones. No neumoperitoneo. Parénquima hepático, vesícula y vía biliar, páncreas, suprarrenales y ambos riñones sin alteraciones valorables. Órganos pélvicos de características normales.

Dados los hallazgos, se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se comenta el caso con Cirugía Vascular. El paciente ingresa a su cargo para estudio.

Durante el ingreso al paciente se le realiza un estudio completo multidisciplinar, que descarta vasculitis, el estudio de trombofilia es normal, se realiza PET-TAC que descarta causas tumorales, y se realiza reconstrucción 3D de TAC de aorta que sugiere posible compresión extrínseca del tronco celiaco por el ligamento arcuato, que más tarde también se descarta. Finalmente, el paciente fue diagnosticado de mediolisis arterial segmentaria por enfermedad estenótica severa de tronco celiaco y arteria esplénica.

CONCLUSIONES

La MAS se caracteriza por afectar a las arterias abdominales de mediano calibre como el tronco celíaco y sus ramas (70-80%). Se trata de una vasculopatía rara, no inflamatoria, no arterioesclerótica de etiología desconocida. Las hipótesis más aceptadas proponen un origen vasoconstrictor repetido o una disfunción en el sistema paracrino endotelial. Se trata de un diagnostico complejo ya que se recogen pocos casos en la literatura científica que cursa además con pocas o ninguna alteración en las pruebas complementarias habituales que se realizan en urgencias.

P. #1716

ARBOL DE DECISIÓN COMO HERRAMIENTA DE MACHING LEARNING PARA PREDECIR INFECCIONES URINARIAS POR BACTERIAS MULTIRRESITENTES EN URGENCIAS

Jesús Ruiz Ramos, Adrián Plaza Díaz, Álvaro Eloy Monje López, Iván Martín Da Silva, Sergio Herrera Mateo, Leopoldo Higa Sansone

Hospital Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de tracto urinario (ITU) constituyen una de las principales causas de asistencia a los servicios de urgencias (SU). Durante los últimos años se ha observado un incremento en el número de infecciones causadas por cepas multirresistentes (MR).

OBJETIVO

Desarrollo un algoritmo de aprendizaje automático como árbol de decisión para identificar pacientes de alto riesgo de infecciones por cepas MR.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 414 pacientes atendidos en un SU con ITU y sedimento de orina positivo.
En primer mediante un modelo multivariante, se identificaron los factores de riesgo asociados a MR. Aquellos con un valor de p<0.05 fueron incluidos en el modelo para el desarrollo del algoritmo. Se utilizó una muestra del 60% para el entrenamiento y del 40% para la validación. Se utilizaron los programas estadísticos Stata v15.0 y Python.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 414 pacientes incluidos en el modelo, (76% hombres, Edad media: 77,6 (DE:16,8) años), 125 (30,2%) presentaron asilamiento de bacterias MR, siendo Escherichia coli (58,2%) y Klebsiella pneumoniae (12,8%) los principales patógenos aislados. Un total de 100 (24,1%) pacientes recibieron un tratamiento antibiótico no apropiado a la sensibilidad del cultivo final alta hospitalaria.
En el modelo multivariante, los factores de riesgo de infecciones por MR fueron: Aislamiento previo de MR (OR: 2,0(IC95%:1,2-3,5)), demencia, (OR: 2,0(IC95%:1,2-2,5)), hombre (OR: 1,7(IC95%:1,0-3,0)), origen residencia o centro sociosanitario (OR: 4,4(IC95%:2,5-7,8)) e ingreso previo en 6 meses (OR: 1,2(IC95%:2,2-7,8)).
A partir de estas variables, se elaboró un árbol de decisión de tres niveles, con un área bajo curva ROC de 0,717, una especificidad de 0,88 y una sensibilidad de 0,62.

CONCLUSIONES

El uso de algoritmos de aprendizaje automático como arboles de decisión en base a factores de riesgo facilita la identificación de pacientes con alto riesgo de multirresistencia, con un gran potencial para reducir el tratamiento inadecuado al alta de los SU.

P. #1727

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES DE SEROLOGÍA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS TRAS LA PUBLICACIÓN DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES)

Alberto Guillén Bobé[1][2], M.Elena Navarro Aguilar[1][3], Patricia Trenc Español[1][2], Raquel Aguilar Ferrer[1][4], Laura Rejas Morras[1][5], Raúl Serrano Hernández[1][2]

1. Grupo VIH SEMES ARAGÓN, Zaragoza, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España
4. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España
5. Hospital de Alcañiz, Alcañiz, España

INTRODUCCIÓN

En España se estima que más de 150.000 personas viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que aproximadamente 20.000 personas desconoce su estado serológico. Reducir el número de casos no diagnosticados e incrementar el diagnóstico precoz resultan claves para reducir las nuevas infecciones.
En diciembre de 2020 se publicó en la revista EMERGENCIAS un documento de consenso con recomendaciones dirigidas a los Servicio de Urgencias (SU) para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH. En dichas recomendaciones se aconseja realizar una serología de VIH a pacientes que acuden al SU por alguna de las seis entidades clínicas seleccionadas (infecciones de transmisión sexual (ITS), síndrome mononucleósido, herpes zóster, neumonía adquirida en la comunidad (NAC), práctica del chemsex y profilaxis postexposición). Desde entonces, se han puesto en marcha en más de 100 hospitales de toda España, protocolos de diagnóstico precoz de VIH en los SU. En nuestra comunidad se creó un grupo de trabajo para fomentar la creación de dichos protocolos en los diferentes hospitales, y así aumentar el número de solicitudes de serología de VIH y por consiguiente, de nuevos diagnósticos.

OBJETIVO

Describir la evolución de las solicitudes de serología del VIH realizados en los SU de nuestra comunidad desde la publicación del documento de consenso.

MÉTODO

Estudio descriptivo de las solicitudes de serología del VIH en pacientes mayores de 18 años, que acudieron a los SU de los hospitales de la comunidad adheridos al grupo, en el período entre 2021 y 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron datos de 9 hospitales de la comunidad adheridos al grupo de trabajo. En el período entre 2021 y 2024 se solicitaron

un total de 7997 serologías, de las que 71 resultaron positivas (Positividad=0.89%). Entre las positivas correspondientes a solicitudes por uno de los motivos del documento de consenso, la mayoría correspondieron a atenciones por ITS (16) seguidas de NAC (8). No hubo ninguna por solicitud positiva por Herpes Zóster. Hubo 33 solicitudes de serología de VIH que no se correspondían a ninguna de las entidades del documento de consenso.
Desglosado por años, en 2021 se solicitaron 1108 serologías con 20 resultados positivos (Positividad = 1,81%); en 2022 se solicitaron 1611 serologías con 20 resultados positivos (Positividad = 1,24%); en 2023 se solicitaron 2195 serologías con 17 resultados positivos (Positividad = 0,77%) y en 2024 se solicitaron 3078 serologías con 14 resultados positivos (Positividad = 0,45%).
En 2021, solamente 4 hospitales estaban adheridos al protocolo. En 2022 estaban adheridos los 9 hospitales de la comunidad que conforman el grupo de trabajo.
Hay que destacar que enero de 2024 se activaron en el programa informático de los SU de nuestra comunidad alertas informáticas al triaje que creemos ha supuesto la causa del mayor aumento de solicitudes en el último año.
Estudios previos muestran que una prevalencia de infección oculta por VIH superior al 0,1% avala que se trata de una medida coste-eficiente. En nuestro trabajo todos los años tienen una positividad superior al 0,1%, siendo, por tanto, una medida coste-eficiente.

CONCLUSIONES

1. Ha habido un importante aumento progresivo del número de solicitudes de serología de VIH desde la publicación del documento de consenso hasta la actualidad.
2. La solicitud de serología de VIH en el SU siendo una medida coste-eficiente puesto que todos los años la positividad supera el 0,1%.
3. La instalación de alertas informáticas hace que el número de solicitudes de VIH aumente de manera considerable.

P. #1852

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE VIH EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Alexis Rebollo Curbelo, Ferran Llopis Roca, Ana Suárez Lledó-Grande, Vanesa García García, Laura Calatayud Samper, Pierre Malchair

Hospital Universitario De Bellvitge, Hospitalet Del Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

La incidencia española de infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es de 90275 casos. Los Servicios de Urgencias (SU) constituyen una oportunidad para el cribado del VIH, al persistir el diagnóstico tardío en casi la mitad de los debuts, y así recuperar estas oportunidades perdidas.

OBJETIVO

El objetivo principal del proyecto es consolidar y aumentar el cribado de VIH en urgencias mediante programas como Vihgila y el reciente FOCUS, demostrando la importancia del diagnóstico precoz, y conseguir una vinculación al sistema sanitario del 100% coordinando a profesionales y unidades multidisciplinares.

MÉTODO

Desarrollo de programas de cribado de VIH en el SU de un hospital terciario (130.000 urgencias anuales, 200.000 habitantes como población de referencia, centro referente en procesos tecnológicos complejos para 2.000.000).
Siguiendo los criterios SEMES actualizados en 2024, se solicitó una serología a aquellos pacientes que acudían por cualquiera de estos escenarios: Neumonía adquirida en la comunidad o Infección por Herpes Zóster (entre 16-65años), síndrome mononucleósido, infecciones de transmisión sexual (ITS), profilaxis post-exposición, chemsex, fiebre sin foco, trombocitopenia de etiología desconocida e inmigrante de países con elevada prevalencia de VIH (>1%). Además, se solicitó en otros escenarios sospechosos de infección: historia de abuso de alcohol y/o drogas, síndrome tóxico, hepatitis, lesiones cutáneas extensas, y adenopatías. Se les solicitó previamente el consentimiento informado. Se crearon preconfigurados informáticos para todos los escenarios. Se realizaron campañas de formación y difusión al personal del SU.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron 18 meses (junio 2023 - noviembre 2024) de funcionamiento de ambos programas de cribado: 195.262 pacientes atendidos en urgencias, 2792 serologías de VIH solicitadas, 20 casos positivos (0,7%) (carga viral media: 113.146 copias (23-2.778.239), recuento medio de CD4+: 306 (27-6.516)).
Datos demográficos: edad media 40 años (20-54), 18 hombres (90% cisgéneros, 1 se identificaba como mujer y otro como transexual). Orientación heterosexual en 13/20 (65%), homosexual 4/20 (20%) y bisexual 3/20 (15%). Vía de transmisión: mayoritariamente sexual (19/20, 95%), vía parenteral (1).

Consumo de drogas: vía parenteral (1), vía inhalada/fumada (4/20). Origen de los pacientes: 1 de Guinea Ecuatorial (país con alta prevalencia), España (6), Europa (Rusia y Portugal) (2), Latinoamérica (8), Pakistán (1) y Marruecos (1). Escenarios reconocidos como motivo de consulta: Relación riesgo (1/20), Uretritis (3/20), Neumonía (3/20), Fiebre sin foco (1/20), Lesiones cutáneas y/o mucosas (5/20), Síndrome tóxico (3/20), Tuberculosis (2/20), Hepatitis (1/20) y Agitación (1/20). Sólo 8 (40%) recogidos en los criterios SEMES.
Once pacientes (55%) fueron altados del SU, siendo vinculados el 100% con una primera visita en consultas externas en 6 días (1-11) e iniciando tratamiento dirigido en 6 días (3-11). Nueve (45%) requirieron ingreso siendo también vinculados
Referente al estadiaje, en 7 pacientes fue leve (4 A1 y 3 A2), en 4 moderado (2 B1, 1 B2, 1 B3), y en 9 grave (5 C3, 4 C2), de los cuáles 7 ingresaron, y sólo 3 presentaban un escenario SEMES (neumonía 3, síndrome tóxico 3, tuberculosis 2, hepatitis 1). Relativo a las oportunidades diagnósticas perdidas, 14 pacientes (70%) consultaron previamente al sistema sanitario en los últimos 5 años en 22 ocasiones, sólo 10 situaciones (45%) eran criterios SEMES. Un paciente ya era previamente conocido, habiendo perdido el seguimiento fue nuevamente vinculado.

CONCLUSIONES

1. Los SU continúan siendo una oportunidad de cribado de infecciones víricas, y de recuperación de oportunidades perdidas previamente en el sistema sanitario.
2. Los escenarios recogidos en los criterios SEMES son de gran utilidad para guiar el cribado eficiente, siendo también importante el uso del criterio médico y necesaria medir su eficiencia.
3. El 100% de los pacientes fueron vinculados, recibiendo una primera visita y tratamiento en 6 días de media, gracias a la coordinación entre profesionales

P. #1917

ABSCESO PULMONAR CAVITADO. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Diego Serrano Alises, María Alonso Cortejoso, Rebeca Iglesias Blanco, Leskier Eduardo Cuello Sánchez, Ana Yolanda Rodríguez Torres

HCUV, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Paciente de 50 años , sin alergias medicamentosas conocidas, con los siguientes antecedentes: 29/01/2025
IPA 24
VHB, diagnosticado en Rumanía
Enolismo crónico
Sin tratamientos crónicos
Motivo de consulta a Urgencias: Derivado de AP. Barrera idiomática, traduce un familiar.
Tos con expectoración blanquecina-amarillenta, en ocasiones rosaceo, sin mejoría a pesar de tratamiento con amoxicilina-clavulánico e inhaladores. Refiere pérdida de peso , 8 kgs en 2 meses.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA 134/90 FC 118 Sat O2 97% Afebril
Orofaringe; Sin alteraciones, ausencia de varias piezas dentales
Resto de exploración , sin alteraciones.
PRUBAS COMPLEMENTARIAS :
Leucocitos 16730, Hb 12, Coagulación sin alteraciones, Na 139, K 4.1, Creatinina 0.62, FG > 90, PCR 17
Sistemático de Orina: Sin alteraciones
Film Array a virus respiratorios: Negativos
RX TÓRAX:
Gran masa cavitada con nivel hidroaéreo en su interior , en lóbulo superior derecho, segmento posterior, que mide aproximadamente 8.5 cm. A considerar TBC como primera causa, sin excluir otras causas : absceso pulmonar o neoplasia.
Callos de fracturas costales antiguos.
Se decide ingreso en neumología para tratamiento y pruebas complementarias.

OBJETIVO

La finalidad de este caso es darle importancia a la colaboración entre servicios, no solo hospitalarios, también con atención primaria que está en ellos la difícil tarea del diagnóstico precoz.

MÉTODO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INGRESO:
Marcadores Tumorales: Ca 125 , Ca 153, CEA , NSE, CyFRA211, Pro-GRP – Negativos.
Serología : Positivo IgG + IgM C. Chlamidia Pneumoniae. Negativo Legionella y Coxiella.
MICOBACTERIAS: Negativas en PCR esputo y BRONCO-ASPIRACIÓN
Cultivos de esputo: Haemophylus influenzae y Streptococcus pneumoniae . Sensibles a Cefotxima
Antigenuria Legionella y Neumcocco negativos
TAC Toracoabdominal: Masa intrapulmonar situada en LSD con

características semiológicas de absceso, de probable origen TBC. No obstante, dada su gruesa pared irregular , no se puede descartar la presencia de Neoplasia adyacente.Multiples adenopatías hiliares derechas y mediastínicas, muchas de ellas con pequeña calcificación en su interior, lo que refuerza el diagnóstico de TBC. Resto sin alteraciones.
Broncoendoscopia: Se recogen 6 muestras :
BAL(CITOLOGIA Y MICROBILOGIA) + , BIOPSIA TRANSBRONQUIAL + (AP, MICROBIOLOGIA ZIEHL-NEELSEN
TRATAMIENTO:
Cefotaxima + clindamicina + tetraciclinas (Chlamidia)
Aislamiento hasta resultado micobacterias
Rash cutáneo - antihistamínicos
ALTA – ABSCESO PULMONAR CAVITADO DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO CON SOBREINFECCIÓN BACTERIANA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y HAEMOPHYLUS INFLUENZAAE-AUGMENTINE
SEGUIMIENTO EN CONSULTAS:
Estable y tolera el tratamiento
ACUDE A URGENCIAS EL 29/01/2025
Refiere dolor torácico características pleuríticas en hemitórax derecho, acompañado de tos escasa con expectoración hemoptoica, sin fiebre. Se habla con la familiar por la barrera idiomática, la cual refiere preocupación por el absceso, que acompaña de disnea de esfuerzo y dolor a pesar de tomar AINES.
ANALÍTICA:
Leucocitos 12.40, PCR 36.1, Procalcitonina 0.06
EXPLORACIÓN:
Roncus en ápex derecho.
Al estar en seguimiento por Neurología se decide alta y hablar con el médico a cargo para comentar el caso. Se ajusta analgesia.
RX TÓRAX;
Masa con nivel hidroaéreo en LSD

RESULTADOS O DISCUSIÓN

ESTUDIO AMBULATORIO:
TC TÓRAX:
Se continua visualizando la gran lesión cavitada con nivel hidroaéreo en su interior y con paredes irregulares en segmento posterior de LSD. Se compara con imágenes previas, objetivándose aumento de tamaño. Empeoramiento de imagen compatible con tuberculosis pulmonar.
BIOPSIA:
ADENOCARCINOMA DE PULMONAR LSD T3-4N1MX. Pendiente de PET-TC

CONCLUSIONES

Es importante resaltar el trabajo multidisciplinario para el mejor abordaje de los pacientes. En este caso con la colaboración entre urgencias y neumología se consigue un mejor control del dolor del paciente y alertar a su médico a cargo del empeoramiento. Finalmente resulta tener un adenocarcinoma de pulmón.

P. #1932

SENSACIÓN DISNEICA NO OBJETIVABLE, NO LA INFRAVALORES

Uma Menal De Escalada, Anna Boada Peiro, Mireia Hernández Ribera
HNSM, Andorra, Andorra

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 17 años, acude al servicio de Urgencias acompañada de su padre.
Antecedente de asma en la infancia. Alergias a ácaros, gramíneas y gatos. No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos.
En tratamiento con Dienogest/Etinilestradiol 2/0,03mg y Dercutane 20mg para tratamiento de acné.
Consulta por sensación disneica a mínimos esfuerzos y al habla desde la tarde previa. Iniciada de forma súbita yendo a un examen. Asocia dolor retrosternal opresivo, constante, no irradiado, y sensación autolimitada de palpitaciones que mejora al reposo.
Niega fiebre, cuadro viral ni otra clínica concomitante.
Exploración física:
T° 36,3 °C. TA 136/88mmHg FC 98lpm FR 16rpm. SpO2 96% aire ambiente
Consciente, orientada. Normohidratada y normocoloreada. Buen estado general.
Auscultación cardiorespiratoria anodina.
Resto de exploración por aparatos sin alteraciones.
Se realiza radiografía de tórax, electrocardiograma sin alteraciones destacables y se solicita analítica en la que destaca D-Dímero 5,5 mg/dl y PCR 22mg/l.
Ante estos resultados se comenta con la paciente y se decide realización de angioTAC que muestra Tromboembolismo Masivo bilateral en paciente que se mantiene hemodinámicamente estable e ingresa para manejo y realizar estudio de trombofilia,.

CONCLUSIONES

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el resultado de la fragmentación y migración de un trombo, procedente en la mayor parte de los casos del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores y con menos frecuencia de las pélvicas, al sistema arterial pulmonar produciendo una obstrucción de la circulación a dicho nivel.
Según la British Thoracic Society supone la tercera causa de muerte cardiovascular, tras el ictus y la cardiopatía isquémica.
Ante un paciente con una disnea inexplicable, taquipnea o dolor torácico se debe sospechar esta etiología. La mortalidad asciende al 90% en todo aquel paciente no diagnosticado y por lo tanto no tratado, mientras que la administración temprana del tratamiento reduce la mortalidad del 30 al 5%. Es importante, por lo tanto, indagar los distintos factores de riesgo que aumentan la predisposición de presentar un TEP, y que engloban factores constitucionales, hábitos y estilos de vida, fármacos y numerosas circunstancias clínicas agudas o crónicas.
En una mujer sana de 15 a 45 años que no toma ACO la incidencia de tromboembolismo venoso oscila entre 5-10 casos por 100.000

mujeres/año, pero si toman cantidades inferiores a 50 µg de Etinilestradiol con levonorgestrel aumenta a 20 casos por 100.000 mujeres/año, y con un anticonceptivo con al menos 20 µg de Etinilestradiol en combinación con desogestrel o gestodeno esa cifra se eleva a 30-40 casos por 100.000 mujeres/año. Este riesgo no solo es dependiente de los estrógeno sino que también se ha visto que depende del progestágeno usado.

El mayor riesgo se presenta en mujeres con alteraciones genéticas de la coagulación, siendo la más común el síndrome de la proteína C activada o también conocida como la mutación del factor V de Leiden, con una prevalencia del 5% en la población general caucásica, que como hemos visto no se daba en nuestras pacientes.

Al prescribir un anticonceptivo no solo hay que tener en cuenta esta alteración genética, sino que lo más importante parece la propia composición de los ACO, ya que tras años de estudio y observación se ha evidenciado que los gestágenos inducen un efecto procoagulante similar al provocado por la mutación genética siendo este efecto más intenso cuando son de tercera generación. Sobre todo el riesgo estará aumentado en el primer año de uso, en concreto los primeros 4 meses, y no desaparece hasta el tercer mes de haberlo suspendido.

De ello la importancia de prescribir como primera elección anticonceptivos que contengan menos de 30 µg de Etilinestradiol y un gestágeno de segunda generación.

P. #2024

NUESTRO CASO VERSA SOBRE UN PACIENTE, ENFERMERO DE NUESTRA URGENCIA, QUE ACUDE PORQUE TRAS UN VIAJE A OPORTO LA SEMANA PREVIA, HA COMENZADO CON FIEBRE DE HASTA 39°C Y DIARREA TRAS 5 DÍAS CON ESTOS SÍNTOMAS, LE HA APARECIDO UNA ERUPCIÓN CUTANEA GENERALIZADA QUE LE HACE CONSUTARNOS. A LA EXPLORACIÓN PRESENTABA UN EXANTEMA MICROPAPULAR MORBILIFORME DE INICIO EN CARA Y CUERO CABELLUDO Y EXTENSIÓN A TRONCO Y MMSS; ESTAS LESIONES TAN LLAMATIVAS NOS HIZO SOSPECHAR UN SARAMPIÓN. ANALÍTICAMENTE PRESENTABA BICITOPENIA CON LINFOPENIA. SE EXTRAJO SEROLOGÍA Y SE REALIZÓ IC A PREVENTIVA. FINALMENTE SE CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO

Ana Castro Medina, Mónica Rivas Gallego, Marta Pascual Gazquez, Gloria López Escobar

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 47 años, enfermero de Urgencias, sin AP de interés que acude a Urgencias por presentar fiebre de hasta 39°C de 5 días de evolución, se acompaña de artromialgias, nauseas sin vómitos y diarrea líquida de unos 4 episodios al día sin productos patológicos. Consulta porque desde hace unas horas ha comenzado con un rash generalizado de inicio en cara y tronco superior y se le ha ido extendiendo por todo el cuerpo progresivamente. No síntomas respiratorios, ni miccionales. A la anamnesis epidemiológica refiere viaje reciente (menos de una semana) a Oporto, no contacto con animales no conocidos, no ha estado en el campo, no tatuajes recientes, no tatuajes, no RRSS de riesgo.

A la exploración presentaba regular estado general al encontrarse muy postrado por fiebre, ACR Sin alteraciones. ABD Blando, depresible. No doloroso. No signos de irritación peritoneal. En cuanto a la piel presentaba un exantema mipcropapular morbiliforme que se extiende desde la cara, cuero cabelludo y todo el tronco y miembros superiores.

Analíticamente destacaba: Hb: 14.6, Plaquetas: 100000, Leucocitos: 6230 con linfopenia 340. Coagulación en rango. Glucosa: 115, Creatinina: 1.34, iones en rango, perfil hepático normal. PCR: 99, PCT: 0.28 ; RX Tórax: No imágenes de infiltrados ni derrame.

Ante la sospecha de Sarampión, se extrajo Serología completa, se tomo biopsia de las lesiones tras valoración por Dermatología y se realizó interconsulta con el Servicio de Preventiva al ser una enfermedad de declaración obligatoria.

Tras permanecer en Observación unas horas por el hallazgo analítico, el paciente fue mejorando progresivamente y fue dado de alta a las 24horas.

Ha tenido muy buena evolución clínica con desaparición de las lesiones cutáneas y sin otras complicaciones sistémicas.

La serología de Sarampión confirmo finalmente el diagnóstico. Se realizó un estudio de contactos de todos los compañeros que habíamos trabajado con él los días previos y se indicó vacunación a los casos seleccionados.

CONCLUSIONES

Las enfermedades que se previenen gracias a las vacunas no suelen estar en nuestro pensamiento a la hora de realizar diagnósticos posibles ya que son de muy rara incidencia en nuestro medio, aunque cada vez más frecuentes, por la corriente antivacunas y la defectuosidad de algunos lotes en la Triple vírica a lo largo de varias generaciones intercaladas en el tiempo. El hecho de que hubiera un brote reciente en una localidad cercana a la nuestra nos puso en alerta en cuanto valoramos a nuestro paciente, que presentaba un llamativo exantema confirmando aquello de que "cuando ves un Sarampión, sabes que lo es y no se te olvida".

P. #2057

DESENMASCARANDO LA HEMATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN URGENCIAS

Rubén López González, M Teresa Ampudia García, Raquel García González, R Carlos Chavez Flores, Miriam Martínez Fernández, Mónica L Santos Orus

Hospital de León, León, España

INTRODUCCIÓN

La leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) es un trastorno de células madre hematopoyéticas malignas con características clínicas y patológicas de neoplasia mielo-proliferativa (MMP) y síndrome mielodisplásico (SMD). La LMMC se caracteriza por monocitosis de sangre periférica acompañada de displasia de médula ósea comúnmente asociada a citopenias y hepatoesplenomegalia. Sigue siendo un desafío clínico debido a su variabilidad en la presentación clínica. La sintomatología que puede referir el paciente en la fase crónica es fatiga, malestar general, pérdida de peso, sudoración excesiva, plenitud abdominal y a menudo episodios de sangrado debido a la disfunción plaquetaria. Conforme aumenta la proliferación celular y la esplenomegalia, el paciente puede referir dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo, a veces referido al hombro y saciedad temprana.

OBJETIVO

Describir la evolución clínica, enfoque diagnóstico y terapéutico de un paciente de 62 años que acude a nuestro servicio de urgencias con clínica abdominal e infecciosa con un diagnóstico final tras ingreso de leucemia mielomonocítica crónica.

MÉTODO

Varón de 62 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico intenso que no se controla con analgesia habitual en domicilio+ parálisis facial derecha. A tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico desde el día anterior por sinusitis maxilar. Refiere que hace un mes ingresó en otorrinolaringología con el diagnóstico de sinusitis complicada con absceso orbitario siendo dado de alta, por buena evolución. con tratamiento antibiótico.
EF: Consciente, orientad y colaborador. Muy afectado por el dolor. TA 130/70. 36,8 ° C. Sat O2 96%. AC: Ruidos cardíacos rítmicos a 90 lpm. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio con defensa. No organomegalias.
En analítica Leucocitos 44.400 (3% cayados, 22% segmentados y 47% monocitos), Hb 7.7, VCM 103.8, plaquetas 410, coagulación sin alteraciones. PCR 84. Resto normal. Debido a la intensidad del dolor se inicia tratamiento analgésico con opiáceos, con mal control del mismo y presentando el paciente cada vez más inquietud acompañada de cortejo vegetativo.
TAC: a nivel abdominal no se objetivan hallazgos significativos. A nivel craneal se objetiva pansinusopatía inflamatoria.
Ante dolor abdominal agudo intenso de difícil control y anemia no conocida, además de importante alteración de hemograma se decide ingreso en UCI para control del dolor, tratamiento

antibiótico con Piperacilina/tazobactam, terapia transfusional y comprobar evolución.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras control de síntomas pasa al servicio de medicina interna para proseguir estudios, durante el ingreso presenta empeoramiento de su pansinusitis y cuadro de insuficiencia respiratoria por edema pulmonar intersticial. En consenso con el proa se decide tratamiento con linezolid+meropenem. Tras estudio de frotis y marcadores se diagnostica de Leucemia Mielo-Monocítica Crónica tipo 2 y pasa al servicio de hematología para tratamiento. Desarrolla una coagulopatía severa con trombocitopenia y déficit de factor VII y trombocitopenia (9000 PLT). A pesar del manejo agresivo de las complicaciones infecciosas, la coagulopatía y soporte general, el paciente mostró un deterioro progresivo con fallo multiorgánico que culminó en su fallecimiento.

CONCLUSIONES

1. En pacientes con cuadros infecciosos de repetición que acuden a un servicio de urgencias hay que sospechar patología subyacente que pueda predisponer a dichos procesos.
2. La leucocitosis importante con predominio de elevación de tipos de células que no concuerdan con un cuadro infeccioso puro, ha de hacernos sospechar un posible proceso hematológico, en este caso había un desproporcionado porcentaje de monocitos en relación a los segmentados y cayados.
3. Hay pacientes que, a pesar de no presentar inestabilidad hemodinámica ni los criterios habituales de ingreso en UCI, pueden necesitar vigilancia intensiva para el control de síntomas y sobre todo comprobar evolución a corto plazo cuando el diagnóstico no está claro.

P. #2060

NEUMOTÓRAX A LA SOMBRA DEL CICLO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Purificacion Hernández Pérez-Molera[1], Araceli Sabater López-Guillén[1], Luisa María Fernández Rodríguez[1], Carmen Hernández Pérez-Molera[2]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Los Arcos Del Mar Menor, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El neumotórax catamenial es una forma rara de neumotórax espontáneo que ocurre en mujeres en edad reproductiva y se asocia con endometriosis pleuropulmonar. Se caracteriza por la acumulación de aire en el espacio pleural, generalmente en el hemitórax derecho, y su aparición suele coincidir con el inicio del ciclo menstrual.
El diagnóstico es complejo debido a los síntomas inespecíficos y la falta de reconocimiento de la enfermedad, lo que conlleva un infradiagnóstico significativo. La cirugía toracoscópica asistida por video (VATS, Video-Assisted Thoracoscopic Surgery) permite la identificación de lesiones características, como defectos diafragmáticos o implantes endometriales pleurales, y es considerada el estándar de oro para su diagnóstico.
El tratamiento puede incluir terapia hormonal, cuyo objetivo es inhibir el crecimiento del tejido endometrial ectópico. Los anticonceptivos hormonales combinados (AHCO) en régimen continuo se consideran el tratamiento de primera línea, mientras que los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH,Gonadotropin-Releasing Hormone) se reservan para casos recurrentes o confirmados de endometriosis torácica.

OBJETIVO

Dar a conocer el neumotórax catamenial mediante la presentación del caso de una paciente con primer episodio de neumotórax espontáneo, en la que la relación temporal con su ciclo menstrual sugiere una posible etiología catamenial. Se revisan las opciones de diagnóstico y tratamiento, destacando el uso de AHCO como estrategia terapéutica inicial.

MÉTODO

Se analizó el caso de una mujer de 35 años sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias por dolor torácico derecho de cuatro días de evolución, coincidiendo con el inicio de su menstruación. La paciente no era fumadora ni tenía antecedentes de neumotórax previo.
La radiografía de tórax evidenció un neumotórax derecho completo, por lo que se realizó drenaje pleural bajo anestesia local. La evolución fue favorable, con reexpansión pulmonar y posterior alta hospitalaria.
Dado el contexto clínico sugerente de neumotórax catamenial, se inició tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados en régimen continuo para prevenir recurrencias. Adicionalmente, se realizó una revisión bibliográfica en PubMed, utilizando los términos MeSH “Pneumothorax”, “Thoracic Endometriosis”

y "Hormone Therapy", seleccionando estudios relevantes publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El manejo inicial del neumotórax catamenial incluye la colocación de drenaje torácico, permitiendo la reexpansión pulmonar. No obstante, debido a la alta tasa de recurrencia, es necesario considerar estrategias para su prevención.
El tratamiento médico de primera línea en pacientes con sospecha de neumotórax catamenial es el uso de AHCO en régimen continuo, ya que suprimen la ovulación y reducen la estimulación estrogénica del tejido endometrial ectópico. En casos recurrentes o con diagnóstico confirmado mediante biopsia, los GnRH pueden ser una opción terapéutica adicional, aunque presentan efectos adversos como osteoporosis y síntomas climatéricos.
El tratamiento quirúrgico con VATS permite la identificación y resección de implantes endometriales, además de la reparación de defectos diafragmáticos. Se reserva para casos de recurrencias múltiples o cuando existe confirmación de endometriosis torácica.
En este caso, la paciente recibió tratamiento con AHCO en régimen continuo tras la resolución del neumotórax, sin evidencia de recurrencias en el seguimiento inicial. Esto respalda el uso de terapia hormonal como estrategia primaria en pacientes sin recurrencias previas y con alta sospecha clínica de neumotórax catamenial.

CONCLUSIONES

El neumotórax catamenial es una entidad infradiagnosticada que requiere un alto índice de sospecha, especialmente en mujeres jóvenes sin factores de riesgo evidentes.
El manejo inicial con drenaje pleural es efectivo para la reexpansión pulmonar, pero la prevención de recurrencias debe abordarse con terapia hormonal, siendo los anticonceptivos hormonales combinados en régimen continuo la primera opción de tratamiento.
El tratamiento quirúrgico con VATS se reserva para casos recurrentes o cuando hay diagnóstico confirmado de endometriosis torácica. Un enfoque multidisciplinario es clave para una evaluación integral y un manejo óptimo de la enfermedad.

P. #2061

CUANDO EL DIAGNÓSTICO ESTA EMPAÑADO

Alejandra Blanco García, Patricia López Tens, Luis Prieto Lastra, Rebeca López Gil, Susana Quintanilla Cavia, Carmen Laguna Cardenas

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 64 años, con antecedentes personales de colitis ulcerosa en tratamiento con Infliximab, lupus, artritis reumatoide con anticuerpos positivos y factor reumatoide positivo, y osteoporosis. Acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución. Asocia sensación de "bola" en epigastrio pero sin dolor centro-torácico opresivo. No palpitaciones. No edemas. No disminución de diuresis. Tolera decúbito lateral para dormir. Tos ocasional sin xpectoración. Fiebre intermitente, algún día de hasta 38°C.
Hoy tenía cita en Hospital Médico para tratamiento de Infliximab.

OBJETIVO

A la exploración consciente y orientada en las 3 esferas, taquipneica en reposo a 20rpm y Sat O2 basal a 94%, frecuencia cardiaca 126lpm, con tensión arterial 105/60mmHg, sin fiebre. Buena perfusión distal. Normocoloreada. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, sin dolor a la palpación. Puño percusión bilateral negativa. Extremidades inferiores sin edemas, sin signos de trombosis venosa profunda y con pulsos pedios presentes.

MÉTODO

Para valoración de la disnea se realizó diagnóstico diferencial con: infarto evolucionado de miocardio, insuficiencia cardiaca, neumonía, infección respiratoria vírica o tromboembolismo pulmonar. Ante ello se solicita gasometría arterial, bioquímica con función renal, proteína C reactiva, troponinas, hemograma y coagulación con dímero D, antígenos en orina y frotis naso-faríngeo, además de radiografía de tórax y electrocardiograma.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La analítica pone de manifiesto insuficiencia respiratoria parcial, función renal conservada, hiponatremia, péptido natriurético auricular ligeramente elevado, troponinas negativas, proteína C reactiva elevada pero con leucocitos normales, y coagulación con dinero D elevado. En cuanto a los antígenos en orina fueron negativos y el frotis nasofaríngeo descartó gripe y COVID. En el electrocardiograma se objetivó una taquicardia sinusal sin alteraciones en la repolarización y en la radiografía de tórax se observó un infiltrado en base izquierda con senos costo-frénicos libres. Ante dinero D alto se solicito angiografía computarizada de arterias pulmonares donde se objetivaron lesiones que conllevaban a realizar diagnóstico diferencial entre neumonitis lúpica y toxicidad medicamentosa, además de tromboembolismo lobar inferior izquierdo.

CONCLUSIONES

El infliximab es un anticuerpo contra el factor de necrosis tumoral alfa que se usa como tratamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal. La afectación pulmonar asociada a enfermedades inflamatorias es rara y en general suele deberse a infecciones o medicamentos.
Entre las complicaciones no infecciosas del infliximab se encuentran las neumonitis intersticiales. Suele ser más frecuente en hombres y su incidencia es desconocida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, si bien esta descrito en pacientes que siguen este tratamiento para la artritis reumatoide.
A nuestra paciente se le ingresó en Neumología para completar estudio y seguir tratamiento: heparina a dosis anticoagulantes, antibióticos de amplio espectro y corticoides a dosis de 2mg/kg. Se realizó broncoscopia sin aislarse microorganismos en el cultivo y se realizó ecocardiograma con función biventricular normal e hipertensión pulmonar ligera. Se mantuvo con oxigeno a alto flujo con necesidades cada vez mayores de oxigeno por lo que se decide contactar con cuidados intensivos para ingreso a su cargo e intubación, falleciendo la paciente a los pocos días por empeoramiento clínico.

P. #2090

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

Rafael Fernando García Espinosa[1], Ana María Pereira Rodríguez[1][2], Delfina Dermen .[1], Rosa María Serrano Martos[1][2], Josep Riera Reina[2]

1. Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España
2. CAP Maria Fortuny, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 91 años de edad parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, camina con caminador, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica estadio 4 con anemia secundaria, cardiopatía hipertensiva e insuficiencia cardiaca congestiva, fibrilación auricular permanente, hipotiroidismo, infecciones del tracto urinario de repetición y síndrome depresivo, que acude a urgencias por dolor lumbar y en extremidad inferior derecha tras caída casual en domicilio. Inicialmente se valora en conjunto con servicio de traumatología (COT) objetivándose al examen físico paciente consciente y desorientada, no interrogable sin familiares al momento; disneica con saturación basal de 93%, afebril y hemodinamicamente estable; auscultación cardiopulmonar con buena entrada de aire bilateral sin sobreañadidos; abdomen con peristaltismo normal, ligeramente distendido, no doloroso a la palpación; postura antiálgica con extremidad inferior derecha acortada y en rotación externa; dolor costal, inguinal, sacro y lumbar derecho, maniobras sacroilíacas dolorosas a nivel lumbar; sin alteraciones sensitivas ni motoras. Se solicitan pruebas complementarias donde destaca en radiografías fractura de anillo obturador, dificultándose la visualización de pelvis y columna por meteorismo por lo que se completa estudio con tomografía (TAC) toracoabdominal donde reportan fracturas de rama isquiopubiana derecha, acetábulo derecho, ala sacra derecha; múltiples cuerpos vertebrales dorsales y lumbares por aplastamiento (sin precisar si son agudas o crónicas); fracturas costales bilaterales: izquierdas 3a, 5a, 8a hasta 11a; derechas 5a, 7a y 10a, con edema subcutáneo difuso; riñones con parénquima atrófico, hidronefrosis derecha leve, aire en los cálices renales bilaterales y en la vejiga urinaria, que en ausencia de manipulación de la vía urinaria sugiere infección enfisematosa y cálculos renales caliciales bilaterales. Analíticamente presenta hemoglobina de 10,8g/dL,VCM de 103,7fL,CHCM de 29,9g/dL, creatinina de 2,41mg/dL, urea de 115mg/dL, FG de 17mL/min, LDH 263U/L, procalcitonina 0,16ng/mL, PCR de 2,37mg/dL y sedimento urinario patológico con más de 100 células/campo. Por parte de COT el tratamiento es conservador. Se solicitan cultivos, hemocultivos, se inicia tratamiento antibioticoterápico de amplio espectro y una vez estabilizada se decide ingreso a cargo de Geriatría. Durante su estancia en hospitalización continúan valoración y tratamiento determinando bacteriemia por Aerococcus urinae y Streptococcus anginosus de foco urinario, urinocultivo con Escherichia coli no BLEE; ajustándose antibioticoterapia a función renal y según antibiograma durante dos semanas, mejorando clinicamente por lo que se decide alta médica a sociosanitario para convalescencia.

CONCLUSIONES

La pielonefritis enfisematosa es una emergencia urológica poco común caracterizada por una infección parenquimatosa y perinéfrica, aguda necrosante, causada por uropatógenos formadores de gas. Existen factores predisponentes y varias teorías acerca de su fisiopatología. La mayoría de los casos ocurren en mujeres diabéticas ancianas. Además de diabetes, muchos pacientes presentan obstrucción de las vías urinarias asociadas con múltiples patologías anatómicas y funcionales de la vía urinaria que no permiten un adecuado flujo urinario, una de las más comunes es la obstrucción por cálculos urinarios. La introducción de gas a través de traumatismos, fístulas o incluso procedimientos urinarios invasivos aunque es infrecuente, se han documentado casos. La tomografía es la prueba de elección ya que confirma el diagnóstico y puede mostrar la magnitud y extensión de la enfermedad. El agente microbiológico causal más frecuente es Escherichia coli. El riñón izquierdo suele estar mas afectado con respecto al derecho y la presentación bilateral es la más rara de todas con una frecuencia de aparición del 5%. Los puntos clave para el manejo de estos pacientes son la localización y distribución del gas, el grado de destrucción renal, el estado hemodinámico inicial y los factores de mal pronóstico.

P. #2118

CLÍNICAS SIMILARES, DIAGNÓSTICOS DIFERENTES

Yesica Milena Buitrago Rocha, Isabel Gómez De Lucas, Daniel Gutiérrez Duque, Ángel Cabezas Amurgos, Rubén López González, Juan Pablo Nicolas Sacanambuy Villota

Hospital Universitario de Leòn, Leòn, España

INTRODUCCIÓN

El síncope puede tener múltiples etiologías, desde causas benignas hasta condiciones potencialmente mortales.

OBJETIVO

Presentamos el caso de un paciente que acude por síncope y mareos de repetición descartando tromboembolismo pulmonar.

MÉTODO

Varón de 79 años que acude a Urgencias por cuadro de episodio sincopal con pérdida de consciencia, y relajación de esfínteres. Refiere desde hace unos 2 meses, cuadro de deterioro general, episodios de mareo de repetición, dolor en región dorso-lumbar, y disnea de moderados esfuerzos. Tratamiento con AINES con parcial mejoría.
A la exploración física: TA: 126/80 Tª: 36'3°C. RsCs Rítmicos sin soplos rsrs con crepitantes bibasales aislados, exploración neurológica sin focalidad. Resto anodino.
Otras pruebas: ECG normal, Rx Tórax hilios prominentes, con aumento de densidad base derecha, nódulos pulmonares LID. Analítica Hb 12, plaquetas y coagulación normales. Dímero D 6173. Función renal y hepática normal. PCR 12.
Gases arteriales PO2 74 SPO2 93%.
TC cerebral sin hallazgos significativos.
TC Protocolo TEP - No signos de TEP agudo. - Masa en mediastino superior derecho sugestiva de conglomerado adenopático tumoral que produce infiltración traqueal, arterial y venosa con infiltración y oclusión de la VCS. - Masa pulmonar en segmento basal posterior del LID, y nódulos pulmonares bilaterales sospechosos de neoplasia broncogénica. - Adenopatías paratraqueales, subcarinales e hiliares bilaterales. -Lesiones en ambos lóbulos superiores de naturaleza indeterminada. Metástasis óseas.
Se solicita Interconsulta al servicio de Neumología, procediendo al ingreso del paciente en dicho servicio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Paciente que acude por síncope y mareos de repetición. Se realiza TAC TEP donde se detecta masa pulmonar con múltiples Metastasis pulmonares bilaterales, ganglionares, óseas y compromiso mediastínico superior. Tras los estudios realizados, se llega al diagnóstico de Carcinoma broncogénico estadio IV.
Aunque el síncope no es una manifestación típica de cáncer pulmonar, en pacientes, con tumores avanzados las complicaciones como la compresión de la vena cava superior pueden desencadenar episodios sincopales.

CONCLUSIONES

-Resaltar que los síntomas pueden ser inespecíficos y no siempre corresponden a la enfermedad más común.
-El uso de técnicas de imagen avanzadas, como la TAC, permitió identificar la causa para un tratamiento adecuado.
-El cáncer broncogénico puede presentarse de forma insidiosa con síntomas no específicos, que pueden confundirse inicialmente con otras patologías urgentes como el Tromboembolismo Pulmonar.

P. #2168

PERO DOCTOR, SI ERA SOLO UNA PICADURA??

Karla Verónica De Vita Sanoja, Daniela Laura Lacusta *, Alberto López Martín, Francisco José Ródenas Tárraga, Araceli Fernández Cid

Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 44 años, hipotiroidea en tratamiento, acude por picadura de insecto en cara volar del 1/3 proximal de antebrazo derecho sin datos de sobreinfección local, dada de alta con tratamiento sintomático. Consulta nuevamente tras 12 horas por empeoramiento de las lesiones y malestar general
EXPLORACION: Herida circular de 1cm de diámetro con exudado purulento en zona volar del 1/3 proximal de antebrazo derecho, con marcada zona de celulitis perilesional dolorosa, edema y tumefacción en compartimiento medial dorsal y proximal (foto 1)
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Neutrofilia con PCR de 70
TAC MSD: Conclusión: Proceso infeccioso /inflamatorio en antebrazo sin presencia de complicaciones locales.
Empeoramiento clínico progresivo con datos de Shock séptico. Ingresa en UCI donde permanece 14 días, necesitando curas y desbridamientos quirúrgicos en varias ocasiones (foto 2), precisa además de soporte ventilatorio y DVA, desarrolla además SDRA grave con necesidad de pronaciones y tubo de tórax. En cultivos crece Strepetococco Pyogenes por lo que tras ajuste de antibioterapia mejora progresivamente hasta la extubación y alta de UCI a planta de hospitalización. Permanece durante 10 días más con curas cada 48-72hr y antibioterapia, finalmente es dada de alta con controles por parte de cirugía plástica

OBJETIVO

Saber reconocer los síntomas y signos claves que nos lleven al diagnostico, apoyado de pruebas complementarias y de imagen para iniciar cuanto antes el tratamiento de forma precoz ya que puede ser una verdadera emergencia traumatológica

MÉTODO

Caso clínico con especial hincapié en sintomatología y signos clínicos que apoyen la sospecha de complicación local de una picadura

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Es importante sospechar de esta entidad ante cualquier picadura o lesión de piel con mala evolución, debido a que el diagnóstico es principalmente clínico y, cuanto más precoz sea, mejor será la evolución y ausencia de complicaciones a largo plazo.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es causada por Streptococus Pyogenes o por bacterias mixtas aerobias y anaerobias en general de

origen digestivo o genitourinario. Es una condición patológica poco frecuente pero potencialmente letal que afecta a partes blandas y que tiende a progresar de manera rápida y agresiva a través de planos profundos afectando a la fascia y al tejido muscular provocando extensa necrosis que puede evolucionar a la aparición de shock séptico y fracaso multiorgánico
Su incidencia se estima entre 0.3 y 15 casos por cada 100.000 habitantes, aunque se puede asumir infra diagnóstico por la dificultad de llegar al mismo. La mortalidad se sitúa entre 25-35%
Se clasifica en dos grandes tipos: El tipo I o polimicrobiana, que afecta en mayor medida a personas con comorbilidad previa, y el Tipo II o monomicrobiana que es producida fundamentalmente por Streptococos beta-hemolíticos del grupo A (En menor medida C y G) y generalmente ocurre en pacientes sanos siendo difícil documentar la puerta de entrada
Las manifestaciones clínicas se inician con síntomas inflamatorios cutáneos leves con mucho dolor que avanza rápidamente a ampollas o flictenas con induración cutánea y fluctuación, el contenido es inodoro en este tipo de infecciones, todo esto puede avanzar a lesiones ampollosas con contenido hemorrágico que produce destrucción de fibras nerviosas con anestesia cutánea y gas. En esta última fase la destrucción puede avanzar hasta 4cm2 de superficie cutánea por horaEl diagnóstico es clínico, apoyado posteriormente en hallazgos microbiológicos y quirúrgicos
El tratamiento comprende medidas de soporte y extenso desbridamiento quirúrgico precoz, así como antibioterapia. Están incluidos reevaluaciones quirúrgicas y curas locales. La amputación de la extremidad es necesaria hasta en el 20% de casos
En cuanto al tratamiento antibiótico, en el tipo I se debe realiza una combinación de Ampicilina o Ampicilina/Sulbactam + Clindamicina o Metronidazol. En el tipo II se recomienda Penicilina G + Clindamicina

P. #2214

OTRO PACIENTE EPOC CON DISNEA

Irene Arnaiz Fernández, Joliette-Maybe Martínez-Barquero Santelices, Elisa Casado Suela
Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 63 años, con antecedentes médicos de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tabaquismo activo. Había acudido a Urgencias en varias ocasiones en las semanas previas por empeoramiento de su disnea y había sido dada de alta con pauta de corticoides orales y optimización del tratamiento broncodilatador, así como ciclos cortos de antibióticos. Acude nuevamente por persistencia de la disnea y además refiere que se nota la cara "hinchada", lo que atribuye al efecto del tratamiento corticoideo que ha tenido que seguir en las últimas semanas.

OBJETIVO

A la exploración física se encuentra hemodinámicamente estable, con una presión arterial de 140/75mmHg, frecuencia cardiaca 88lpm, saturación basal de oxígeno del 94% y no presentaba fiebre. Se evidencia la presencia de circulación colateral en la región del tórax y edema facial y cervical (aporta fotografías de meses previos donde se aprecia la diferencia). En la auscultación se aprecian roncus bilaterales, presenta acropaquias en las manos y el resto de la exploración física no aporta evidencias patológicas.
Con la sospecha de síndrome de vena superior se solicita una radiografía de tórax donde se aprecia un ensanchamiento mediastínico y posteriormente un TC de tórax donde se evidencia una masa de bordes irregulares que invade la vena cava superior y que resulta compatible con un carcinoma broncogénico.

MÉTODO

Se inició tratamiento corticoideo con dexametasona intravenosa y se cursó ingreso hospitalario para completar el estudio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El síndrome de vena cava superior (SVCS) es un cuadro grave producido por la invasión de dicha estructura, actualmente considerado una urgencia subaguda pero que requiere de un diagnóstico precoz. Requiere de un alto índice de sospecha y de una exploración física completa, que debe incluir el examen exhaustivo de la región cervico-torácica en búsqueda de circulación colateral o adenopatías patológicas.
La mayoría de los casos de SVCS se asocian con patologías malignas, entre ellas la más frecuente es el cáncer de pulmón y en menor medida los linfomas, siendo en la época actual mucho menos frecuentes las causas infecciosas como los aneurismas sifilíticos y tuberculosos. Los síntomas más frecuentes son la disnea, el edema y plétora facial y la distensión de las venas cervicales y/o torácicas y aunque el diagnóstico de sospecha es clínico, debe confirmarse con pruebas de imagen como el TC de tórax.

CONCLUSIONES

En los servicios de Urgencias siempre se nos debe encender una alerta cuando atendemos a un paciente que consulta en varias ocasiones en un corto espacio de tiempo por los mismos síntomas y aunque no en todas las ocasiones se puede ampliar el estudio y llegar a un diagnóstico en la propia Urgencia, debemos conocer los circuitos de derivación que pueden utilizar nuestros pacientes, para intentar ofrecer la mejor atención posible.

P. #2258

OTRO DOLOR COSTAL DE CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS

Irene Arnaiz Fernández, Elisa Casado Suela, Joliette-Maybe Martínez-Barquero Santelices

Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que acude a Urgencias por dolor costal derecho de un mes y medio de evolución, sin mejoría a pesar de varios tratamientos analgésicos pautados. No había presentado fiebre en días previos aunque en ocasiones describía sensación distérmica y episodios de "tiritona". No tenía lesiones cutáneas a ese nivel, no había presentado traumatismos e inicialmente no se identifica ningún otro antecedente relevante. Había consultado por este dolor en varias ocasiones y actualmente se encontraba en tratamiento con prebagalina 75mg cada 8 horas, metamizol y AINEs sin conseguir un adecuado control del dolor.

OBJETIVO

En Urgencias se realiza una analítica sanguínea con una discreta leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Ya tenía realizadas radiografías costales y de columna dorsal de visitas previas, sin haber evidenciado alteraciones patológicas a ese nivel.

MÉTODO

Dada la persistencia de dolor se cursa ingreso para completar el estudio, con sospecha de espondilodiscitis. Se recogen hemocultivos, se extraen serologías incluyendo el VIH y se inicia antibioterapia empírica con daptomicina y ceftriaxona. Durante el ingreso se realiza resonancia magnética dorso-lumbar donde presentaba signos de espondilodiscitis en D8-D9 con absceso epidural y afectación de partes blandas perivertebrales.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En los hemocultivos se aisló Aggregatibacter aphrophilus y reinterrogando al paciente, unas 2-3 semanas previo al inicio del dolor se había realizado un procedimiento dental, sin profilaxis antibiótica asociada. Durante el ingreso presentó una evolución clínica favorable con disminución progresiva de la necesidad de medicación analgésica y recuperación de la funcionalidad que había perdido a consecuencia del dolor. Fue valorado por Neurocirugía sin necesidad de tratamiento quirúrgico y completó la pauta antibiótica en Hospitalización a Domicilio.

CONCLUSIONES

Los dolores osteomusculares representan una parte muy importante de los motivos de consulta que atendemos en los servicios de Urgencias. Aunque en la mayoría de los casos mejoran con tratamiento analgésico en un corto espacio de tiempo y no presentan patología subyacente de gravedad, es importante reinterrogar y ampliar la anamnesis en los pacientes que consultan en varias ocasiones y no presentan mejoría así como plantearnos ampliar el diagnóstico diferencial en estos casos.

P. #3

SÍNCOPE SORPRESA: MÁS QUE HIPOTENSIÓN

Luis Campos Caubet[1], Joan Manuel Mora Barrios[2], Sara Martín García[3], Raquel Portilla Chocarro[4], Pilar Fombellida Gutiérrez[1], Rebeca González Peredo[1]

1. Servicio de Urgencias Hospital Sierrallana, Torrelavega, España
2. Servicio de Hematología Hospital Sierrallana, Torrelavega, España
3. Servicio de Radiología Hospital Sierrallana, Torrelavega, España
4. Servicio de Medicina Interna Hospital Sierrallana, Torrelavega, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente mujer de 54 años que acude a urgencias por síncope.
Antecedentes personales: Fumadora, esquizofrenia paranoide, EPOC leve, Ulcus gástrico en 2018. Alergia a moxifloxacino. Tratamiento: Inhaladores, omeprazol, palmitato de paliperidona, ácido acetil salicílico, hierro
Acude a urgencias derivada desde USM porque tras la administración de paliperidona intramuscular presenta cuadro sincopal precedido de mareo y sudoración, con hipotensión asociada, que no recupera con medidas generales en la consulta. Su familia refiere que durante las 2 semanas previas había presentado un cuadro catarral y malestar general.
Llega a urgencias con TA 88/58, FC 93 por minuto y afebril; se realiza ECG, que está en ritmo sinusal sin alteraciones, y se objetivan leucocitosis con neutrofilia, junto con elevación de NT-proBNP (11483), elevación de PCR, MDW y procalcitonina, actividad de protrombina disminuida y Dímero D 4477 y anemia microcítica, además de insuficiencia respiratoria global.Además, en radiografía de tórax hay derrame pleural bilateral que se corrobora en ecografía a pie de cama, objetivándose además derrame pericárdico moderado de aspecto crónico sin datos de taponamiento y ascitis.
Al persistir la hipotensión y ante los hallazgos analíticos y el fracaso respiratorio hipercápnico se inicia tratamiento bajo monitorización mientras se completa el estudio, y se realiza TAC abdomino pélvico con contraste: trombosis vena porta principal, vena porta derecha e izquierda, vena esplénica y ven a mesentérica superior, junto con distensión de asas de delgado y signos de isquemia en asas de yeyuno y un segmento de ileon y posible ulcus pre pilórico. No hay defectos de repleción arteriales. Trombosis en vena ovárica izquierda. Líquido libre intra abdominal.
Se decide intervención quirúrgica con laparotomía media supra-infra umbilical, con extirpación de 1 m de intestino delgado: isquemia de 1 m de yeyuno proximal a 20 cm del ángulo de Treitz, líquido libre. Postoperatorio complicado que precisa ingreso en UCI con VMN por insuficiencia respiratoria global. Posteriormente ingreso en planta de MI para completar estudio y se da de alta tras comprobar estabilidad. Al alta heparina a dosis anticoagulantes. (Tinzaparina 14000 u) y queda pendiente de completar de forma ambulatoria el estudio de causa subyacente de trombosis.

CONCLUSIONES

La trombosis de vena mesentérica es una entidad de baja frecuencia, pero importante, ya que puede causar isquemia del intestino delgado o colon. Es responsable de hasta 5% a 10% de los casos de isquemia mesentérica aguda.
En aproximadamente 80% de los casos de trombosis de vena mesentérica, se puede identificar un factor etiológico asociado, dentro de los cuales hay que considerar los estados de hipercoagulabilidad (ya sean hereditarios o adquiridos), procesos inflamatorios vecinos (pancreatitis, diverticulitis, apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal), hipertensión portal y trauma abdominal.
En relación al cuadro clínico, se puede presentar de una manera más insidiosa y de menor severidad que la trombosis de la arteria mesentérica. Su presentación es variable e inespecífica, siendo el dolor abdominal y los vómitos los síntomas más frecuentes; los exámenes de mayor utilidad en el diagnóstico son la ecografía con doppler venoso y la tomografía computarizada de abdomen (TAC).
El tratamiento consiste, básicamente, en terapia anticoagulante y, cuando existen signos de isquemia intestinal, cirugía asociada a una anticoagulación precoz. La mortalidad es de 20-50%, siendo menor que en los casos de compromiso de arteria mesentérica, estando relacionada con el grado de obstrucción, presencia de colaterales, comorbilidad y retraso en el diagnóstico
El diagnóstico es muy difícil sin el apoyo de imágenes, y requiere una alta sospecha clínica para iniciar precozmente anticoagulación y poder evitar la cirugía.

P. #5

FIEBRE EXANTEMÁTICA EN EL ADULTO

María Rodríguez Armas, Pablo Palacio Alvare, Verónica Mate García

Hospital Santa Creu I Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años de edad, sin alergias conocidas, enol ocasional como único hábito tóxico. No factores de riesgo cardiovascular ni cardioneumopatías conocidas. Como antecedentes familiares sólo destaca madre afecta de trombopenia leve (no conoce diagnóstico). Tiene una hermana sana.

Consulta en Atención Primaria por cuadro vírico de 4 días de evolución que inició con fiebre de 38.5°C de predominio nocturno, cefalea, artromialgias y odinofagia. No tos, rinorrea, expectoración ni clínica abdominal. A la exploración objetivan un rash eritematoso no prurigonoso en tronco y brazos. Se administra tratamiento con Azitromicina 500 mg 1 vez al día durante 3 días, remitiendo la fiebre pero con persistencia de odinofagia y astenia intensa.

Consulta en Urgencias hospitalarias 5 días después por persistencia de rash cutáneo que a nuestra valoración se orienta como exantema eritematoso máculo-papuloso de predomio en tronco y extremidades inferiores, de posible etiología vírica.

A la exploración física el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con 110/75, FC 60, Tª 36.4. Destaca la presencia de muguet en cavidad oral, con adenopatías axilares bilaterales e inguinales, con una auscultación cardiopulmonar sin alteraciones así como examen abdominal y neurológico dentro de la normalidad.

Se realiza analítica de sangre donde destaca en el hemograma una plaquetopenia 69000, con una leucopenia leve (2900) a expensas de neutrófilos (1390) y linfocitos (990). En la bioquómica se objetiva un alteración de las pruebas de función hepática con patrón de citolisis leve.

Se realiza nueva anamnesis más dirigida y el paciente niega contacto estrecho con niños y refiere una relación sexual de riesgo hace 4 semanas.

Se completa estudio con serologías de enfermedades exantemáticas y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), remitiéndose a consultas externas de enfermedades infecciosas para revisión de resultados, siendo finalmente diagnosticado finalmente de posible primoinfección por VIH e iniciándose tratamiento antirretroviral.

CONCLUSIONES

A pesar de que la primoinfección por VIH es sintomática en el 50-90% de los casos, el diagnóstico en esta etapa pasa desapercibido de forma muy frecuente. El conjunto de manifestaciones clínicas se conoce como síndrome retroviral agudo y los síntomas más frecuentes son fiebre, astenia, erupción cutánea y linfadenopatías generalizadas, que suelen aparecer entre la 2ª y la 4ª semanas de la infección. Además, entre las alteraciones analíticas de laboratorio más freucentes se encuentran las citopenias y la alteración de las pruebas de función hepática.

Es importante sospechar una primoinfección por VIH en pacientes con cuadros clínicos compatibles y realizar una anamnesis dirigina exhaustiva para identificar paciente de riesgo, ya que el diagnóstico en fase tardía de esta infección supone un retraso en el inicio del tratamiento con un mayor riesgo de infecciones oportunistas, un daño inmunológico en ocasiones irreversible con una disminución de la supervivencia, así como un aumento de la transmisión del VIH entre la población general.

P. #10

DE PULMÓN A PULMÓN, PASANDO POR EL CORAZÓN

María De Los Ángeles López López, Vanessa Heras Fernández, María Dolores Tuñón Leiva, Wael Ishaq Humaid Alqadoumi, Beatriz Martínez Villena, Myriam Barcina Rodríguez

Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcalá De Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años natural de República Dominicana, en seguimiento por Oncología por carcinoma ductal infiltrante de mama derecha localmente avanzado (T3N1) RH+, Her2-, tratada con QT neoadyuvante + cirugía + RT + tamoxifeno y Lenotrozol desde el 2023, que acude a S° de Urgencias por por cuadro de dos semanas de evolución de esputos hemoptoicos con aumento en las últimas horas y desde hace 4 días, dolor en pantorrilla izquierda (sin aumento de volumen, temperatura, ni cambios tróficos), y sensación distérmica, sin otra clínica en a la anamnesis por aparatos. Además, comenta disnea de dos meses de evolución que no se ha modificado.
En PPCC:
TAS 150-175 mmHg), taquicardia (FC 110 lpm), taquipnea en reposo, y SatO2 95% basal.
ECG: Taquicardia sinusal a 109 lpm, QRS <120ms, Eje normal, Intervalo PR en rango, no morfología de bloqueo de rama.
TC Arterias pulmonares: TEP bilateral con signos de sobrecarga derecha. Infiltrados parenquimatosos bilaterales. Imágenes de aspecto seudonodular en hemitórax derecho.
ECOCARDIO URGENTE: Miocardiopatía dilatada con disfunción VI severa y trombo intraventricular izquierdo apical
INGRESO en Med Interna por TrombointraVentricular, TEP BILATERAL e ICC secundaria mantiene tratamiento diurético con buen control de síntomas congestivos, iniciando tratamiento Bbloqueante, eplerenona, Sacubitril /Valsartan, con buena respuesta

CONCLUSIONES

El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. No es una enfermedad que se pueda diagnosticar ni excluir con certeza sin la ayuda de estudios de imágenes de alto costo, lo que obliga a incorporar estrategias de enfrentamiento costo-efectivas. El análisis siempre debe empezar por la probabilidad clínica del diagnóstico TVP/TEP, basándose en los factores de riesgo presentes: antecedentes de TEV anteriores, edad avanzada (70 años), cáncer activo (especialmente pulmón, páncreas, colorrectal, riñón y próstata), poca movilidad por trauma o cirugía reciente, daño neurológico o uso de férulas de inmovilización, viajes prolongados, portadores de catéteres intravenosos, embarazo, anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, obesidad, trombofilias adquiridas (mutación de factor V Leiden o gen de protrombina y deficiencias de proteina S, C o antitrombina), síndrome antifosfolípidos, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome nefrótico, hiperhomocisteinemia, policitemia vera, trombocitosis esencial o hemoglobinuria paroxística nocturna.

El trombo intraventricular (TIV) es una entidad que conlleva un riesgo significativo de accidente cerebrovascular (ACV) o embolia sistémica. En series antiguas, su prevalencia era mayor al 30% en pacientes post infarto agudo de miocardio (IAM).
La escara apical y la disfunción sistólica VI son dos factores de riesgo asociados a TIV post IAM, con amplia evidencia.
La disfunción sistólica VI es uno de los predictores independientes más fuertes para la formación de TIV.
La tríada de Virchow está presente como característica principal en la miocardiopatía dilatada post-infarto: flujo sanguíneo anormal, hipercoagulabilidad e injuria tisular de la pared. El test inicial para la detección de TIV es el ecocardiograma transtorácico (ETT). La RMC es considerada la técnica gold standard para evaluar la presencia, tamaño y localización de TIV. Se detecta como un defecto de relleno intraventricular de baja señal adherido a un área de realce VI (escara). Hay consenso en la anticoagulación con AVK tan pronto como se realiza el diagnóstico de TIV y la anticoagulación parenteral se suspenderá una vez alcanzado el rango terapéutico (INR 2-3). Todas las guías recomiendan un ETT a los 3 meses.

P. #12

DE SEPSIS GRAVE A TEP SOLO HAY UN ECÓGRAFO DE DISTANCIA

Juan Fabiani De La Iglesia, Inmaculada Muñoz Pineda, Eissa Jaloud Saavedra

Hospital Infanta Elena, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Guardia de Observación, adjunto de 1° año. Paciente varón de 68 años sin antecedentes de interés, que ingresa por un cuadro de sepsis de origen pulmonar sin mejoría tras dos líneas antibióticas. Sin fiebre, pero con hipotensión y taquicardia, el cuadro clínico es desconcertante.

Se inicia tratamiento con meropenem, linezolid y sueroterapia, mientras el soporte con ventimask apenas consigue estabilizarlo. La analítica revela datos ambiguos: PCR 8, procalcitonina negativa, sin leucocitosis ni neutrofilia. Antigenuria negativa. Todo parece fuera de lugar, hasta que… Troponina T: 100 ng/L.

¿Pensamos en infarto? El impulso de la urgencia clínica me lleva a buscar respuestas, y con el ecógrafo en mano, a pie de cama, se abre el camino. Un ventrículo derecho dilatado, más prominente de lo habitual, captura mi atención en un plano de 4 cámaras. "¿Se mueve distinto el apex?" pienso, con la certeza de que algo significativo se oculta ahí. Mi mente retrocede: ¿No era esto el signo de McConnell? Lo recuerdo, pero solo de los libros, nunca visto en vivo.

La emoción crece. Dudo, pero la probabilidad teórica en los libros es aplastante: Especificidad del 100%, valor predictivo del 96-100% para Tromboembolismo pulmonar. ¡CLARO! Por fin lo veo, lo confirmo. El laboratorio me da la razón: Dímero-D >11.000. La emoción no cabe dentro de mí. Salto por dentro, que no se note. ¿Sí? ¿Radiología? Angio-TC urgente. Quince minutos después: TEP agudo masivo. La adrenalina alcanza su punto álgido. Se detiene la antibióticoterapia y el traslado a la UCI ocurre de inmediato. Fibrinolisis, manejo avanzado. Recuperación exitosa.

Es imposible describir la satisfacción cuando un detalle, una decisión rápida y el conocimiento aplicado, marcan la diferencia. La ecografía a pie de cama salvó su vida. De no ser por esa exploración, quizás estaríamos hablando de un desenlace muy distinto. Un diagnóstico clave, una vida salvada, una lección imborrable: la medicina de urgencias es instinto, preparación, herramientas y equipo.

Ese día, como cuando tu equipo marca el gol de la final en el último minuto, no pude evitar gritar para dentro. La medicina vivida, con todas sus luces y sombras, nunca deja de sorprender.

CONCLUSIONES

Como médico de urgencias, este caso refuerza la importancia de una formación multidisciplinar que permita abordar situaciones críticas desde distintos enfoques. La combinación de habilidades clínicas, conocimiento actualizado y el dominio de herramientas como la ecografía a pie de cama resulta crucial para el diagnóstico rápido y certero en escenarios complejos.

La ecografía ha demostrado ser una herramienta invaluable en el manejo de patologías tiempo-dependientes, como el tromboembolismo pulmonar masivo en este caso. Su uso permite identificar signos clave, como la dilatación ventricular derecha y el signo de McConnell, orientando el diagnóstico y facilitando la toma de decisiones inmediatas.

Este caso también destaca la colaboración interdisciplinaria, el razonamiento clínico rápido y la capacidad de actuar con precisión, factores esenciales en el trabajo en urgencias. La formación continua en técnicas como la ecocardiografía de urgencia, junto con un enfoque integral del paciente, puede ser determinante para salvar vidas en situaciones críticas.

P. #19

CASO CLÍNICO DE ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO Y COMPLICACIONES RESPIRATORIAS TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO MENOR

María Elena Morata Marqués

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años, sin alergias medicamentosas conocidas, consumo severo de alcohol (56 UU/Semana), fumador de tabaco y cannabis. Con antecedentes de diabetes tipo II y depresión. Consulta en urgencias por edema facial desde ese mismo día por la mañana. Refiere el antecedente de una caída, cuatro días antes, golpeándose hemitórax derecho no habiendo consultado previamente por ello. A la anamnesis dirigida niega disnea, dolor torácico u otra sintomatología.

Hallazgos clínicos:

- Temperatura 36,6°C, tensión arterial (TA) 106/72mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 125lpm, saturación de oxígeno (SatO2) 96%.
- Neurológico: Consciente y orientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No focalidades neurológicas.
- Cardiovascular: Tendencia a la taquicardia sinusal (TS). Sin soplos ni extratonos. No signos de hipoperfusión, pulsos periféricos presentes.
- Respiratorio: Eupneico. Hipofonesis generalizada. Crepitación desde región periorbitaria hasta parte más distal de extremidades inferiores. Dolor a la palpación de últimos arcos costales derechos.
- Abdominal: Blando y depresible con enfisema subcutáneo (ES), no dolor a la palpación ni peritonismo.

Evaluación diagnóstica:

- Gasometría Venosa: ph 7,46, pCO2 38 mmHg, pO2 35 mmHg, HCO3 27 mEq/l, láctico 1,5 mmol/l.
- Analítica sanguínea: leucocitos 15800 ul, neutrófilos 89,12%, Proteína C Reactiva (PCR) 23,05 mg/dl y Procalcitonina (PCT) 0,57 ng/ml.
- Sedimento urinario: cetonas 30 mg/dl; niveles de tóxicos (cannabis positivo).
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 130lpm, eje +60°, PR 120ms, QRS <0,12ms, sin alteraciones en la repolarización.
- Rx simple de tórax: ES extenso, neumotórax derecho, neumomediastino, aire bajo la cúpula diafragmática derecha y fracturas costales derechas.
- TAC toraco-abdómino-pélvico: ES masivo cervicotoracoabdominopélvico, con neumomediastino, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo, moderado neumotórax derecho y mínimo izquierdo y fracturas desplazadas de los arcos costales posterolaterales derechos de 7-9°.

Diagnóstico diferencial:

En un paciente con edema facial agudo, deben considerarse causas infecciosas, respiratorias o cardiovasculares. Una caída reciente sugiere una causa traumática subyacente, y el examen físico junto con las pruebas revelan múltiples complicaciones relacionadas con el traumatismo torácico. Antes de obtener los resultados de las pruebas, es importante considerar los diagnósticos diferenciales: angioedema, neumonía con complicaciones, neumotórax espontáneo, Síndrome de Vena Cava Superior, fracturas costales con contusión pulmonar y perforación esofágica.

Intervención terapéutica:

- Clorazepato (10 mg/8h) para prevenir el síndrome de abstinencia alcohólica y analgesia con dexketoprofeno 50 mg, paracetamol 1 g y tramadol 100 mg endovenoso.
- Oxigenoterapia con ventimask al 40%, manteniendo SatO2 >96%.
- Dieta absoluta, con insulina soluble 1 UI 0,1 ml, SC, C/6h según control glucémico y suero salino fisiológico al 0,9% 500 ml, perfusión contínua en 24h.
- No precisa sondaje, por diuresis espontánea y función renal conservada (creatinina 0,72 mg/dl, urea 40 mg/dl, Sodio 131 mEq/L y Potasio 4,4 mEq/L).
- Aunque permanece afebril, se inicia antibioterapia empírica con Amoxicilina-Clavulánico 2 g IV C/8h por fracturas, contusiones pulmonares y resultado analítico indicativo de proceso inflamatorio-infeccioso activo.
- Se consulta con la UCI para colocación de tubo de tórax, con Cirugía Torácica por la presencia de fracturas costales múltiples y Cirugía General por ES generalizado.

CONCLUSIONES

Este caso clínico analiza el manejo de complicaciones respiratorias graves tras un traumatismo torácico menor. Destaca la importancia de una evaluación oportuna, identificando complicaciones como neumotórax y neumomediastino mediante exploración física y radiografía de tórax. La intervención temprana con tubo torácico permitió la reexpansión pulmonar, complementada con oxigenoterapia y analgesia. Factores como el retraso en la consulta, tabaquismo, diabetes y consumo de cannabis pudieron agravar el cuadro. Se resalta la necesidad de un seguimiento riguroso con TAC y pruebas funcionales respiratorias para prevenir complicaciones residuales. Este caso subraya la relevancia de un manejo temprano, seguimiento adecuado y consideración de factores de riesgo para mejorar los resultados clínicos.

P. #44

NOCARDIA: UNA NEUMONÍA DIFERENTE

Elena Hernández Sandoval, Juan Muñoz Mingarro, Jesús Manuel Araque Marchante

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 64 años que trabaja en obras de pavimentación de la calle con antecedente de rinitis crónica vasomotora, neumonía bilateral en 2020, múltiples consultas en urgencias por episodios de broncoespasmo por infecciones respiratorias con ingreso reciente en Neumología por cuadro de infección respiratoria e hiperreactividad bronquial. El día 31 comienza con fiebre no termometrada con escalofríos, malestar general, y aumento de expectoración de color verdosa. Consultó al día siguiente con su MAP, quien inició cefuroxima 500mg/12 horas. Acude a urgencias tras 2 días por cuadro de fiebre de hasta 38.1°C, tos con expectoración verdosa y dolor pleurítico en hemitórax derecho. En la exploración física, regular estado general, con sudoración profusa, fiebre de 39,6°C, se auscultan crepitantes gruesos en campo medio derecho con soplo tubárico, mantiene saturaciones en basal. En analítica PCR de 328 con 30.000 leucocitos.

En urgencias se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam tras recoger esputo, pese a lo cual presenta mala evolución. Se solicita TC torácico en el que se observa neumonía cavitada con empiema asociado. En planta, obtenemos resultados de esputo en el que se aísla nocardia otitidiscaviarum sensible a cotrimoxazol y linezolid. Se escala a meropenem y linezolid hasta descartar infecciones concomitantes. En broncoscopia no se observan hifas, recibimos dos cultivos de esputo positivos para nocardia, y siendo el TC torácico y la epidemiología compatibles, iniciamos cotrimoxazol, comienza a estar afebril por primera vez durante su ingreso. Ante buena evolución clínica y analítica, se da de alta con cotrimoxazol oral y amoxicilina/clavulánico (por aislamiento de flora mixta gram + en esputo) y suplementación con ácido folinico.

CONCLUSIONES

La nocardia es un actinomiceto aeróbico gram +, catalasa + que se diferencia de otras especies de actinomicetos mediante la tinción ácido alcohol resistente. Su incidencia es de 500-1000 nuevos casos por año en EEUU y se distribuye en todos los continentes menos la Antártida. Su reservorio es el suelo, polvo, vegetación en descomposición, y se transmite de forma más común mediante la inhalación de polvo, lo cual concuerda con el antecedente del paciente, y también por inoculación directa, no se transmite de persona a persona. Hay varias formas de presentación, la pulmonar tiene un inicio insidioso que dura semanas con cuadro de fiebre, tos, astenia, anorexia, pérdida de peso, hemoptisis, disnea, dolor pleurítico… puede presentar diseminación hematógena o por contigüidad formando empiema, mediastinitis, pericarditis. La colonización pulmonar es poco común. La enfermedad cutánea primaria es la forma más común de presentación en pacientes no inmunocomprometidos. El sitio más común de infección diseminada es el SNC, con absceso cerebral como forma más común. En las pruebas de imagen se ven lesiones con realce en anillo. Deberíamos sospechar una infección por Nocardia en infecciones cutáneas que no responden a tratamiento antibiótico habitual, con presentación subaguda de linfangitis nodular, micetoma, o infección de herida tras exposición a agua o tierra, en nódulos pulmonares de nueva aparición asociado a inmunodepresión celular y/o enfermedad pulmonar crónica, lesiones cerebrales con realce en anillo en inmunodeprimidos, o en nódulos pulmonares asociado a absceso cerebral. El diagnóstico diferencial se debería hacer con la tuberculosis y con la actinomicosis.

Podríamos concluir, por tanto, que la nocardia es una infección no común que se debería sospechar en casos de mala respuesta a tratamiento convencional, o en inmunodeprimidos, que se deberían extraer pruebas microbiológicas para definir etiología siempre que sea posible, y que siempre que tengamos un caso por Nocardia se debe descartar la diseminación al SNC.

P. #52

¿POR QUÉ HE PERDIDO 12 KG EN 3 SEMANAS?

Audrey Morales Rodríguez, Marta Crespillo Peralta, Mario Ernesto Ágreda Fernández, Noiva Díaz García, Susana Pérez Antón, Julieta Zlatkes Kirschheimer
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin antecedentes de interés, natural de Perú, residente en Alemania desde hace dos meses por motivos laborales, no viajes recientes a Perú desde 2020, convive en Alemania con un compañero de piso, resto de familia en España, consulta por síndrome constitucional de 3 semanas de evolución, con pérdida de 12 kg no justificada, astenia, hiporexia, náuseas postprandiales e importante disnea que le dificulta la actividad básica diaria. Niega consumo de tóxicos, no signos de hemorragia digestiva en deposiciones, niega relaciones sexuales de riesgo, no contacto con animales. No ambiente epidémico en domicilio.
A la exploración no hallazgos reseñables salvo roncus generalizados en la auscultación pulmonar, resto sin hallazgos patológicos. Tacto rectal negativo para hemorragia digestiva.
Se realiza analítica en donde destaca PCR 198 mg/L, PCT 4.62 ng/ml, leucopenia 2.980/uL, Hb 11.8 g/dl. Resto anodino. Básico de orina sin alteraciones.
En Rx de tórax patrón micronodulillar bilateral compatible con patrón miliar.
En TAC cervico-toraco-abdómino-pélvico: múltiples adenopatías mediastínicas de hasta 10 mm de aspecto reactivo. Extensas áreas de opacidad en vidrio deslustrado en ambos campos pulmonares de predominio peribroncovascular que sugiere infección por Pneumocystis jirovecci como primera opción.
En las serologías solicitadas inicialmente el resultado es VIH + con carga viral 5.62 log10 CD4+ 15/mm3 y Sífilis RPR + 1/4. Se descarta infección por M.tuberculosis.
El paciente fue diagnosticado de : neumonía bilateral por P. jirovecci, infección crónica por VIH-1, estadio C3. Inmunodepresión muy grave. Lues 2ª latente de duración indeterminada. Candidiasis orofaríngea y viremia CMV sin datos de infección profunda.
Tras un mes de ingreso para estudio completo el paciente fue dado de alta con tratamiento antiretroviral, antiviral y antibiótico y se mantiene estable.

CONCLUSIONES

Al tratarse de un paciente joven y con el cuadro constitucional que refería, inicialmente impresionaba de que pudiera tratarse de un diagnóstico tumoral del aparato digestivo, si bien, con la radiografía que presentaba de patrón miliar ya nos orientaba a algo infeccioso, por lo que siguiendo el protocolo para diagnostico diferencial del VIH en los Servicios de Urgencias Hospitalarios se solicitó una serología VIH que nos dio el diagnostico del paciente. Es importante en estos casos plantearse los posibles diagnósticos diferenciales con el fin de poder realizar un diagnóstico precoz que mejore el pronóstico de los pacientes.

P. #71

SEPSIS RESPIRATORIA SECUNDARIA A NEUMONÍA NEUMOCÓCICA GRAVE

María Rodríguez Gallego, Plinio Abel Montes De Oca Jiménez
Centro De Salud De Sepúlveda, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 21 años con AP de hipotiroidismo y trastorno bipolar que vista en Urgencias porque desde el día previo por la tarde presenta fiebre de hasta 39 y tos seca. La mañana en que acude a la urgencia había comenzado con sensación de falta de aire, mareo y tendencia al sueño.
Exploración física:
COC Tendencia al sueño y dificultad para hablar. Sat: 88%, FC: 136 Lpm, Tª: 39.2C, TA: 99/54mmhg, Glu: 110, Faringe hiperémica sin exudados. AC Taquicardia a 136 lpm. AP mvc. Crepitantes en base derecha. Abdomen B y D. No doloroso a la palpación. RHA ++. PP renal bilateral negativa. EEII no edemas. Exploración Neurológica: Tendencia al sueño con dificultad para hablar sin disartria, PIN, PC N, F y S conservadas, marcha no explorada por debilidad de la paciente para mantenerse en pie.
Se canalizan 2 vías venosas con Suero fisiológico 500 iv. Paracetamol iv. Nebulización de 0.5 ventolín + atrovent. con escasa mejoría, por lo que se decide nueva administración de 1000 de S.Fisiológico y nueva nebulización, además se administra urbason 60 iv, actocortina 75 iv y ceftriaxona 1 gr iv. persistiendo fiebre y saturaciones en torno al 93 con oxígeno a 3 litros. Se traslada al box de emergencias donde llega taquipneica, con tiraje respiratorio, obnubilada e hipotensa, siendo preciso iniciar Noradrenalina y VMNI de inmediato, tras ser valorada por UCI se decide intubación orotraqueal y continuar con la bomba de noradrenalina y ceftriaxona 2 gr iv cada 12 horas. Precisa también de la colocación de drenaje pleural. En la radiografía de tórax se observa consolidación en LSD con derrame pleural, En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda y PCR 230. GAB O2 (FiO2 60%) ph 7,37, pCO2 24 mmHg, pO2 65 mmHg, HCO3- 13,9 mmol/L, lactato 3.9 mmoL/L. Se realiza PCR múltiples neumonías, PCR exudado nasofaríngeo y virus respiratorios: negativo, antígenos de Neumococo y Legionella: negativo, serología VIH y VHB negativa, BAS negativo, HC x 2 negativo, punta de catéter negativo, quantiferón negativo, broncoscopia con positividad para S. Pneumoniae. Tras una semana de ingreso en UCI y mejoría se procede a extubación e ingreso en Neumología en los días posteriores, donde persiste febrícula por lo que se amplía cobertura antibiótica con piperacilina tazobactam, aislándose E.coli. BLEE en urocultivo sensible, por lo que se mantiene tratamiento antibiótico 10 días. Finalmente, y tras evolución favorable, es dada de alta con el diagnóstico de sepsis secundaria a Neumonía Neumocócica.
Sepsis respiratoria secundaria a Neumonía Neumocócica grave con evolución rápida y tórpida, asociada a derrame pleural e insuficiencia respiratoria, que precisó de VMI.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de reconocer y tratar oportunamente la sepsis secundaria a neumonía neumocócica

grave en pacientes jóvenes. La paciente presentó una evolución rápida hacia insuficiencia respiratoria aguda, choque séptico e inestabilidad hemodinámica, lo que requirió soporte vital avanzado, incluyendo ventilación mecánica invasiva y vasopresores.

El diagnóstico oportuno se basó en una combinación de hallazgos clínicos (fiebre, disnea, crepitantes, y deterioro neurológico), imágenes (consolidación pulmonar y derrame pleural), y estudios microbiológicos, que identificaron Streptococcus pneumoniae como agente causal. Este caso subraya la necesidad de buscar activamente signos de insuficiencia respiratoria y datos de inflamación sistémica (leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada, lactato) en pacientes con neumonía grave.

El manejo temprano y dirigido, junto con un enfoque multidisciplinario, es esencial para mejorar el pronóstico en estos casos críticos y prevenir complicaciones severas.

P. #81

DOLOR AGUDO EN EXTREMIDAD INFERIOR

Olena Zhygalova Zhygalova[1], Lucía González Ferreira[1], Olga Encinas Rodríguez[1], Mauricio Mejia Castillo[1], Ángela Nieto De Tena Gil[1], Ilona Zhygalova Zhygalova[2]

1. HUBU, Burgos, Burgos, España
2. HUAC, Vigo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 años, autónomo e independiente para ABVD y AIVD, con antecedentes personales de HTA, dislipemia, IAM revascularizado en 2011 y colocación de bypass axilo-femoral de miembro inferior derecho por enfermedad arterial periférica en 2015.Es derivado a Urgencias desde su Centro de Salud rural por dolor en MID de 3 días de evolución con mal control a pesar de analgesia habitual en domicilio.

Durante el traslado es tratado con: metamizol 2gr, iv + dexketoprofeno 50mg, iv + cloruro mórfico 7,5 mg, iv + fentanilo 25mcg, iv+ AAS 250mg, vo + 500cc SSF, iv+ oxigeno en VMK a 50%.

Exploración física:

A su llegada a Urgencias: TA 157/74mmHg, FC 74lpm, FR 25rpm, Tª 35°C, SatO2 68% basal. Mal estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas, poco colaborador. Palidez mucocutánea con mala perfusión distal. Taquipneico en reposo.

AC: rítmica, sin soplos.

AP: hipoventilación generalizada.

ABD: blando, depresible. No doloroso, ausencia de datos de peritonismo.

MID: pulso pedio débil con discreta frialdad acra.

Pruebas complementarias:

Hemograma: Leucocitos 24600 (Neutrófilos 93,7%), Plaquetas 12000

Bioquímica: glucosa 115, urea 274, creatinina 4,14, fosforo 10,8, magnesio 3,10, GOT 42, GPT 106, LDH 275, sodio 147, potasio 6,1, TUS 61, lipasa 598, PCR 134, PCT 2,6. PRO-BNP 12766

Coagulación: fibrinógeno 548,0, D-Dimero 14.

ECG: ritmo de MCP con BHHRI (ya presente en EKG previos)

GSA: pH 7, 14, pCO2 40, pO2 52, HCO3 13,6, BE -14,9

Dada la presencia de datos de inestabilidad clínica, se solicita valoración por servicio de UCI, que acepta el ingreso en su unidad. Se realiza angio-TAC urgente de abdomen y MMII por sospecha de isquemia de origen incierto.

Radiografía de tórax: Leves atelectasias posterobasales. Dilatación de cavidades cardiacas izquierdas. Marcapasos. Ausencia de derrame pleural y pericárdico. Ateromatosis calcificada aortocoronaria.

AngioTAC Abdomen y MMII: Se observa defecto de repleción a nivel del origen de la AMS, que no se encontraba presente en el estudio anterior, con posterior repermeabilizacion de la misma en su tercio medio. No signos de sufrimiento visceral. No neumoperitoneo. Importante ateromatosis vascular, con afectación de todo el eje aortoiliacofemoral, así como las arterias viscerales (AMS, AMI y renales). Defecto de repleción completa de aorta infrarrenal y renal derecha, que extiende hacia ambas iliacas comunes, externas e internas, así como femorales comunes, superficiales y profundas proximales. Se observa repermeabilizacion a nivel de tercio de las arterias

femorales superficiales y profundas, con opacificación de las arterias poplíteas y tronco tibioperoneos.
Defecto de repleción de la prótesis axilofemoral y de bypass femoro-femoral.
Se observan vasos sanguíneos colaterales a nivel de la musculatura oblicua de la pared. Hígado homogéneo, sin LOEs. Vena porta permeable. Vesícula biliar con paredes finas, sin cálculos. Nódulo suprarrenal derecho hipodenso (9mm), posible adenoma. Riñón derecho de características atróficas y litiasis en tercio inferior. Riñón izquierdo sin hallazgos. Páncreas y bazo sin hallazgos. Sondaje vesical. SNG.
No se observa liquido libre. Ateromatosis calcificada aortoiliaca.
Tras los hallazgos previos, es valorado por Cirugía Vascular: Presenta cianosis en hemicuerpo inferior y ausencia de pulsos a todos los niveles. Bypass axilo-femoral sin latido que se correlaciona con los datos de AngioTAC. Se convoca sesión clínica multidisciplinar: dada la comorbilidad, situación clínica y datos de prueba de imagen se decide tratamiento paliativo y, por tanto, se inician medidas de confort.
El paciente fallece a las 24 horas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz y la sospecha clínica inicial de complicaciones trombóticas es de gran relevancia en pacientes con antecedentes de enfermedad arterial periférica y procedimientos vasculares previos. Una adecuada sospecha en el ámbito de atención primaria permite la derivación temprana del paciente a un centro hospitalario para optimizar el manejo y minimizar las complicaciones asociadas.

P. #83

TROMBOPENIA Y TROMBOS: LAS CLAVES DE UN DIAGNÓSTICO

David García Gacimartín, María José Palomo Reyes, Iván Leiton Bautista, Francisco Javier Toledano Villar, Alba García-Páramo Bernáldez, Damián Jesús González León

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 64 años independiente para actividades básicas, sin alergias conocidas, hipertensión, dislipemico y diabético, exfumador con hábito enólico actual, adenocarcinoma pulmón IIIA intervenido (lobectomía de lóbulo superior izquierdo) y tratado mediante 4 ciclos de Cisplatino-Alimta, el último un mes antes de acudir a urgencias.
Refiere mareo con inestabilidad, astenia y pérdida de visión de ojo derecho en caída de cortina, de aparición brusca hace 2 días, junto a cefalea parietal izquierda, opresiva, intermitente, no irradiada, que permite el sueño. Disminución de potencia y caudal del chorro miccional, náuseas con un vómito de contenido alimentario hace 24 horas e inquietud de piernas al dormir desde hace un mes. Los síntomas se iniciaron en reposo, no ha tenido pérdida de fuerza ni sensibilidad previas.
Niega dolor a otro nivel salvo el postoperatorio de la toracotomía. Tampoco fiebre ni sensación distérmica
La exploración física es anodina salvo dolor a la palpación profunda de fosa iliaca izquierda y una hemianopsia temporal derecha.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma sin alteraciones.
- Tomografía Computerizada (TAC) craneal: hipodensidad posterior en parénquima parieto occipital izquierdo compatible con lesión isquémica crónica.
- Bioquímica: Urea 84, Creatinina 2.15, Bilirrubina Total 1.78 y Directa 0.61, lactato deshidrogenasa (LDH) 701 y proteína C reactiva (PCR) 66.2, siendo el resto normal.
- Hemograma: Hemoglobina 8.5, Hematocrito 26.1, V.C.M. 71.5, y plaquetas 13000.
- Coagulación: Tiempo de Protrombina 88 I.N.R. 1.1 Tiempo de Cefalina 33.3 Tiempo de Cefalina (Control) 28.9 Fibrinógeno (Derivado) 681.
- Frotis sangre periférica: esquistocitos claros en baja proporción en serie roja, nl células atípicas ni cuadro leucoeritoblástico en serie blanca

Aunque en un primer momento, creímos que era un ACV occipital izquierdo probablemente aterotrombotíco, por los antecedentes del paciente, los datos obtenidos en la analítica nos hicieron plantearnos si estábamos ante entidades independientes o todas formaban parte de un conjunto probablemente relacionadas con la quimioterapia:
- Fracaso Renal Agudo (FRA), trombopenia grave, déficit visual y anemia ferropénica secundarias a quimioterapia.
- Púrpura trombocitopénica Inmune (PTI), FRA, déficit visual y anemia ferropénica secundarias a quimioterapia.
- Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) con afectación de vía visual, renal, anemia ferropénica/hemolítica secundarias a quimioterapia

Se administró suero salino fisiológico y un concentrado de plaquetas y se ingreso en Hematología con la sospecha de PTT, con ictus isquémico subagudo/crónico en territorio de arteria cerebral posterior (ACP) izquierda de probable etiología aterotrombótica, con FRA parenquimatoso y anemia ferropénica/ hemolítica en contexto de Quimioterapia
Recibió tratamiento con metilprednilosona intravenosa y plasmaféresis. Durante el ingreso evolucionó adecuadamente llegando a 97000 plaquetas y se confirmó PTT con resultado de ADAMTS13 del 0%, tratándose con Rituximab y Caplacizumab

CONCLUSIONES

- En este caso el manejo en Urgencias fue clave para estabilizar y diagnosticar una PTT. Además la focalidad neurológica en esta enfermedad se da en el 50-60% de casos, no estando claramente cuantificada la proporción en localizaciones atípicas como la ACP y por tanto haciendo más complejo el diagnóstico por presentar clínica poco común.
- La clínica neurológica junto con trombocitopenia grave (plaquetas 13,000/µL), llevaron a sospechar de esta entidad clínica, que es una emergencia hematológica.
- Requirió un abordaje multidisciplinario entre Urgencias, Oftalmología, Hematología, Neurología, Nefrología y Oncología.
- Se ha observado un clara reducción de la mortalidad y las recurrencias gracias a uso temprano de Caplacizumab.
- Evidencia de Caplacizumab basada en ensayos clínicos HERCULES y TITAN

P. #86

NEUMOTÓRAX: UN RESFRIADO UN TANTO DIFERENTE

Ariadna Galán Alves[1], Sofía García Álvarez[1], Francisco Javier García Vega[2]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España
2. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. SERGAS, Pontevedra, España, Pontevedra, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales destaca que es fumador, hipertenso en tratamiento en monoterapia con tiazidas e hiperparatiroidismo secundario a déficit de vitamina D.
Acude al servicio de Urgencias por disnea de tres días de evolución, junto con náuseas y vómitos. Refiere también desde hace una semana aumento de tos con expectoración blanquecina, odinofagia y febrícula 37,5ºC. No dolor torácico, palpitaciones, dolor abdominal ni otra sintomatología referida por aparatos.
En la exploración física destaca una leve taquipnea en reposo. Cifras de tensión arterial y resto de constantes en rango. Consciente y orientado. Normocoloreado, normoperfundido y normohidratado. Aceptable estado general. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación sin presentar datos de peritonismo. Extremidades inferiores sin alteraciones de interés.
Se realizan como pruebas complementarias un análisis de sangre donde destaca leucocitosis con neutrofilia y un valor de PCR de 75. Además, se realiza una radiografía de tórax donde se aprecia una hiperclaridad izquierda con desplazamiento mediastínico compatible con neumotórax izquierdo
Con los resultados de las pruebas complementarias, se acude a comunicar el diagnóstico al paciente pero durante la explicación, se fuga del hospital.
Acude de nuevo a las 4 horas por empeoramiento significativo de disnea, taquipnea y aparición de dolor torácico de características pleuríticas, objetivándose ahora, saturación O2 89% y en la auscultación pulmonar, hipofonesis en campo pulmonar izquierdo.
Se monitoriza al paciente, manteniéndose hemodinámicamente estable, y se realiza nueva radiografía de tórax en la que se evidencia aumento de neumotórax izquierdo con desviación mediastínica contralateral.
Se inicia oxigenoterapia con gafas nasales convencionales a 2 litros y analgesia endovenosa, con paracetamol, metamizol y tramadol.
Se realiza interconsulta a Cirugía Torácica, que indica ingreso para colocación de tubo de drenaje endotorácico y posterior reexpansión pulmonar, con buena evolución.
Tras alta hospitalaria, el paciente reingresa a los 7 días por nuevo episodio de neumotórax izquierdo.

CONCLUSIONES

El neumotórax es la presencia de aire en el espacio pleural que causa colapso pulmonar parcial o completo, manifestándose fundamentalmente con disnea y dolor pleurítico siendo una de las enfermedades pleurales más frecuentes atendidas en los servicios de Urgencias.
Se clasifica en traumático, iatrógénico y espontáneo. El espontáneo, puede ser primario (NEP) o secundario a otra patología pulmonar preexistente.
El NEP es el más frecuente, con mayor incidencia en varones jóvenes altos, delgados y fumadores, entre los 20 y 40 años. En la mayoría de los casos se produce por rotura de bullas apicales.
El diagnóstico se realiza en base a la clínica y la radiografía de tórax.
El tratamiento del NEP que afecta a <30% del pulmón consiste en observación 4-6 horas en Urgencias, valorando la posibilidad de aspiración simple. Cuando afecta a >30% o presenta sintomatología significativa, requiere de drenaje con tubo endotorácico a nivel del 5° espacio intercostal de la línea axilar anterior, junto con analgesia, oxigenoterapia y anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular a dosis profiláctica.
Es importante la monitorización continua ya que la hipotensión es un signo de neumotórax a tensión, una emergencia médica que requiere toracostomía de forma inmediata.
La recidiva ocurre en el 30% de los pacientes, sobre todo en los primeros 6 meses. Tras un segundo episodio, la tasa de recidiva aumenta hasta un 70%.
Como conclusión final, destacamos que ante un varón joven con disnea, junto con factores predisponentes como tabaquismo y complexión delgada se debe sospechar el diagnóstico de neumotórax.

P. #93

¿PACIENTE LEVE O PREGUNTA DE MIR? SÍNDROME DE AUSTRIAN

Juan Muñoz-Mingarro Molina, Estrella Serrano Molina, Ángel Julián Iglesias Marchan, Aurora Navarro Regi, Paula Romero Gallardo, Elena Hernández Sandoval

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 45 años fumador y bebedor crónico acude al servicio de urgencias (SU) por cervicalgia y malestar de 7 días de evolución.
En la exploración presenta cervicalgia con dolor a la palpación de musculatura paravertebral, sin rigidez de cuello y signos meníngeos negativos.
Llama la atención que se encuentra estuporoso, con taquicardia 120 lpm pero con tensiones mantenidas 112/74mmHg
Utilizando escalas de gravedad, el paciente presentaba un qSofa = 1 e índice de shock de 1.07 elevado.
Ante los datos de gravedad del paciente, aunque presenta una clínica muy inespecífica, se decide solicitar analítica de sangre y pasar al paciente a observación para vigilancia neurológica.
En analítica presenta elevación de reactantes Leucocitos 9.61x10*3/mcL, trombopenia 12x10*3/mcL, Proteina C reactiva (PCR) 404mg/dL, Procalcitonina 10.92 ng/mL, hiponatremia leve de 135 mEq/L y potasio 3.1mmol/l
Durante la espera de resultados el paciente comienza con un cuadro brusco de agitación, con saturación del 92% basal, por lo que se decide manejo en boxvital.
Se realiza transfusión de un pool de plaquetas, iniciamos fluidoterapia y se solicita un TAC craneal en el que informan descenso de amígdalas cerebelosas (7mm) sugestivo de malformación de Chiari (MCH) y cambios sugerentes de mastoiditis aguda.
Ante la sospecha de meningitis aguda en paciente enólico y no pudiendo realizar punción lumbar debido a la plaquetopenia y MCH, se extraen hemocultivos y se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona2gr/12h + ampicilina 2gr/6h + vancomicina 1gr/12h, dexametasona 10 mg/6 h y aislando respiratoriamente al paciente.
Debido a que el paciente persiste con saturaciones bajas precisando oxigenoterapia pese a tratamiento, se solicita TAC torácico donde objetivan datos sugestivos de neumonía en lóbulo superior izquierdo (LSI).
En los cultivos obtenidos se aísla S. pneumoniae retirando ampicilina, vancomicina y medidas de aislamiento, manteniendo ceftriaxona 2g/12h.
Debido a mejoría y estabilidad hemodinámica, se decide ingreso en planta de medicina interna para continuar con tratamiento antibiótico y realización de Ecocardiotranstoracico (ETT) donde se observa endocarditis en válvula tricúspide.
El paciente sufrió complicaciones durante su estancia en planta requiriendo traslado a hospital terciario y manejo con drogas vasoactivas así como reparación quirúrgica valvular.

CONCLUSIONES

El síndrome de Austrian se caracteriza por la presencia de endocarditis, meningitis y neumonía originadas por streptococus

pneumoniae (SP). Aunque se trata de una asociación extremadamente rara, la mayoría de los casos se suelen presentar en varones entre la quinta y la sexta década de la vida con algún factor de riesgo como alcoholismo, inmunosupresión o asplenia.
Se presenta con un curso agudo y muy agresivo, con una alta mortalidad entre el 20- 30% a pesar del tratamiento precoz, tanto con antibioterapia como medidas de soporte, pudiendo llegar a un 65% en pacientes con comorbilidades previas.
El tratamiento de elección hoy día seria cefalosporinas de 3° generación intravenosas junto con medidas de soporte, y en un alto porcentaje de casos como fue en el nuestro cirugía de recambio valvular, ya que el daño valvular es la principal causa de muerte y factor predictor más importante de la enfermedad.
Habitualmente, nuestra práctica clínica se fundamenta en buscar la opción más probable, pero en algunos casos como en el nuestro se da ese mínimo porcentaje de patologías que hoy día no son tan frecuentes, por lo que es importantes tenerlas en mente en nuestro diagnóstico diferencial ya que una rápida intervención terapéutica en estos casos es un factor fundamental en el pronóstico.

P. #104

FIEBRE EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Inés Casar Ruz
Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
Varón de 68 años en seguimiento por Hematología por Linfoma Folicular diagnosticado en 2023, en actual estadío IV y en tratamiento con lenalidomida.
Motivo de consulta:
Acude a urgencias por persistencia de fiebre, sobretodo nocturna, desde hace tres semanas. Se acompaña de sudoración y exacerbación de la astenia habitual. No refiere ni clínica infecciosa mas que tos seca, sin expectoración y cefalea. No clínica miccional ni digestiva ni a otros niveles.
Constantes vitales:
Temperatura corporal 37°C, tensiones estables 160/79 mmHg, frecuencia cardíaca 102 lpm, saturación de oxígeno 96%
Exploración física:
Regular estado general, eupneico en reposo, deshidratación cutáneomucosa
Auscultación cardíaca rítmica sin soplos
Auscultación pulmonar murmurllo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos
Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación
Faringe hiperémica sin exudados
Pruebas complementarias: Rastreo infeccioso
Analítica sanguínea con bioquímica (perfil hepático, amilasa y lipasa, reactantes de fase aguda): proteína C reactiva 6,4 mg/dl, Lactato deshidrogenasa (LDH) 300; Hemograma: leucopenia similar a previa, sin otros hallazgos; hemostasia normal
Elemental y sedimento de orina: sin hallazgos
Urocultivo: pendiente de resultado
Hemocultivo: pendiente de resultado
Frotis nasofaringeo de virus respiratorios con antígenos negativos para SARS-Cov2, Virus Influenza A y B y Virus respiratorio sincitial
Radiografía de tórax: sin hallazgos
Evolución:
Paciente hematológico que acude a urgencias por fiebre ondulante de semanas de evolución, de predominio nocturno y con sudoración tiritona y cefalea, sin claro origen infeccioso. Se procede al rastreo infeccioso ya que en paciente inmunodeprimidos los síntomas infecciosos pueden no ser los habituales, son menos floridos, pero con grandes repercusiones. Analítica con ligero aumento de los reactantes de fase aguda, pero sobretodo aumento de la LDH que es un marcador de división celular. Además, resto de pruebas complementarias negativas.
Así pues impresiona de fiebre de origen tumoral, siendo el principal diagnóstico diferencial la fiebre de origen infeccioso.
Consultamos el caso con Hematología de guardia, quienes recomiendan ante estabilidad hemodinámica del paciente y ausencia de datos de alarma, alta a domicilio con control en consultas externas de hematología, paracetamol como antipirético cada 8 horas vía oral y una dosis de manera preventiva de pipecilina-tazobactam intravenosa en urgencias

y para el domicilio cobertura antibiótica de amplio espectro vía oral con augmentine y ciprofloxacino hasta la consulta.

CONCLUSIONES

La fiebre de origen tumoral forma parte de los síndrome paraneoplásicos. Son un grupo de trastornos clínicos que guardan relación con las enfermedades neoplásicas. No suelen ser producto directo de los efectos metabólicos o endrocrinos del tumor primario, ni de sus metástasis. ni de los efectos secundarios del tratameinto antitumoral. Suelen deberse a la secreción de sustancias por el tumor como citoquinas pirógenas (interleukinas IL-1 y 6).
Hasta un tercio de los pacientes oncológicos presenta distérmias en algún momento de su evolución. La fiebre tumoral es más frecuente en el carcinoma renal y en los linfomas (como es el caso de nuestro paciente).
En su diagnóstico se debe descartar la causa infecciosa, sobretodo en pacientes neutropénicos. Siendo la fiebre tumoral, un diagnósticos de exclusión. Otra posibildiad que cabría descartar serían los procesos reumatológicos como la polimiositis y la dermatomiositis, entre otros, que también pueden activarse en pacientes oncológicos y producir aumento de la temperatura.
En su manejo suelen ser útiles tanto el paracetamol como los antiinflamatorios no esterioideos, siendo los más utilizados la indometacina y el naproxeno. Algunos autores sugieren la utilidad de estos fármacos para distinguir entre fiebre de origen infeccioso y tumoral, si persisten dudas a pesar de las pruebas complementarias.

P. #110

LARVA MIGRANS Y OTROS NEMÁTODOS, RECUERDO DE VIAJE

Cherin Nehme Abouzeid, Anisley Sánchez Diéguez
Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 30 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, ni tratamientos habituales. Consulta por presentar lesiones cutáneas de dos semanas de evolución: pápulo eritematosas, con surco, acompañadas de prurito intenso y distribuidas en glúteos y espalda, posterior a viaje a Tailandia, tras sentarse en la arena de una playa.
Antes de acudir a nuestro servicio consultó varias veces y fue orientado el diagnóstico como erupción inespecífica, tratada empíricamente con corticoides orales y antihistamínicos, con escasa mejora.
Ante la extensión de las lesiones, que comienzan en región glútea y van ascendiendo por toda la espalda y los omóplatos y la sensación de cuerpo extraño y movimiento dentro de la piel, vuelve a consultar.
A la exploración se observan lesiones papulosas eritematosas con surcos a diferentes niveles, con lesiones de rascado.
Dado el antecedente epidemiológico se investiga sobre nemátodos varios que podrían presentar una clínica parecida y se orienta el diagnóstico a posible infección por Larva Migrans. Se da alta de urgencias con albendazol, ivermectina y prednisona oral y se da cita de control con Dermatología para seguimiento.
En la cita de control, Dermatología coincide en la orientación diagnóstica y se toma biopsia, en la que no se identifican parásitos.
En el siguiente control y tras acabar el tratamiento, la paciente presenta remisión de los síntomas y mejora del estado general.

CONCLUSIONES

La larva migrans es una infección por nemátodos común en países con climas cálidos tropicales o subtropicales.
Se debe sospechar en individuos con viajes recientes que presentan clínica de erupción cutánea progresiva muy pruriginosa, sobre todo si han estado en contacto directo con arena de playa o cajas de arena de animales.
Clínicamente, suele manifestarse por pápulas eritematosas y surcos migratorios de regiones caudales a craneales del organismo.
El tratamiento de elección son los antihelmínticos a dosis altas: albendazol. Está descrito que la ivermectina ha demostrado poca eficacia en infecciones por nemátodos, pero en nuestro caso brindó una gran mejora sintomática.

P. #113

A PROPÓSITO DE UNA TOS SECA...

Diego Servidio, Adrián Flores Crespo, Laura Calonge Virto, Rodrigo Benito Medina, Fahd Beddar Chaib
Hospital Santa Bárbara, Soria, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años de edad derivada de AP por dificultar respiratoria progresiva de una semana de evolución.
Tos secad e 6 meses de evolución
Puede caminar aproximadamente 1 km sin necesidad de parar aunque cuando camina con otras personas nota que anda mas lentamente.
Refiere enrojecimiento facial y telangiectasias de nueva aparición en los últimos días.
Afebril. Sin tórax clínica sistémica asociada.
ANTECEDENTES PERSONALES
HTA. Dislipemia. No DM.
Fibromialgia.
Asma bronquial persistente leve (diagnosticada en consultas de Neumología en 2000)
Social: soltera, vive sola. IABVD.
Hábitos Tóxicos: fumadora activa de 10 cig/día (23 pack/years). Niega consumo de alcohol
Profesión: Auxiliar de geriatría
Exposición: tiene 2 gatos en domicilio desde hace 8 años
IQ: no
Refiere que...
Ha acudido a su centro de salud, donde refiere le han puesto 4 días bolos de corticoides, reduciendo provisionalmente la inflamación, pero que aparecía de nuevo a las 24 horas…
EL ultimo día le pautan ebastina y la derivan a URG del HSB para valoración si no hay mejoría….
A la exploración física se destaca:
- AP: Sibilantes en ambos campos pulmonares
- Telangiectasias que blanquean a la presión en escote y espalda
- Resto andodino
AS compatible con Insuficiencia respiratoria parcial aguda
RX TORAX: compatible con ensanchamiento mediastínico
Angio-TC control: Masa/conglomerado adenopático hiliar derecho que podría sugerir proceso neoplásico primario pulmonar, CONDICIONA UN EFECTO COMPRESIVO SOBRE LA VENA CAVA SUPERIOR así como vascular arterial pulmonar y bronquial derecha con atelectasia del LM

CONCLUSIONES

JC: Síndrome de Vena Cava
Etiología: 65% maligna (75% Ca. Pulmón), 35 % trombótico (CCVY, MCP, DAI, etc)
Clínica:
Triada clásica->Edema en esclavina, Cianosis facial y circulación colateral.
Los síntomas empeoran al inclinarse hacia adelante o al tumbarse.
Rx ensanchamiento mediastínico, masa hiliar derecha, derrame pulmonar.
Diagnostico: Clínico-radiológico
Medidas generales
- Reposo con elevación del cabezal
- Oxigenoterapia
- Corticoterapia: Dexametasona 4 mg/6hs
- Diuréticos de asa?
- Quimio/Radioterapia
- Angioplastia o prótesis autoexpansibles (stent)
- Terapia tombolítica (síntomas agudos <2 días)
- Cirugia by-pass
- Pronostico: esperanza de vida 6meses

P. #120

DOLOR TORACICO. MAS ALLA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Anca Florina Chirca Leac[1], María Belén Rayos Belda[2], Lucía Martínez Riquelme[2], Ciprian Mihai Chirca Leac[2], Alberto Pérez Ortega[2]

1. Hospital Virgen De Los Lirios Alcoi, Alcoi, España
2. Hospital Vega Baja, Orihuela, España

HISTORIA CLÍNICA

La disección aortica es una emergencia quirúrgica mortal si no se detecta a tiempo[2]. Su
incidencia se estima de 2.6 a 3.5 por 100.000 personas/año[1] y es más frecuente en
varones de 60-80 años[1]. La ausencia de factores riesgo no excluye el diagnostico
Antecedentes
No Alergias medicamentosas.
No HTA, no DM, no DLP.
No antecedentes personales ni quirúrgicos de interés.
Hábitos tóxicos: Fumadora de 2-3 cigarrillos/día.
Sin tratamiento habitual
Antecedentes familiares: Padre intervenido por disección de aorta
Situación basal: Independiente para Actividades Básicas de la Vida Diaria (IABVD)
Enfermedad actual
Mujer de 50 años que acude a Urgencias, derivada desde atención continuada, sobre las 1.00 am por dolor torácico de inicio brusco, inicialmente tipo pinchazo, que posteriormente evoluciona a lacerante e irradiado a la espalda, zona interescapular y mandíbula. Se acompaña de disnea, náuseas y 3 episodios de vómitos. No fiebre, no clínica catarral. En
el centro de salud se administra diazepam 5mg sublingual por inquietud.
A su llegada a urgencias es valorada en primera instancia en nivel 1 (ambulantes).
Estable clínica y hemodinámicamente, con dolor controlado, según refiere.
Exploración física
Buen estado general, consciente y orientada en las 3 esferas, colaboradora, inquieta.
Normocoloreada, normohidratada, normonutrida, eupnéica en reposo.
TA (1)45/65mmHg, FC 90 lpm, SAT O2 (1)00% basal, Tª 36,3°C, Dolor Eva 5.
AC: Rítmica, sin soplos
AP: MVC, Sin ruidos sobreañadidos
Pruebas complementarias
ECG: RS, FC 100lpm, PR normal, QRS estrecho, Extrasístoles ventriculares (EV) aisladas, sin alteraciones agudas de la repolarización
RX TORAX: Sin alteraciones del marco óseo. No ensanchamiento mediastínico. ICT menos de 0,5. Senos costofrénicos libres. Hilios sin alteraciones. Sin claros infiltrados ni condensaciones parenquimatosas
Hemograma: sin alteraciones
Bioquímica: sin alteraciones
Coagulación: Dímero D > 20,00 mg/dl, resto sin alteraciones.
Evolución
En nivel 1 se administra paracetamol 1gr IV. La paciente permanece con molestias y con
inquietud por lo que se administra diazepam 5mg sublingual.
Tras hallazgos analíticos y persistencia de la clínica, la paciente pasa a Nivel 2. Al reexplorar a la paciente se detecta pulsos inguinal, tibial y pedio derecho ausentes. Pulsos inguinal, tibial y pedio izquierdo presentes. Se solicita TAC vascular de Aorta donde destaca extensa disección aórtica desde el trayecto de la salida de la aorta ascendente hasta las arterias iliacas comunes, en relación con disección aortica tipo A.
Se administra fentanilo IV por persistencia del dolor y se contacta con el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital de referencia que acepta el traslado para valoración y tratamiento quirúrgico urgente, procediendo al traslado en SAMU.
Al día siguiente, la paciente presenta paresia de MSD, disminución de fuerza 3-4/5
comparado con MSI. No afasia ni disartria. Se realiza prueba de imagen (TAC protocolo ICTUS) con los siguientes hallazgos: Extensión de la disección a los TSA, con afectación de la ACC derecha, izquierda, subclavia izquierda y vertebral izquierda.
Tras el tratamiento, la paciente dada de alta a domicilio con seguimiento en Consultas Externas

CONCLUSIONES

En los Servicios de Urgencias debemos intentar identificar aquellas situaciones que ponen, potencialmente, en peligro la vida del paciente y una de ellas en la disección de Aorta. Debemos sospecharla en pacientes con dolor torácico y agitación psicomotriz. La anamnesis y la exploración deben ser lo mas completas posibles para hacernos pensar en ella, siendo en TC vascular de Aorta la prueba indicada para su diagnóstico. Cualquier aparición de nueva clínica debe hacernos sospechar aumento de su extensión.

Bibliografia

[1] Clinical features and diagnosis of acute aortic dissection - UpToDate
[2] Sesión clinica Piensa AORTAC, Servicio de Cirugia Cardiaca, Hospital Vinalopo, Elche.
Www.thinkaorta.net

P. #133

DEL HIPO AL TEP HAY MUCHO TRECHO

Carmen Adelaida Gavilan Casado[1], Yolanda Casillas Viera[2], Ana Belén Romero Fernández[3], Carlos García Parra[1]

1. Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
3. Cs Periana, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, neuralgia del trigémino, tromboembolismo pulmonar (TEP) izquierdo en 2009 (estudio negativo) y artritis reumatoide (sin seguimiento por decisión propia, pero en tratamiento con leflunomida), que acude por dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho y tos con expectoración amarillenta sin fiebre desde hace 3 días. En la exploración se auscultan crepitantes en base derecha que tienen correlato en la radiografía con la consolidación neumónica que se objetiva en el lóbulo inferior derecho. En las pruebas analíticas destaca PCR 12mg/dL, leucocitos 13.920 10^3/microL, (con un 88% de neutrófilos). El paciente está eupneico, con buen estado general y con una SpO2 96%, por lo que se decide ALTA a domicilio con levofloxacino y analgesia.
A los 12 días acude nuevamente a urgencias por HIPO PERSISTENTE desde hace 7 días.
EXPLORACIÓN FÍSICA
TA: 107/64 FC: 108lpm Tª: 36,8°C SpO2:96% (basal)
Eupneico. Auscultación pulmonar: crepitantes en base derecha
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
TEST DUAL: NEGATIVO
ECG: taquicardia sinusal a 108lpm, eje normal, PR 128ms, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización, QTc 439ms
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Persiste la visualización de la consolidación en base inferior derecha con derrame pleural derecho.
BIOQUÍMICA: Proteína C reactiva (PCR) 15,37mg/dL mg/dL, resto normal
HEMOGRAMA: Leucocitos 13.650 10^3/microL, 83%N, resto normal
Dada la persistencia de la consolidación con derrame pleural, el antecedente de TEP y la taquicardia, aunque el paciente está eupneico y con buena SpO2 se decide ampliar coagulación con Dimero D: 2782ng/mL, tras lo cual se solicita ANGIOGRAFÍA TC DE ARTERIAS PULMONARES con diagnóstico de extensa tromboembolia pulmonar (TEP) lóbulo superior derecho (arterias segmentarias 9/10 y subsegmentarias) con infarto pulmonar asociado sin signos de sobrecarga cardiaca derecha y derrame pleural derecho que alcanza el vértice pulmonar de hasta 2cm de espesor máximo.
JUICIO CLÍNICO:
TEP PULMONAR AGUDO DERECHO con INFARTO PULMONAR ASOCIADO sin signos de sobrecarga derecha
DERRAME PLEURAL DERECHO
HIPO PERSISTENTE EN RELACIÓN A LO ANTERIOR

CONCLUSIONES

La leucocitosis con elevación de reactantes acompañada de tos con expectoración amarillenta, junto con la imagen de consolidación en LID, en la primera visita a urgencias indicaban a todas luces el juicio clínico de neumonía. El paciente no presentaba taquicardia, hipoxemia ni taquipnea.
No obstante, el TEP también eleva los reactantes de fase aguda y produce leucocitosis moderada. Estudios retrospectivos demuestran que un 20% de los pacientes presentan un recuento de leucocitos mayor a 10,000 aunque sin superar los 20,00010^3/microL.
En cuanto al infarto pulmonar, que se establece en 24-48 horas tras el tromboembolismo, es más frecuente en arterias pulmonares distales, que es el caso de nuestro paciente.
Por otra parte, los derrames pleurales, aunque suelen ser pequeños y unilaterales, se presentan aproximadamente en un tercio de los pacientes con TEP
En cuanto al hipo, la acumulación de líquido en el espacio pleural, puede afectar a la función del diafragma ipsilateral y causar movimientos anormales irritando el nervio frénico y causando hipo.
Valorando de forma retrospectiva, y dado que el tratamiento con ciclo antibiótico completo no mejoró la imagen radiológica, debe hacernos plantear si en la primera visita el paciente ya tendría un tromboembolismo y no una neumonía. No obstante, gracias a la aparición de hipo, se llegó al diagnostico de TEP, que al ser recurrente tiene indicación de anticoagulación permanente

P. #138

ME DUELE DEMASIADO EL BRAZO

Lourdes Sánchez Cabanes, Begoña Moliner Zanón, Daniela Soledad Rodríguez Sosa, Andrea Lluesma Guillén, Carmen Beltrán García, Verónica García García

Hospital Arnau De Vilanova, València, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 18 años que acude a urgencias por persistencia de dolor en brazo izquierdo desde hace 10 días y aparición de eritema. Acudió al centro de salud días previos siendo diagnosticado de rotura fibrilar del bíceps, pautando analgesia y calor.
No fiebre termometrada. Niega consumo de drogas intravenosas. Realiza ejercicios de musculatura en gimnasio de forma habitual de gran intensidad.
No antecedentes médico-quirúrgicos, no toma de medicación.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Tumefacción en todo el miembro superior izquierdo, eritema, calor local hasta zona torácica y escapular. Pulsos radial conservado.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Analítica sangre, valores alterados:
HEMOGRAMA: Leucocitos:11,80x10^9/L; Neutrofilos absolutos:8,10x10^9/L; Monocitos absolutos:1,40x10^9/L;
COAGULACION: Indice de Quick:52%; INR:1,53; DimeroD:1.578ng/mL
Ecodoppler: Trombosis de subclavia distal, vena axilar derecha y de las vena basílica izquierdas. Asocia edema de tejido celular subcutáneo y grasa axilar. Rotura de la unión miotendinosa del vientre esternal del pectoral mayor con pequeño hematoma adyacente. El tendón del pectoral sin alteraciones valorables hasta su inserción en el labio lateral corredera bicipital.
Conclusión: Trombosis venosa profunda (TVP) de miembro superior izquierdo.
Se inicia tratamiento con enoxaparina 120mg/24h. Se remite a consultas externas de hematología y cirugía vascular para descartar alteraciones anatómicas/vasculares.

CONCLUSIONES

Ante una clínica de dolor, aumento de diámetro y calor local en una extremidad debemos realizar un diagnóstico diferencial principalmente entre una TVP, quiste de backer roto, insuficiencia venosa, roturas musculares y celulitis. Realizar una correcta y dirigida anamnesis y exploración física nos ayudará a direccionar el diangóstico. Hay que buscar factores predisponentes: heridas, situaciones de sedestación prolongada, intervenciones quirúrgicas, comorbilidades médicas, dispositivos vasculares…
En la sospecha de TVP en miembros superiores también debemos calcular la escala Wells como algoritmo de probabilidad clínica. El marcador Dimero D se eleva en contexto de situaciones trombóticas, es un subproducto de la fibrinolisis, y se debe solicitar ante toda sospecha.
Las TVP son mayoritariamente a nivel de los miembros inferiores siendo las causas principales alteraciones del retorno venoso, lesión o disfunción endotelial y estados de hipercoagulabilidad.
Las TVP son menos frecuente en los miembros superiores (<5% del total), y de estas las más frecuentes son secundarias a catéteres, marcapasos, síndrome vena cava superior o drogaadicción intravenosa.
En nuestro caso se presenta en un hombre joven que realiza de forma intensa ejercicios de musculación por lo que nos orientan al síndrome de Pager-Schroetter o trombosis de "esfuerzo" (responsable de entre 1% y 4%). Hay que descartar también probables anormalidad anatómica que predispone a la formación trombótico, pudiendo ser congénitas o adquiridas. Entre las congénitas encontramos presencia de costillas cervicales, músculos supernumerarios e inserciones tendinosas o musculares anormales y las adquiridas pueden ser fractura e hipertrofia de músculos, sobretodo el músculo escaleno anterior o subclavio, muy trabajados en los ejercicios de musculatura. También presenta una rotura muscular por lo que puede ser un posible desencadenante asociado.
La prueba de imagen gold standard es la ecografía, identifica trombos mediante la visualización directa de la cubierta venosa y la demostración de alteraciones en la compresibilidad de las venas o, con ecografía Doppler, objetiva el compromiso del flujo venoso. La prueba tiene una sensibilidad >90% y una especificidad >95%
La anticoagulación es el tratamiento de elección, ayuda a mantener la permeabilidad de las venas colaterales, evitar la propagación del trombo, y previene la embolia pulmonar. La decisión posterior de realización de trombólisis o de intervención quirúrgica descompresiva se basará en la gravedad de los síntomas y el tipo de anomalía anatómica asociada. Los pacientes con un primer episodio tromboembólico idiopático deben ser tratados durante un periodo mínimo de 3 meses, tras el cual han de ser revaluados para valorar la relación riesgo/beneficio de la terapia a largo plazo.

P. #148

NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

Silvia Barrero Martín
Hospital 12 de Octubre, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 87 años, con antecedentes destacables de hipertensión arterial, dislipemia, trastorno depresivo de reciente inicio en tratamiento con sertralina, accidente isquémico transitorio en 2021 bajo antiagregación y adenocarcinoma de próstata tratado con cirugía y radioterapia, actualmente en remisión completa.
Antecedente relevante de cuadro de 20 días de tos, expectoración mucosa, sudoración continua y fiebre (máxima 38°C), que fue valorado en Atención Primaria con diagnóstico de neumonía basal derecha, por lo que se prescribe Cefditoreno 400 mg durante 10 días y azitromicina 500 mg durante 3 días.
Acude a Urgencias de nuevo por empeoramiento de disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos , síncope sin traumatismo y desaturación en domicilio hasta 85%, además de febrícula hasta 37.8°C a pesar de encontrarse aún con antibioterapia (último día de Cefditoreno). Así mismo, describe pérdida de peso no cuantificada (unos 5-6kg en 20 días) e hiporexia. Niega clínica cardinal de insuficiencia cardiaca, no lesiones cutáneas ni clínica infecciosa a otros niveles.
A su llegada, el paciente se encuentra estable a nivel hemodinámico y afebril. Presenta compromiso respiratorio a expensas de taquipnea a 20 respiraciones por minuto con lo que mantiene saturaciones en torno a 90-92%. En la exploración se destaca la presencia de crepitantes finos en ambos campos pulmonares inferiores, y en pulmón derecho hasta ápex.
Se solicita analítica de sangre donde se observa anemia microcítica-normocrómica (Hb 11.4 g/dl), hiponatremia leve 133 meq/l, elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis 21400/mcl, neutrofilia de 8.800/mcl y PCR 18 mg/dl) y se destaca eosinofilia de 10.600/mcl. En la radiografía de tórax se destacan opacidades parenquimatosas alveolares en lóbulo inferior izquierdo, lóbulo superior, medio e inferior derecho. Se completa estudio con RT-PCR virus respiratorios con resultado negativo y antigenurias de Legionella y neumococo, negativas. Se procede a ingreso a cargo de Neumología por consolidaciones bilaterales y eosinofilia en sangre a estudio (diagnóstico diferencial entre neumonía eosinofílica, vasculitis o neumonía de evolución tórpida infecciosa).
Durante el ingreso, se completa estudio con TC torácico que confirma la presencia de consolidaciones en ambos lóbulos inferiores, lóbulo medio y superior derecho, vidrio deslustrado, patrón empedrado y derrame pleural bilateral. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar que confirma presencia de eosinofilia del 75%. Se establece diagnóstico de neumonía eosinofílica crónica versus asociada a toxicidad farmacológica (se retira sertralina recientemente iniciada) y se inician corticoides con excelente evolución clínica.

CONCLUSIONES

La neumonía eosinofílica crónica (NEC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria caracterizada por la acumulación de eosinófilos en los tejidos pulmonares. Se considera una forma de neumonía intersticial y puede ser idiopática o asociarse a otras condiciones, como alergias, infecciones o enfermedades autoinmunitarias.
Los síntomas de la NEC generalmente incluyen tos persistente, disnea, fiebre y síntomas sistémicos, como sudoración nocturna y pérdida de peso. A menudo estos síntomas se desarrollan de manera insidiosa, lo que puede dificultar el diagnóstico inicial.
El diagnóstico de la NEC se apoya en la radiografía de tórax y la tomografía computarizada (TC) de tórax que permite identificar infiltrados pulmonares bilaterales y patrones de vidrio esmerilado. La confirmación del diagnóstico se logra mediante la broncoscopia y la biopsia pulmonar, donde se puede observar un aumento en la cantidad de eosinófilos en el lavado broncoalveolar o en el tejido pulmonar.
El tratamiento de la NEC se basa en el uso de corticosteroides, solo en algunas ocasiones es necesario la adición de inmunosupresores o terapia biológica si la respuesta a ellos no es adecuada.

P. #152

CERVICO-MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ABSCESO ODONTÓGENO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Asunción Márquez García-Salazar, Carmen Ríos Aranda, María Del Mar Luque De Ingunza, José Carlos García Ortiz, José María Fernández González, Juan Manuel Castro García

Hospital Universitario de Jerez, Jerez De La Fra, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 33 años con antecedentes de trastorno limite de la personalidad y Trastorno de déficit de atención e Hiperactividad, nistagmo congénito y cefalea tensional. Ex-consumidor de tóxicos y en tratamiento con múltiples psicofármacos. Acude a urgencias por dolor torácico punzante de tres días de evolución. Refiere infección en arcada dental inferior derecha en tratamiento con amoxicilina en días previos completado. Exploración física y Pruebas complementarias: Mal estado general, Neurológico: Consciente, orientado, colaborador, tendente al sueño, Glasgow 14/ 15. Nistagmo bilateral preexistente; Respiratorio: Taquipneico a 40 respiraciones/ minutos, murmullo vesicular conservado. Saturación a 87%; Cardiológico: Tonos rítmicos, taquicárdicos a 135lpm; Abdomen: Blando y depresible, sin dolor; Miembros inferiores sin datos de Trombosis venosa profuna. En electrocardiograma: taquicardia sinusal a 160 latidos por minuto. Hipotensión (95/ 45mmHg). Analítica: Hemoglobina 14'5. Leucocitosis (11900), neutrofilia (95%), trombocitopenia (109,000), Sodio bajo (128), Procalcitonina elevada (41'7), PCR 255. Láctico elevado (30). pH 7'40, leve acidosis metabólica compensada. Radiografía de tórax: velamiento bibasal, sin consolidaciones claras. EN TAC de cuello y tórax revela absceso cervical con extensión mediastínica, mediastinitis aguda y trombosis séptica de la vena yugular interna y vena cava superior. Aumento de densidad en vidrio delustrado con tendencia a coalescer en segmentos postero basales de ambos lóbulos inferiores, que sugiere proceso inflamatorio/ infeccioso concomitante. Moderado derrame pleural bilateral. Se diagnostica de sepsis secundaria a angina de Ludwig complicada con mediastinitis aguda y trombosis séptica. Posible síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) secundario a sepsis. Se traslada a UCI y tras intubación orotraqueal, antibioterapia con piperacilina/ tazobactam y soporte hemodinámico se programa para cirugía emergente por maxilofacial y cirugía torácica conjunta en hospital de referencia.

CONCLUSIONES

La angina de Ludwig es una infección odontogénica grave caracterizada por celulitis difusa en el suelo de la boca con potencial riesgo de asfixia. Puede extenderse a mediastino y causar trombosis séptica de la vena yugular interna, (Síndrome de Lemierre), aumentando la mortalidad.

P. #169

LUMBALGIA BRUSCA LO QUE NO ESPERABAS

Francisco Torres Bautista, José Oya Martínez, Sabina Aranda Guerrero, María Rodenas Baquero, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años, antecedentes relevantes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento con enalapril y rosuvastatina respectivamente que acude a urgencias por dolor lumbar brusco y posterior paresia y parestesias de ambos miembros inferiores desde esta mañana. Desde entonces, imposibilidad para caminar o incorporarse, únicamente puede realizar flexión plantar de ambos pies. Además, tras el episodio brusco de dolor, refiere imposibilidad para iniciar la micción a pesar de la necesidad de realizarla. No refiere fiebre ni otra sintomatología a la anamnesis por aparatos.
A la exploración, sus constantes son: TA 156/95, FC 59, Sat O2 100% basal. La auscultación cardiopulmonar es anodina, a nivel abdominal se palpa un globo vesical que requiere de sondaje vesical con salida de 400cc en el primer minuto, confirmando la retención aguda de orina. Neurológicamente, destaca paresia de ambos miembros inferiores, únicamente consiguiendo flexión plantar de ambos pies y dedos; hipoestesia protopática en ambos miembros inferiores desde T10 aproximadamente, sin alteración de la sensibilidad termoalgésica, y, reflejos osteomusculares rotulianos abolidos bilateralmente, con Babinski indiferente.
Tras nuestra valoración, se decide contactar con el neurólogo de guardia, ante la sospecha de isquemia medular anterior aguda, que realiza una punción lumbar que resulta anodina, solicita una resonancia magnética medular urgente sin datos concluyentes, y un TAC vascular resultando objetivándose una placa de ateroma en el origen de la arteria intercostal de T10. Atendiendo a la elevada sospecha de isquemia medular aguda, aunque inicialmente no se objetiva lesión medular en la resonancia medular, la paciente es hospitalizada en planta de neurología, repitiendo la resonancia magnética medular a la semana del inicio del cuadro y confirmando la isquemia medular anterior desde T10 a L1.
Durante el ingreso, se le realiza estudio para filiar origen de la isquemia medular concluyendo ser de origen aterotrombótico. La paciente es dada de alta con antiagregantes y anticoagulación profiláctica hasta movilización autónoma, siendo trasladada al hospital Nacional de Parapléjicos de España, para tratar la paraparesia grave secundaria a la isquemia medular.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con infarto de la médula espinal presentan síndromes neurológicos específicos- El síndrome más común es el infarto de la arteria espinal anterior que se presenta típicamente como pérdida de la función motora junto con pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura, con relativa conservación de la propiocepción y del sentido vibratorio por debajo del nivel de la lesión que se correlacionan con la anatomía neurovascular de la columna vertebral.

El diagnóstico de infarto de la médula espinal se realiza en pacientes en los que un síndrome clínico compatible y pruebas diagnósticas, incluida la neuroimagen de la columna vertebral, respaldan el diagnóstico y excluyen otras etiologías identificables.

El diagnóstico diferencial abarca desde lesiones extraaxiales compresivas (absceso epidural, hernia discal), polineuropatías agudas, afecciones espinales inflamatorias o infiltrativas (mielitis transversa o ependimoma espinal intramedular) a afecciones de línea media cerebral (meningioma parafalciforme, ictus)

El tratamiento agudo del infarto de la médula espinal comienza con la identificación o exclusión de causas de alto riesgo (disección aórtica o arteria vertebral, endocarditis infecciosa, meningitis bacteriana) que requieren un tratamiento específico para prevenir una mayor morbilidad. El tratamiento específico del infarto de la médula espinal está dirigido a minimizar o revertir la disfunción neurológica. El tratamiento generalmente implica optimizar la perfusión de la médula espinal (corregir hipoperfusión sistémica, uso de vasopresores para aumentar tensión arterial y colocar drenaje lumbar para alcanzar la presión intracraneal óptima) e iniciar terapias preventivas secundarias específicas para cada causa.

P. #170

UNA INFILTRACIÓN PELIGROSA

José Oya Martínez, Clara García Justicia, Francisco Torres Bautista, Sabina Aranda Guerrero, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 19 años que acude a Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de debilidad generalizada, tiritona franca y fiebre de hasta 39.0 °C autolimitada (afebril los últimos 4 días), así como mareo con náuseas, vómitos y visión borrosa.

La paciente previamente ha estado en seguimiento en centro privado por dolor cervical secundario a un accidente de tráfico que tuvo hace un año y ha recibido tres infiltraciones de corticoides; las dos primeras en combinación con anestésico local y la última con radiofrecuencia. Tras la última infiltración percibe un bultoma en la zona de inyección y entumecimiento a dicho nivel, dolor a la movilización cervical intenso y dificultad para agachar la cabeza; en las últimas horas además asocia pérdida de visión binocular con sensación de "tela" que opacifica la agudeza y dolor en ambas rodillas de forma simétrica con impotencia funcional importante.

A la exploración destaca una pérdida de visión binocular en cuenta dedos con preservación de reflejos fotomotores y diplopía horizontal en la mirada extrema sin restricción, con Kerning y Brudzinsky positivos; siendo la marcha inexplorable debido al dolor en miembro inferiores.

Dados los signos de neurológica se extrae analítica en la que destaca la elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis y neutrofilia, y se realizan tanto un TC craneal urgente en el que se observan focos de HSA en surcos parietales bilaterales como RNM en la que se observa un absceso paravertebral derecho. También se realiza una punción lumbar con presión de apertura de 26 mmHg en el que se analiza una Glucosa de 40 mg/dL, proteinorraquia y pleocitosis de predominio polimorfonuclear. Ante dichos resultados se diagnostica a la paciente de meningitis subaguda por probable contigüidad con foco ORL y se comienza tratamiento empírico con Ceftriaxona, Vancomicina y Aciclovir a la espera de resultado de cultivo, desescalandose posteriormente a Cefazolina y Daptomicina con el crecimiento de S aureus meticilin-sensible, añadiendo Dexametasona por la pérdida visual marcada y su empeoramiento progresivo en Urgencias.

Se solicita valoración urgente por ORL para drenaje del absceso y por NRL para valorar drenaje lumbar urgente, que finalmente se descarta, ya que el papiledema es muy sutil y el cuadro probablemente es secundario al cuadro séptico. Durante su estancia en Urgencias también se solicita valoración por Cardiología para realización de ETT, con hallazgo sugestivo de posible endocarditis infecciosa sobre válvula mitral, que se confirma posteriormente con un ETE en el que se observa una masa polipoidea dependiente del velo posterior mitral de 11x8x6 mm, sometiendo a la paciente a un recambio de VM mecánica y colocación de parche pericárdico en anillo mitral 48 horas después.

En la planta de Cardiología se continúa el tratamiento antibiótico

con buena evolución clínica y analítica, siendo dada de alta 32 días después.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de meningitis subaguda se sustenta en la elevación de la presión de apertura, la proteinorraquia, la pleocitosis con predominio polimorfonuclear, y los hallazgos clínicos de rigidez de nuca y signos meníngeos positivos (Kernig y Brudzinsky).
- Es probable que la infección se haya diseminado por contigüidad desde el absceso paravertebral relacionado con las infiltraciones previas, particularmente en un contexto inmunosuprimido por corticosteroides.
- El Staphylococcus aureus es un microorganismo altamente patógeno con capacidad para causar infecciones invasivas y metastásicas debido a una combinación de factores de virulencia. En el caso presentado, la infección por S. aureus meticilin-sensible (SAMS) condujo a un cuadro de endocarditis infecciosa, absceso paravertebral y meningitis. Estos cuadros ilustran su capacidad para diseminarse hematógenamente desde un foco inicial (absceso) hacia órganos distantes como las válvulas cardíacas (endocarditis) y el sistema nervioso central (meningitis).

P. #177

BIRT HOGG-DUBÉ

Miguel Gónzalez Ureña, María Calvo-Villamañan Pérez, Juan Carlos Ríos Pérez, María Rodenas Baquero, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al servicio de urgencias una mujer de 33 años por dolor en hemitórax izquierdo y disnea de horas de evolución. Como antecedentes personales destaca asma en tratamiento con broncodilatadores (Rilast: formeterol/budesonida) e historia de neumotórax espontáneo recurrente izquierdo (nunca previamente estudiado, 3 episodios en los últimos años). A la exploración física: permanece hemodinámicamente estable con saturación de oxígeno del 98% aire ambiente. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Piel sin lesiones. La auscultación cardiaca era normal. A la auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado con hipofonesis en ápice izquierdo. El resto de exploración clínica sistémica fue anodina. Al solicitar pruebas complementarias en la radiografía de tórax se identifica mínimo neumotórax apical izquierdo. Los análisis de laboratorio no mostraron alteraciones reseñables. La paciente fue ingresada y valorada por cirugía torácica, con realización de tomografía computarizada torácica (TAC) en la que se identificaron múltiples lesiones quísticas en el parénquima pulmonar de predominio en campos inferiores (la de mayor tamaño paramediastínica derecha con un diámetro de 2,9 cm), así como una nodulación retrotiroidea derecha de 1 cm, a valorar con seguimiento ecográfico específico. Se realizó abordaje quirúrgico con bullectomías múltiples y abrasión pleural mecánica VATS (videoassisted toracic sur gery), la paciente fue dada de alta sin incidencias. Durante el ingreso, se procedió al estudio completo con realización de tomografía abdominal sin apreciarse lesiones a nivel renal. Se realizó un estudio completo a los familiares, diagnosticándose también al padre y al hermano del síndrome de Birt Hogg-Dubé.

CONCLUSIONES

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es una condición hereditaria con transmisión autosómica dominante
Incluye manifestaciones cutáneas (lesiones benignas en piel como fibromas, quistes epidermoides, angiofibromas...), quistes pulmonares (con aumento de riesgo de neumotórax espontaneo y de repetición) y mayor riesgo de neoplasias renales, aumentando la probabilidad de la misma en los casos que presenten doble mutación en los genes afectados
El gold standard para el diagnóstico se basa en identificar la presencia de la mutación en el gen de la foliculina median te estudio genético

P. #184

LO QUE LAS INFILTRACIONES ESCONDEN

José Oya Martínez, Clara García Justicia, Miguel González Ureña, María Rodenas Baquero, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 22 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias con un dolor intenso en la rodilla derecha que comenzó hace 48 horas. El dolor se describe como punzante, de inicio repentino y que ha ido aumentando progresivamente. Refiere que ha tenido dificultad para la movilización de la rodilla que se acompañada de tumefacción visible y calor local. Niega traumatismos previos, pero menciona que hace una semana acudió a sesiones de fisioterapia para tratar una tendinitis en la misma rodilla. Durante estas sesiones, el fisioterapeuta le realizó varias infiltraciones con corticoides. El paciente no refiere fiebre.

A la exploración física, el paciente se presenta con un buen estado general. La rodilla derecha muestra signos de inflamación importante, con aumento de volumen, calor local y eritema. El rango de movimiento está severamente limitado debido al dolor. A la palpación, se percibe un dolor a la presión sobre la articulación, especialmente en la parte medial. No se observan otras alteraciones en la exploración de las extremidades. La temperatura corporal es de 37.8°C.

Se solicitan pruebas complementarias: Radiografía de la rodilla: No se observan fracturas ni lesiones óseas, aunque sí un aumento de la densidad en la zona de la articulación que sugiere inflamación. En la analítica sanguínea: Leucocitos: 14,500/mm^3, Proteína C reactiva (PCR): 45 mg/L, Velocidad de sedimentación de los eritrocitos (VSG): 50 mm/h.

Con todo esto se decide realizar una artrocentesis diagnostica obteniéndose un liquido espeso y turbio; se solicita un gram urgente informándose como cocos gram +.

Con el diagnostico de artritis séptica en la rodilla derecha, secundaria a las infiltraciones de corticoides, por lo que se inicia antibioterapia de amplio espectro, comenzando con ceftriaxona y vancomicina mientras se espera la confirmación del microorganismo. Se realiza una segunda punción articular para eliminar el exceso de líquido sinovial y aliviar la presión intraarticular.

El paciente presenta mejoría clínica progresiva en las siguientes 48 horas, con una disminución del dolor y de la inflamación. La fiebre remite y los resultados de los cultivos, que finalmente fueron informados como Staphylococcus aureus permitieron la desescalada antibiótica siguiendo el antibiograma.

CONCLUSIONES

La artritis séptica es una condición médica grave que requiere diagnóstico y tratamiento temprano para evitar complicaciones como la destrucción articular irreversible.

La evaluación temprana con pruebas diagnósticas adecuadas, como la aspiración articular y el análisis microbiológico, es esencial para confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento.

Los pacientes que presentan signos de inflamación articular sin un trauma claro, especialmente aquellos con antecedentes de procedimientos invasivos recientes, deben ser evaluados exhaustivamente para detectar posibles infecciones como la artritis séptica.

P. #188

SÍNDROME DE WIDAL

Virginia Muñoz Aguilarte, Aida Natalia Arranz Guerrero
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 18 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar congestión nasosinusal y cefalea sin fiebre de varios días de evolución. La paciente presenta congestión nasosinusal y cefalea sin fiebre de varios días de evolución. Está tomando amoxicilina pautado por su Médico de Familia por amigdalitis. Antecedentes personales: toma anticonceptivos orales, asma y reciente diagnóstico de pólipos nasales.
Exploración: Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. No focalidad neurológica, no signos meníngeos.
Se solicita analítica, con resultados normales.Tras administrar antiinflamatorio intravenoso, la paciente comienza con disnea súbita, saturación en torno al 70% y presenta disminución del murmullo vesicular y sibilantes.
Se solicita nueva analítica con dímero D, se administra corticoterapia, salbutamol y budesonida. Rx tórax normal. En la analítica presenta PCR de 3 y dímero D> 20000. Se realiza angioTC que descartó TEP pero en el que se observó infiltrado pulmonar retrocardiaco compatible con infección por SARS-CoV-2.
La paciente pasó a observación.
El resultado del test de antígenos COVID fue negativo, pero ante los hallazgos en el angioTC se solicitó de nuevo una segunda determinación, con resultado también negativo.
Se ingresó en planta y se repitió la analítica en 24 horas, con dímero D que estaba disminuyendo y no precisó aporte de oxígeno durante su ingreso.
Tras varios estudios se llegó a la conclusión de que el broncoespasmo se había producido debido al síndrome de Widal, tambien conocido como triada ASA.

CONCLUSIONES

Aunque la triada ASA no es una patología muy frecuente, afecta aproximadamente al 10% de las personas con asma. Hay que tener en cuenta todos los antecedentes personales de los pacientes y poner especial atención al tratamiento que haya que pautar a la paciente en caso de que presente dolor de algún tipo, ya que los AINEs son los más usados.

P. #197

DOCTOR NO MEJORO DE LA ALERGIA

Isabel María Morales Barroso, Emilia Castro Planet
Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años alérgica a metamizol y fumadora de 4.5 paquetes-año
Acude a urgencias por edema facial de 30 días con mejoría relativa semanas previas con el tratamiento prescrito en centro de salud (antihistamínicos, prednisona).
Exploración física:
Consciente orientada y colaboradora; TA 136/90 mmHg, 98 lpm, Saturación O2 96%; Glasgow 15/15.
Orofaringe eutrófico sin edema ni desviación de úvula.
auscultación cardiopulmonar rítmico sin soplo con buen murmullo fisiológico a nivel pulmonar.
Edema leve facial sin rubefacción ni fóvea en cara ni en cuello en el momento de la consulta.
Pruebas complementarias:
- Hemograma: Hb 12.3 g/dl; 6690 leucocitos/mcL; 279.000 plaquetas/mcL;
- Bioquímica: glucosa 93 mg/dl; Urea 12 mg/dl; Creatinina 0,53 mg/dl; Na 140 mEq/L; K 4.4 mEq/L
- Rx torax: imagen congestiva en lóbulo inferior derecho con ocupación del seno ipsilateral y cisuritis.
- ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, con ondas p de morfología normal .PR 0.12; QRS estrecho. NO signos de sobrecarga derechas ni voltajes bajos.

Se Re-interroga a la paciente que comenta inicio de rubefacción facial desde hace 30 días con mejoría relativa cuando ha estado en tratamiento con prednisona oral, sin prurito ni habones en ningún momento. Actualmente presenta edema en cuello y zona superior del torax y ambas extremidades superiores. Refiere también sensación de falta de aire, tos y cefalea opresiva holocraneal sin aumento a la valsalva.
Niega otra clínica como expectoración, prurito, fiebre ni perdida de peso.
Dado los hallazgos radiográficos e historia clínica solicitamos Angio-TC de tórax tras explicar a la paciente y firmar consentimiento informado.
Se objetiva en Angio-TC masa pulmonar hiliar derecha mal definida, que alcanza carina e invade mediastino en su margen derecho, con desplazamiento del mismo hacia el hemitorax contralateral. La masa invade estructuras vasculares adyacentes, con oclusión de la VCS y subclavia, dando lugar a un síndrome de vena cava superior. Derrame pleural derecho.
Se realiza ingreso en planta donde se realiza cacografía superior con implante de stent a dicho nivel. Se intenta biopsia por fibrobroncoscopia sin éxito, por lo que finalmente se realiza BAG de LOE hepática con resultado de Adenocarcinoma de pulmonar estadio IV (TTF-1, CK7 y napsina) con afectación metastásico (MTX hepáticas + óseas).

CONCLUSIONES

Detectar el síndrome de la vena cava superior (SVCS) a tiempo es crucial para evitar complicaciones graves. Las causas más comunes incluyen tumores, coágulos de sangre o enfermedades pulmonares. Entre los síntomas más comunes se encuentran la hinchazón de la cara, cuello y brazos, dificultad para respirar y dolores de cabeza. Si no se diagnostica y trata de manera temprana, el síndrome puede generar insuficiencia respiratoria, daño a órganos vitales y, en casos extremos, la muerte. Un diagnóstico temprano permite iniciar tratamientos adecuados, como cirugía, radioterapia o quimioterapia, dependiendo de la causa subyacente. Además, al detectar el síndrome en sus primeras fases, se mejora significativamente la calidad de vida del paciente y se aumentan las probabilidades de recuperación completa o control de la afección.

P. #220

NEUMONIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTE EPOC EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON AZATIOPRINA POR POLIANGEITIS MICROSCOPICA. COLONIZACION POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII

Mario Miranda García, Andrés Javier Ruíz Fernández
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Poliangeítis Microscópica (PM) diagnosticada en 2010 en remisión, con azatioprina 150 mg/día de mantenimiento. Está colonizado por Pseudomonas aeruginosa (tiene múltiples cultivos de esputo positivos este año) y en uno de ellos creció una cepa resistente a ciprofloxacino/cefepime/piperacilina-tazobactam (sensible a meropenem). Hace un año tuvo una neumonía por Pneumocystis jirovecii (PJ)
Acude a Urgencias por malestar general, tos con expectoración herrumbrosa y disnea de moderados esfuerzos. Refiere edemas en miembros inferiores en los tres últimos días.
En la exploración física destaca temperatura de 37.5ºC y saturación basal de oxígeno del 87%. Tensión arterial y frecuencia cardiaca dentro de la normalidad. Auscultación pulmonar con crepitantes en ambas bases (más notables en el lado izquierdo). Miembros inferiores sin edemas, ni signos de TVP. En la analítica se objetivan 14320 leucocitos (con 11700 neutrófilos) PCR 20 mg/dL, LDH normal, lactato 9 mmHg, PH 7.48, PO2 57 mmHg, PCO2 40 mmHg y bicarbonato 29,8 mEq/L.
En la radiografía de tórax se objetiva un patrón intersticial y líquido en la cisura horizontal. En la tomografía computarizada se evidencia un engrosamiento de las paredes bronquiales en ambos lóbulos inferiores con tapones mucosos endobronquiales y atelectasias subsegmentarias distasles, con consolidaciones pulmonares parcheadas en segmentos anterior, posterior y língula del lóbulo superior izquierdo y en mayor medida en el lóbulo inferior izquierdo, con otras menores en el lóbulo inferior derecho, de probable origen infeccioso-inflamatorio, asociando leve derrame pleural izquierdo. Antígenos de neumococo y legionella en orina negativos. Se inicia tratamiento antibiótico con meropenem y linezolid.
Cultivo de esputo negativo. PCR múltiplex patógenos respiratorios en exudado nasofaríngeo negativo. PCR múltiplex para patógenos respiratorios en esputo: positivo para Pseudomonas aeruginosa. PCR en esputo positiva (CT 37) para PJ.
Por tanto, el diagnóstico es de una neumonía por Pseudomonas aeruginosa en paciente con EPOC, en tratamiento inmunosupresor con azatioprina por
PM. Tiene PCR positiva para PJ con carga muy baja, siendo un posible colonizador. Se añaden al tratamiento trimetoprima/sulfametoxazol (TMP-SMX) esteroides y atovacuona. El paciente tiene criterio de profilaxis de por vida (o hasta retirada de inmunosupresión) contra Pneumocystis.
Tras haber completado 14 días de tratamiento con meropenem el paciente es dado de alta con tratamiento esteroideo (prednisona 5 mg diarios durante 7 días más) y atovacuona 150 mg/ml 10 ml por la mañana de por vida.

CONCLUSIONES

Presentamos el caso clínico de un paciente con PM en tratamiento inmunosupresor.
La PM es una vasculitis necrotizante sistémica de pequeños vasos con manifestaciones clínicas similares a la panarteritis nodosa. El cuadro se caracteriza por la presencia constante y temprana de una glomerulonefritis rápidamente progresiva y afectación pulmonar.
El PJ es un hongo oportunista que parasita el árbol bronquial y que posee gran capacidad patogénica en pacientes inmunodeprimidos.
La neumonía por PJ es un problema creciente entre pacientes con enfermedades inflamatorias autoinmunes y aunque se sabe que la tasa de incidencia para esta complicación es baja, supone una alta mortalidad. Entre los factores causantes y sin tener en cuenta la inmunosupresión provocada por la propia enfermedad de base, está el uso actual de los tratamientos inmunosupresores.
TMP-SMX es el tratamiento de elección en la neumonía por Pneumocystis en pacientes sin VIH.
Parece recomendable realizar profilaxis de neumonía por PJ ante una Granulomatosis de Wegener, una vasculitis sistémica o una miopatía inflamatoria, dado que en la literatura se demuestra una mayor asociación a neumonía por PJ y a que son enfermedades con gran actividad inflamatoria, en las que se administran dosis medias-altas de glucocorticoides y en las que frecuentemente se asocian otros inmunosupresores.

P. #221

NEUMONITIS POSTRADIOTERAPIA

Mario Miranda García, Andrés Javier Ruíz Fernández
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 52 años con antecedente de carcinoma de mama izquierda diagnosticado hace 7 meses, en tratamiento con tamoxifeno, que precisó tumerectomía mamaria izquierda (ganglio centinela negativo) y radioterapia posterior (5 sesiones) que finalizó hace 4 meses. Acude a Urgencias por tos seca de una semana de evolución y fiebre en los últimos dos días, con disnea de moderados esfuerzos.
En la exploración física destaca una tensión arterial de 100/55 mmHg, una frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto y una saturación basal de oxígeno de 96%. Buen estado general y eupneica.
En la auscultación pulmonar presenta crepitantes finos inspiratorios en la base izquierda.
En la analítica destaca una Proteína C Reactiva de 10 mg/dL (0-0,5)
La radiografía de tórax muestra un infiltrado alveolar extenso en língula y lóbulo inferior izquierdo. En la tomografía computarizada (TC) de tórax se evidencia una extensa consolidación pulmonar en segmento anterior del lóbulo superior izquierdo, segmento superior de la língula y segmento antero basal izquierdo con amplia base pleural, que dada su localización (periférica e inmediatamente posterior a la mama izquierda) y en el contexto de tratamiento de radioterapia, impresiona de neumonitis postradioterapia. No obstante, no se puede descartar sobreinfección.
Antígenos de neumococo y legionella en orina negativos. Exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2, Influenza A e Influenza B negativos.
Urocultivo negativo.
Se diagnostica neumonía adquirida en la comunidad FINE III sin filiación microbiológica, en pulmón izquierdo, multisegmentaria y neumonitis postradioterapia.
Se pauta tratamiento antibiótico (ceftriaxona 2 g intravenosos cada 24 horas y levofloxacino 500 mg intravenosos cada 24 horas) y corticoideo (metilprednisolona 40 mg intervenosos y posteriormente prednisona oral en pauta descendente) con notable mejoría clínica.
Radiológicamente la neumonitis rádica se caracteriza por imágenes de aumento de la densidad perihiliar y opacidades alveolares en radiografías simples y con el patrón de vidrio deslustrado en la TC. Es aceptado que el riesgo de neumonitis es directamente proporcional al volumen pulmonar irradiado. Se sabe que aproximadamente el 5% de las pacientes irradiadas tras cirugía conservadora del cáncer de mama presentarán reacción inflamatoria posterior a la radioterapia. El riesgo se incrementa en los casos en que se decide también irradiar cadenas ganglionares hasta un 8%.
La concomitancia de la radioterapia y la quimioterapia también ha aparecido como factor de riesgo independiente en el desarrollo de neumonitis rádica hasta 9 veces superior, frente a las pacientes que solo reciben radioterapia o la reciben

secuencialmente. También la asociación con hormonoterapia (tamoxifeno) parece estar relacionada con un aumento de fibrosis pulmonar.

CONCLUSIONES

La neumonitis rádica se manifiesta con tos y disnea. Suele aparecer unas 12 semanas tras la radioterapia, aunque puede ser más precoz.
La radioterapia constituye un pilar básico en el manejo de numerosas neoplasias torácicas, entre las que destacamos el cáncer de mama, el carcinoma broncogénico, el cáncer de esófago y el linfoma torácico.
El tratamiento mediante radioterapia está limitado por la lesión de los tejidos sanos circundantes al tumor, en especial el parénquima pulmonar al ser el más radiosensible de todos.
La radioterapia sigue asociándose a efectos secundarios y produce distorsiones arquitecturales que en muchas ocasiones dificultan la interpretación de los hallazgos encontrados en los controles por tomografía computarizada.
El tratamiento de la neumonitis rádica se basa en el uso de corticoides, obteniéndose en la mayoría de los casos una buena respuesta con desaparición de la sintomatología a las pocas semanas de su introducción, aunque no suelen ser infrecuentes pequeñas reactivaciones del proceso ante el descenso de la pauta de corticoides.

P. #227

DISNEA MULTIFACTORIAL, TODAS LAS CAUSAS PARA DEJARTE SIN ALIENTO

Iris Livia Mar Hernández, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Berta Herranz Bandres, Oier Pagalday Ruiz De Azua, Paula Díaz Pérez, Cristina Castillo Venegas

SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 70 años con antecedentes patológicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumectomía izquierda por absceso pulmonar hace 20 años, cifosis, infarto agudo de miocardio hace 10 años, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica 2A.
Nos avisan por dificultad respiratoria. A nuestra llegada nos comenta el paciente empeoramiento progresivo de la disnea hasta hacerse de reposo desde hace 5 días. Ortopnea de dos almohadas, niega dolor torácico, no disminución de la diuresis, tos con aumento de la expectoración de coloración amarillenta, niega fiebre.
Contantes: Sat 82% Frecuencia respiratoria 45 rpm Frecuencia cardiaca 110 lpm Tensión Arterial 140/80 mmHg
Exploración: paciente en posicional de trípode, con gran trabajo respiratorio, tiraje en tres niveles, cifosis marcada, sudoración profusa, afebril.
Auscultación cardiaca: Ruidos cardiacos rítmicos, soplo sistólico en foco aórtico. ingurgitación yugular.
Auscultación pulmonar: Ausencia de murmullo en hemitórax izquierdo, roncus y sibilantes en hemitórax derecho, crepitantes en base.
Miembros inferiores: edemas con fóvea hasta rodillas.
Se realiza un electrocardiograma en el que se objetiva taquicardia sinusal, con patrón S1Q3T3.
Se comienza el tratamiento con furosemide 40mg y hidrocortisona 200mg intravenoso, se nebuliza salbutamol 5mg y bromuro de ipatropio 500mg. Se coloca ventilación mecánica no invasiva en modo BIPAP, con correcta adaptación. Se traslada con la sospecha diagnóstica de agudización de EPOC en el contexto de infección respiratoria, descompensación de insuficiencia cardiaca y posible tromboembolismo pulmonar (TEP).
A su llegada al hospital, paciente se encuentra estable, se continua con el tratamiento en urgencias. Se realiza un angiotomografia axial computerizada (angioTAC) de arterias pulmonares de manera urgente en el que se objetiva un tromboembolismo en el muñón de la arteria de la neumectomía. Se confirma diagnóstico. Se decidió no iniciar tratamiento anticoagulante hasta corregir el resto de causas de disnea. Se ingresa para estudio. Posteriormente, tras angioTAC de control, en el que se objetivó la persistencia del TEP se comenzó con tratamiento anticoagulante. El paciente fue dado de alta con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

La neumectomía se define como la extirpación quirúrgica de un pulmón. La principal indicación es el cáncer de pulmón, pudiendo ser utilizada como tratamiento para abscesos

pulmonares.
En un estudio de la SEPAR, publicado en 2016, se observó que de 473 neumectomías, sólo 9 presentaron trombosis en el muñón, y de ellas 6 fueron en las neumectomías derechas, ocurriendo de media a los 11,3 meses hasta los 67,5 meses.
Es una complicación muy inusual, con una historia natural generalmente favorable. De hecho, se reporta que la mayoría de TEP del muñón arterial son detectados de manera incidental en TAC de seguimiento, al ser pacientes oncológicos.
La necesidad de tratamiento anticoagulante es controvertida, pues muchos autores los consideran procesos benignos. Sin embargo, otros, consideran que aun siendo una patología rara, en el momento que ocurre, es una fuente de diseminación de émbolos al pulmón sano, puediendo ser letal. Por lo que algunos autores hacen hincapié en la necesidad de tratamiento anticoagulante en aquellos apacientes de alto riesgo.

P. #228

WATERHOUSE FRIDERICHSEN UN RETO DIAGNÓSTICO PERO SOBRE TODO TERAPÉUTICO

Juan José Martínez Rivas, Fernando Rodríguez Lucas, Rebeca Huerga .

Hospital de granollers, Granollers, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA:
Paciente varón de 43, con antecedentes de abuso de alcohol y consumo regular de Cocaína.
Acude a su ambulatorio por clínica de cefalea intensa y fiebre hasta de 39c. Durante la valoración médica el paciente se sincopa detectando Tensión arterial media (TAM) de 60mmHg y fiebre de 38.5c. Facultativo administra 2gr de Ceftriaxona, suero terapia y lo deriva a Hospital de referencia.
A su llegada a urgencias el paciente persiste hipotenso a pesar de 2L SF 0.9% (TAM de 50mmHg), febril, destacando cefalea, signos de irritación meníngeas, Glasgow 11 (O3, V3, M5) y lesiones papulares de color violáceas en rodillas que se extendieron por tórax y abdomen. Se inicia Noradrenalina en BPC a 2mg/h y se cursan pruebas complementarias.

- Analítica de ingreso: Glucosa: 102 mg/dL, Urea: 120 mg/dL, Creatinina: 5,43 mg/dL, Sodio: 136,5 mmol/L, Potasio: 6.8 mmol/L, Cloro: 94,3 mmol/L, Tasa filtración 1.73m2: 11,87 mL/min, Bilirrubina total: 1,13 mg/dL, (ALT): 82 U/L, (AST): 85 U/L, Magnesio: 2,4 mg/dL, Procalcitonina: 100 ng/mL, pH venosa: 7, pCO2 venosa: 60 mmHg, Bicarbonato venosa: 17,2 mmol/L, pO2 venosa: 56 mmHg, Exceso base venosa: -9.1 mmol/L, Lactato: 6,7 mmol/L, Ca iónico: 3,17 mg/dL, Proteína C reactiva: 48,4 mg/dL, Hematíes: 3,83 x10^6_u/mcL, Hemoglobina: 13,1 g/dL, Hematocrito: 38,4 %, VCM: 100,3 fL, HCM: 34,2 pg, CHCM: 34,1 g/dL, RDV-CV: 14,6 %, Eritroblastes: 0,2 / 100 leucocitos, Leucocitos: 10,53 x10^3_u/mcL, Neutrófilos %: 96,2 %, Neutrófilos T: 10,14 x10^3_u/mcL, Linfocitos %: 2,7 %, Linfocitos T: 0,28 x10^3_u/mcL, Plaquetas: 16 x10^3_u/mcL, , Tiempo protrombina (INR): 1,7 (raó), Tiempo protrombina-Raó: 1,7 (raó), Tiempo protrombina (s): 19,5 s, Tiempo de tromboplastina parcial activada (raó): 2,33 (raó)
- Hemocultivos y sedimento de orina: negativos.
- Rx de tórax: sin condensaciones
- Punción lumbar: no se realiza por la plaquetopenia y alargamiento de tiempo de coagulación.

Poco después de su ingreso, el Glasgow disminuye a 7 puntos. Se procede a realizar intubación orotraqueal (IOT), es necesario ascender la Noradrenalina hasta 6mg/hora con lo que se consigue TAM 45mmHg. Se administran medidas anti K (Gluconato Ca + Insulina rápida), 250 ml Bicarbonato al 1 molar y se cubre empíricamente con Cefotaxima + Vancomicina + Ampicilina +Acoclovir.
Posteriormente a pesar de la medidas descritas el paciente presenta actividad eléctrica sin pulso. Se realizan reanimación cardio pulmonar (RCP) durante 45 min, administrando en total 15 mg de Adrenalina (15 ampollas). Sin embargo finalmente se certifica exitus

- Resultado de autopsia: meninges y supra renales con importantes zonas de inflamación sugestivas de proceso

infeccioso. Necrosis de ambas glándulas supra renales. No crecen gérmenes en muestra del líquido cafeto raquídeo (LCR) post mortem, pero se llegan a aislar cocos gran negativas en forma de diplodocos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES: el síndrome de waterhouse friderichsen es un reto tanto diagnóstico como terapéutico ya que combina una hipotensión refractaria al tratamiento (sepsis + daño suprarrenal), una coagulación intra vascular disemina (CID) junto con un daño multi orgánico (insuficiencia renal aguda + acidosis metabólica refractaria + hipo potasemia). A pesar de la sospecha clínica y el rápido tratamiento el desenlace suele ser mortal.

P. #230

ALERGIA REVELDE

Coraima Cobos Montenegro, Andrea Iboleon Jiménez, Esther Jiménez Aranda

Hospital Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 61 años sin antecedentes médicos de interés salvo consumo importante de tabaco. Acudió a urgencias extrahospitalarias hace tres días por edema facial, siendo diagnosticada de reacción alérgica, tratada con antihistamínicos y corticoides orales pero ante el empeoramiento clínico acude a nuestro servicio.

A la exploración presenta buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y percudida. Eupneica en reposo.

Edema palpebral bilateral con mayor afectación de párpados inferiores. A la inspección presenta lesiones vasculares ingurgitadas a nivel supra e inframamario sugestivas de telangiectasias. No equimosis ni petequias. Ingurgitación yugular bilateral, más evidente en el lado derecho.

Auscultación con tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No palpo adenopatías cervicales ni axilares.

Abdomen sin megalias ni dolor.

Miembros inferiores sin edema ni otros signos de flogosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

*Hemograma, bioquímica con función renal y perfil hepático normal, coagulación en rango.

*Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal. Masa redondeada, de bordes bien definidos a nivel de lóbulo superior izquierdo de 7x5 cm. Se aprecia otra masa parahiliar derecha de 3x4 cm de similares características. No derrame pleural.

Cursamos ingreso en Medicina Interna para estudio de síndrome de vena cava superior secundaria a neoplasia pulmonar.

Durante el ingreso se realizó Tc de tórax y abdomen donde se describió la masa a nivel de lóbulo superior izquierdo. A nivel paratraqueal derecho se evidenció mazacote adenopático, un segundo mazacote a nivel de mediastino anterior e imagen de trombo invasivo en cava superior. Compatible con T3N3.

Pendiente de anatomía patológica para valorar opciones terapéuticas, actualmente recibe tratamiento con dexametasona 8 mg al día y enoxaparina a dosis terapéutica.

Tanto en urgencias como en su ingreso en medicina interna la paciente no quiso conocer su patología, solicitando que toda la información se la aportáramos a su marido y a su hijo.

CONCLUSIONES

Trabajamos bajo la presión de una alta demanda en nuestros servicios de urgencias. No por ello podemos prescindir de nuestra herramienta más importante, la exploración física. Inspeccionando a la paciente nos dimos cuenta de que no se trataba de una reacción alérgica, pudiendo diagnosticarla correctamente con pruebas complementarias sencillas orientadas correctamente.

P. #233

LA COMUNICACION ROMPE PREJUICIOS Y DIAGNOSTICA CORRECTAMENTE

Pablo Palacio Alvaré, María Rodríguez Armas, Antoni Moliné Pareja, Marta Docío Alfaya, Meritxell Motos Bescós, Héctor Hernández Ontiveros

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón a su llegada a triaje sin documentación identificativa. Desde triaje se orienta como problemática social, sin ninguna constante vital registrada, debido a la dificultad de comunicarse con el paciente, considerando esto como una situacion de vulnerabilidad grave.
Acude al box de urgencias en un estado de agitación alterno con somnolencia, con dificultad para la reconducción verbal.
El médico logra verbalmente reconocer su nombre y su apellido, logrando finalmente su identificacion: varón de 36 años, natural de Italia, en situación de calle. Antecedentes personales de VIH con carga viral indetectable, que no ha acudido a controles desde hace más de 6 meses, VHC tratada sin controles. Fumador, enol, usuario ADVP.
El paciente presenta una insuficiencia respiratoria aguda con signos de neumonía bilateral e insuficiencia ventilatoria grave, que requiere tratamiento intensivo y vigilancia en la UCI. Su situación se ve empeorada por una combinación de factores como la disnea, taquicardia, hipotensión, y la fiebre. La respuesta inicial al tratamiento con oxígeno y medicación parece ser positiva, pero es crucial el seguimiento en una unidad de hospitalización intensiva.
Se cambia el soporte respiratorio por CNAF al 100% (50L) para mantener SatO2 95% y FR 26rpm. Se realiza canalización de vía arterial con gasometría que muestra un pH normal y otros valores de gases sanguíneos en rango aceptable, a pesar de un lactato ligeramente elevado.
Se comienza con antibióticos empíricos (tazocelo, levofloxacino, linezolid, cotrimoxazol). El paciente sigue con una mala mecánica respiratoria y alta necesidad de oxígeno, así que se decide intubación orotraqueal con sedación. Se coloca en CMV (ventilación controlada) con FiO2 0.9 y se realizan ajustes traseros para mejorar la ventilación. Prone position (maniobra de prono) en una sola vez y mejoria de la saturación de oxígeno.
El lavado broncoalveolar revela neumococo como patógeno causante, y se modifica el antibiótico en ceftriaxona.
El paciente presenta mejora respiratoria progresiva y disminuye la FiO2 hasta el 40%. Se realizan varios ajustes en la sedación y se comienzan benzodiacepinas para controlar la ansiedad y quetiapina para controlar la agitación.
Como intercurrencia presenta coxalgia derecha relacionada con un traumatismo puntual y se hace una TC de cadera para descartar artritis séptica, que no muestra alteraciones.
TC torax control muestra mejoria de los infiltrados.
Se hace una valoración social con trabajo social para valorar recursos para el paciente. Se coordina con Fundación Ámbito y Prevención para el seguimiento, y el paciente es puesto en lista de espera para un centro residencial y albergue temporal.
En planta hospitalización, no necesita oxígeno y se mantiene eupneico al aire ambiente. Se controla el síndrome de abstinencia con benzodiacepinas.
Se le hace un seguimiento por parte de trabajo social para gestionar su situación social, poniendo en marcha recursos para su futuro antes del alta médica dada la estabilización clínica y hemodinámica completa del paciente.

CONCLUSIONES

Desde la entrada de un apciente al hospital, debemos eliminar prejuicios ante pacientes en situación de exclusión social o sin hogar más aún ante estados de agitación y dificultad de la comunicacion, y tratar de manera similar eliminando los prejuicios sociales de la actualidad.
El paciente ha experimentado una mejora respiratoria e infecciosa importante después de ingresar en la UCI, con un tratamiento intensivo adecuado.
La situación social sigue siendo un factor importante a considerar, ya que el paciente tiene una historia de situación de calle.
La evolución en la sala de medicina interna ha sido favorable, con estabilización respiratoria, mejora de la neumonía y adecuado control de su situación infecciosa y de dolor.
La gestión social y el seguimiento continuado serán esenciales para su reintegración y bienestar a largo plazo.

P. #259

MAT VS. CID: UN RETO DIAGNÓSTICO EN LA TROMBOPENIA ASOCIADA AL FRACASO RENAL

Elena Romero Gismera, Blanca Gómez Del Río, Manuel Luis Gómez Blanco, Pablo Salgado Rodríguez, Beatriz García-Borregon Domonte

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años con antecedentes de flutter auricular anticoagulado con Xarelto y colecistectomía, que acude a urgencias por rectorragia de gran cuantía sin otros signos de hemorragia. Según familiares, presenta un cuadro de meses de evolución con deterioro funcional progresivo y pérdida de peso, además de desorientación acentuada en los últimos 20 días.
A la llegada, está hemodinámicamente estable (TA 130 mmHg, FC 110 lpm, saturación basal 95%) pero desorientado. Los análisis destacan anemia (Hb 10 g/dL) sin esquistocitos, trombocitopenia (35,000), coagulopatía, insuficiencia renal aguda (creatinina 7.6 mg/dL, urea 340 mg/dL, hiperpotasemia 6.6 mEq/L, hiperfosfatemia 10 mg/dL), LDH elevada (indicativa de hemólisis), PCT 1.8, acidosis metabólica y lactato elevado (1.5 mmol/L). Se aísla Enterococcus faecalis en hemocultivos.
La impresión clínica es shock séptico por bacteriemia por Enterococcus faecalis, con insuficiencia renal anúrica y trombocitopenia. Se descarta PTT por niveles normales de ADAMTS13 y baja probabilidad de síndrome hemolítico urémico (SHU), dada la ausencia de esquistocitos y la haptoglobina normal. Evoluciona a shock distributivo con inestabilidad hemodinámica, requiriendo altas dosis de noradrenalina (0.5 mcg/kg/min) y vasopresina como segundo vasopresor. Se administran albúmina y corticoides a dosis de shock. Presenta hiperlactacidemia (hasta 4 mmol/L) y anuria, por lo que se inicia terapia de reemplazo renal.

CONCLUSIONES

La microangiopatía trombótica (MAT) y la coagulación intravascular diseminada (CID) son trastornos de la coagulación difíciles de diferenciar por sus síntomas similares. La MAT se caracteriza por trombos en vasos pequeños, mientras que la CID implica activación descontrolada de la coagulación, causando trombosis y sangrado. Un diagnóstico preciso es esencial para un tratamiento adecuado.
La CID es una afección grave que puede causar complicaciones multiorgánicas y muerte, requiriendo diagnóstico y tratamiento rápidos. A diferencia de la MAT, que afecta pequeños vasos sanguíneos, la CID compromete la coagulación de manera generalizada. En análisis, se observa disminución de plaquetas, fibrinógeno y aumento de dímero D, reflejando hipercoagulación y consumo de factores. El manejo de la CID se centra en estabilizar la coagulación y controlar daños sistémicos, mientras que la MAT requiere intervenciones específicas como plasmaféresis. Una distinción correcta entre ambas es clave para guiar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

P. #267

NEUMOTORAX IATROGENICO TRAS PUNCION SECA

Mario Miranda García, Andrés Javier Ruíz Fernández

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias por disnea y dolor en el hemitórax izquierdo. La sintomatología ha aparecido tras sesión de fisioterapia con punción seca a nivel cervical izquierdo y maniobras quiroprácticas hace cuatro horas.
En la exploración física se objetiva una tensión arterial de 129/98 mmHg, frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 96%.
En la auscultación pulmonar destaca hipoventilación del pulmón izquierdo.
Se solicita radiografía de tórax urgente en la que se aprecia neumotórax de la práctica totalidad del pulmón izquierdo, con desplazamiento del corazón y estructuras mediastínicas hacia el lado derecho.
Se comenta el caso con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se decide drenaje percutáneo en UCI con técnica de Seldinger bajo anestesia local.
Tras la colocación del drenaje previo a sutura del mismo, el paciente refiere dolor importante en hemitórax izquierdo. Se administra analgesia, se asegura la desaparición del neumotórax con ecografía y se retira el drenaje. Se realiza radiografía de tórax de control que muestra reexpansión del pulmón izquierdo completa sin neumotórax residual y mínima imagen hiperdensa en el lóbulo inferior izquierdo que sugiere pequeña atelectasia.

CONCLUSIONES

En la literatura están descritas complicaciones serias secundarias a procedimientos como la punción seca (se utiliza para le tratamiento del síndrome de dolor miofascial y se basa en el tratamiento de los puntos gatillo) o la acupuntura. Una de estas complicaciones, mostrada en nuestro caso clínico, es el neumotórax. Aunque es una complicación infrecuente (ocurre en menos de 1 de cada 100.000 pacientes tratados con acupuntura) puede ser potencialmente mortal. La mayoría tiene lugar en varones y se tratan de manera conservadora debido al pequeño tamaño del neumotórax. Por el contrario, en el caso presentado, el paciente precisó colocación de tubo de drenaje pleural. Los eventos traumáticos en la acupuntura o en la punción seca suelen ser causados por inserción o manipulación inadecuada de las agujas en puntos de alto riesgo. La profundidad, dirección y ángulo de inserción de la aguja, especialmente en la región torácica, son cruciales. Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de un neumotórax tras una sesión de acupuntura o punción seca destacan: la delgadez del paciente, el grosor disminuido de la pared torácica, la atrofia de los músculos torácicos, los antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas y el tabaquismo de larga evolución. Sin embargo, los pacientes con obesidad también podrían tener un riesgo aumentado, ya que es más difícil medir la profundidad de la punta de la aguja. También hay un riesgo aumentado cuando

la acupuntura o la punción seca se aplican sobre los músculos erector de la columna, iliocostal, serrato anterior, romboides, trapecio, de las regiones subclavicular y supraclavicular, intercostales y de las fosas supraescapular e infraescapular.
El neumotórax debe sospecharse en cualquier paciente con dolor torácico o disnea tras una sesión terapéutica de punción seca o acupuntura.

P. #271

INFARTOS ESPLÉNICOS

Raquel Davó Fernández, María Gijón Rodríguez, Ignacio Blázquez De Sande, Irene Carmona García, Javier De Arístegui Bengoechea, María Isabel De León Reglero

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a urgencias una paciente de 75 años por dolor abdominal de varios días de evolución. Como antecedentes personales presenta trombocitemia esencial y mielofibrosis grado 2, en tratamiento con Eritropoyetina e Hidroxicarbamida. La paciente refiere dolor abdominal de una semana de evolución, localizado en hipocondrio izquierdo, asociando fiebre de hasta 38.5°C. Ha presentado tres vómitos de contenido alimentario, sin cambio en las deposiciones ni otra sintomatología asociada.
A la exploración física únicamente destaca dolor a la palpación, tanto superficial como profunda, en hipocondrio izquierdo, palpándose esplenomegalia pero sin claros signos de irritación peritoneal.
Se solicita analítica con bioquímica, incluyendo reactantes de fase aguda, objetivandose una proteína C reactiva de 180 mg/L y LDH (Lactato deshidrogenasa) 400 mg/L. En cuanto al hemograma, presenta valores similares a los previos con hemoglobina de 9.1 gr/dL, trombopenia de 69.000 x10^9/L y leucocitos de 5.300 10^9/L.
Considerando la sintomatología que presenta la paciente y los hallazgos tanto en la exploración física como en la analítica, nos planteamos estar ante una afectación a nivel esplénico, pudiendo tratarse de abscesos, trombosis esplénica o incluso infartos en dicho órgano. Por lo tanto, solicitamos un Tc - abdominal (tomografía computarizada abdominal) para valorar el tamaño del bazo y descartar las posibles sospechas diagnósticas expuestas previamente.
En el Tc-abdominal se describe esplenomegalia de 180 centímetros con múltiples infartos esplénicos, probablemente secundarios a su patología de base (mielofibrosis).
Se inicia heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante y se decide ingreso a cargo de hematología para vigilancia y manejo tanto de los infartos esplénicos como de la mielofibrosis.

CONCLUSIONES

La mielofibrosis es una neoplasia mieloproliferativa crónica, en el caso de nuestra paciente, secundaria a una trombocitemia esencial previa.
La esplenomegalia es una manifestación común en la mielofibrosis. La mielofibrosis secundaria a trombocitemia esencial puede complicarse con infartos esplénicos, debido a la hipercoagulabilidad y la hematopoyesis extramedular. Los infartos esplénicos se manifiestan frecuentemente con dolor abdominal, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda. Puede haber una aceleración de la fibrosis medular y una mayor liberación de citocinas proinflamatorias.
Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre infartos esplénicos, trombosis esplénica, crisis mieloproliferativa e infecciones en urgencias para poder así dirigir el tratamiento con la mayor brevedad posible.

P. #276

DOCTORA, ME DUELE LA GARGANTA

Brenda Arelys Ayala Angulo, Eva Pérez Valle, María Bóveda García, Marina Sobreviela Albacete, Vanesa Ortiz Heras, Rocío Ibáñez Del Castillo

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años, alérgica a amoxicilina, fumadora, valorada en Urgencias por sensación de cuerpo extraño en la faringe tipo pinchazo al deglutir que le causó despertar nocturno. En exploración física inicial se objetivó hiperemia faríngea con dolor a punta de dedo en región cervical izquierdo, sin palpación de masas ni adenopatías, habiendo sido de alta con diagnóstico de odinofagia sin síntomas de alarma.

Transcurridas 48 horas, la paciente consultó nuevamente en urgencias por persistencia de odinofagia, habiéndose objetivado hiperemia faríngea y sialorrea, sin compromiso de la vía aérea y adecuada saturación, por lo que, tras tratamiento sintomático la paciente presentó notable mejoría y se dio de alta con tratamiento analgésico.

Transcurridas 12 horas desde el alta, la paciente acudió nuevamente a Urgencias porque en el transcurso de ese periodo de tiempo comenzó con tumefacción y eritema cervical anterior, así como disfonía. Se realizó interconsulta con el servicio de Otorrinolaringología, habiendo objetivado con la exploración con fibroscopio edema de cuerdas vocales, impresionando de edema de Reinke bilateral, así como retención salivar parcial en región retrocricoidea. Reinterrogando, la paciente refirió que estaba cambiándose los dientes en el dentista.

Se inició analgesia, antibioterapia y corticoterapia iv por sospecha inicial de supraglotitis, pero la paciente presentó evolución tórpida, asociando disfagia para sólidos, por lo que se solicitó un CT de cuello, donde se evidenció un absceso parafaríngeo izquierdo con extenso edema, con mediastinitis asociada. Ante esta situación, la paciente precisó ser trasladada para manejo por el servicio de Cirugía Torácica.

II. Exploración y pruebas complementarias:

- Exploración física

o Constantes: TA: 118/83mmHg; FC: 91 lpm; SatO2 98%; Tª 36,1°C.

o Consciente y orientada en las 3 esferas. Normohidratada, normoperfundida. Estado general conservado.

o ORL: faringe hiperémica, sin exudados, tumefacción de ambos pilares amigdalinos, no exudado pultáceo, no datos de absceso periamigdalino visible en exploración macroscópica. No tumefacción de parótida. Glándulas sumaxilares con salida de saliva bilateral.

o Cuello: tumefacción cervical anterior que se extiende desde región mentoniana hasta escotadura yugular esternal. La zona se objetiva edematosa, eritematosa y empastada a la palpación. Carótidas rítmicas e isopulsátiles

o Tórax: no dolor a la palpación ni con los movimientos respiratorios, simetría de movimiento en ambos hemitórax

Auscultación cardíaca: rítmico, no soplos

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadido

- Pruebas complementarias

o Analítica: Leucocitos 21.04 10E3/µL, Neutrófilos 18.9 10E3/µL, Hemoglobina 13.1 mg/dl, Plaquetas 323.000, INR 0.9, Glu 116 mg/dl, Cr 1.21, Na 133, K 4.1, Proteina c reactiva 107.9 mg/L

o TAC de cuello con contraste: Extensos cambios edematosos en la mucosa faríngea y tejido celular subcutáneo de región cervical anterior, con importante disminución del calibre de la vía aérea. Probable colección submucosa izquierda y en espacio parafaríngeo. Engrosamiento de la grasa en el mediastino junto con leves cambios inflamatorios que sugiere mediastinitis dada la clínica de la paciente.

CONCLUSIONES

El absceso parafaríngeo es una infección de planos profundos del cuello que afecta al espacio situado entre la faringe y el músculo pterigoideo. Es difícil establecer la incidencia mediastinitis secundaria a progresión de un absceso parafaríngeo al tratarse de una entidad rara. Esta condición puede surgir como complicación de infecciones en las amígdalas, faringe, estructuras odontogénicas o ganglios linfáticos. En el caso de la paciente del caso, en anamnesis posterior indicó que estaba en proceso de cambios de varias piezas dentarias, que probablemente supusieron el origen del cuadro descrito. La paciente fue trasladada a la unidad de Cirugía Torácica del hospital de referencia, donde fue intervenida, estando pendiente de evolución clínica en el momento de la redacción del caso.

P. #277

NEUMONÍA POR PREVOTELLA ORIS, EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

Esther Jiménez Aranda, Patricia Bermejo Cotillo, Coraima Cobos Montenegro, Coral Suero Méndez

Hospital Comarcal La Axarquía, Vélez Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas.
-Asma bronquial intermitente en tto con salbutamol ocasional.
- Sin tratamiento habitual.
Anamnesis
Varon de 37 años con cuadro de 1 semana caracterizado por fiebre 38°, dolor costal derecho tipo punzada, asociado a dificultad respiratoria, nauseas y vómitos. Ictericia de piel y de mucosas y coluria de 2 días de evolución. Síndrome miccional de 1 dia de evolución autolimitado. Consulto el día previo por dolor abdominal y diarrea con perfil hepático alterado, y ecografía sin hallazgos, por lo que se decidió alta con corbertura antibiótica por sospecha de colitis.
No actividades campestres recientes. No mordedura de animales, aunque refiere que en el trabajo hay ratas. No ambiente epidémico laboral, ni familiar.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Regular estado general. Ligeramente taquipneico. Bien hidratado y perfundido, con buena coloración de piel y mucosas. Consciente y orientado.
TA: 125/75 FC: 99. Saturación de oxígeno con GN 2L→ 95%
Temperatura:38.3° previo paracetamol, 38.3° tras paracetamol iv.
AC: Tonos cardíacos rítmicos a buena frecuencia.MVC sin ruidos sobreañadidos.
ABD: Blando, depresible, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha/flanco derecho, con Blumberg positivo. RHA conservados. No se palpan masas ni megalias.
MMII: No edemas. No signos de TVP.
-Pruebas Complementarias
Analitica
*Hemograma: Hem 4.70; Hb 13.5; Hcto 39.5; Leucocitos 17.980; Neutrófilos 80.60%; Plaquetas 411.000
*Coagulación: TP 87%; INS 1.10
*Bioquímica: Glu 126; Creatinina 1.15; FG 81; Bilirrubina total 1.43; GGT 118; AST27; ALT 45; Lipasa 87; FA 117; Na 137; K 3.4; PCR 351
*Gasometría: pH 7.45; pO2 42.5; pO2 21.1; HCO3 29.5
- Orina : leucocitos +; urobilinógeno ++++; nitritos positivo.
- Ag COVID2 negativo.
- Antigenuria negativa .
- Serología VIH y VHC negativo
-Hemocultivo y urocultivo: negativo.
- Radiografía de tórax infiltrado en base derecha que borra silueta cardiaca.
- Ecografía de Abdomen sin alteraciones significativas.
-TC TÓRAX sin contraste: Abundante derrame pleural apicoposterior y basal derecho de morfología loculada que asocia engrosamiento pleural y burbujas de gas en su interior, en relación con empiema secundario a proceso infeccioso/ inflamatorio. Atelectasia pasiva del LID. Leve derrame pleural posterior izquierdo y atelectasia del LII.
Se le realizó drenaje torácico en 2 ocasiones y fibrinolítico, además de precisar intubación orotraqueal por empeoramiento del estado general.
-Cultivo de líquido pleural: Prevotella Oris
Juicio Clínico
Neumonía comunitaria basal derecha por Prevotella Oris. Derrame pleural derecho paraneumónico. Encapsulados pleurales posible empiema en el lado derecho.

CONCLUSIONES

El género Prevotella es un grupo de bacterias gramnegativas anaerobias obligadas que incluye más de 50 especies, muchas de ellas asociadas a la microbiota humana, donde son comensales del tracto respiratorio superior y del sistema genitourinario.
Aunque es poco frecuente, también se ha descrito que causa infecciones pleuropulmonares en forma de neumonía y empiema pleural así como derrame pleural concomitante, tanto en población adulta como pediátrica. Cada vez son más los casos donde pacientes inmunocompetentes jóvenes sin previa patología, tal como se describe en el caso anterior, presentan este tipo de infección incipiente, por lo que debemos tenerla siempre en cuenta, ya que puede llegar a ser una infección muy grave.

P. #280

COLITIS ESTERCORÁCEA Y ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA: UN DOBLE DESAFÍO EN EL MANEJO DEL SHOCK SÉPTICO

Enrique Romero Sánchez[1], Esther Pérez García[2], Antonio Cristobal Luque Ambrosiani[2], Juan Marcos Sánchez[3], Carmen Álvarez Tato[1], María Nuria Álvarez Díez[1]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
3. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta
Varón de 75 años trasladado a urgencias por su hija tras dos días de náuseas, vómitos y diarrea sin fiebre. Presenta deterioro progresivo del estado general y disminución del nivel de conciencia.
Antecedentes personales
Hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 de mal control con complicaciones micro y macrovasculares. Presenta esteatosis hepática y antecedentes de tabaquismo.
Tratamiento habitual
Metformina/Empagliflozina, Hidroclorotiazida, Amlodipino y Atorvastatina.
Historia actual y exploración física
A su llegada, el paciente se encuentra pálido, con respiración abdominal y signos de hipoperfusión periférica. Saturación del 88% y tensión arterial no detectable.
- Neurológico: Obnubilado (Glasgow 12), pupilas mióticas reactivas.
- Cardiopulmonar: Ritmo regular a 95 lpm, crepitantes bibasales sin ruidos añadidos.
- Abdomen: Distendido, timpánico, depresible y doloroso en hipogastrio.
- Extremidades: Sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias
- Gasometría venosa: pH 6.76, HCO_3 4.4 mmol/L, lactato 12.1 mmol/L, K 7.4 mmol/L.
- Analítica: Glucemia 148mG7dl, creatinina 8.85 mg/dL, urea 266 mg/dL.

Transaminasas elevadas: GOT 80 UI/L, GPT 366 UI/L. Leucocitosis: 22.790/mm^3 (84% neutrófilos). Hemoglobina: 8.9 g/dL, INR 1.55
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 95 lpm con ondas T picudas.
- Radiografía de tórax: Sin alteraciones significativas.

MANEJO INICIAL Y ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS
Ante la sospecha de shock séptico y acidosis láctica por metformina (MALA), se inicia oxigenoterapia a alto flujo, fluidoterapia con suero fisiológico y glucosado al 5%, gluconato cálcico, insulina, bicarbonato sódico y ceftriaxona.
Pese a ello, el paciente empeora rápidamente, desarrollando bradicardia a 40 lpm, hipotensión severa (60/40 mmHg) y desaturación a 80%. Se procede a intubación orotraqueal con Midazolam y Rocuronio y se conecta a ventilación mecánica con FiO_2 100% y PEEP 7 cmH_2O.
Dado que la bradicardia persiste, se administran dos bolos de atropina (3 mg IV cada uno) y adrenalina (1 mg IV) sin mejoría.
Se canaliza vía central en yugular derecha y se inicia perfusión de noradrenalina (0.3 mcg/kg/min IV) y vasopresina (0.03 UI/min IV).
El paciente recupera parcialmente estabilidad hemodinámica y se solicita un angioTC abdominal urgente, que muestra dilatación severa del recto-sigma con engrosamiento difuso de sus paredes y abundante contenido fecal, compatible con colitis estercorácea, sin signos de perforación ni vólvulo. Se decide ingreso en UCI.
EVOLUCIÓN EN UCI
A pesar del soporte vasopresor con noradrenalina (0.4 mcg/kg/min) y vasopresina (0.03 UI/min), el paciente persiste hemodinámicamente inestable, con hipoperfusión severa, cianosis distal y tendencia a hipotermia.
Se mantiene anúrico con insuficiencia renal AKIN III, por lo que se inicia terapia de reemplazo renal continua (TRRC). La acidosis metabólica mejora parcialmente (lactato 3.7 mmol/L), pero repunta a 5 mmol/L, requiriendo bolos adicionales de bicarbonato IV.
Durante el segundo día de ingreso, el paciente sigue inestable, con distensión abdominal sin signos de perforación. Se pautan enemas y se coloca sonda nasogástrica en aspiración, con drenaje de 300 cc de contenido seroso escasamente bilioso.
Se evidencia hepatitis isquémica con un ascenso de GOT 2900 UI/L y GPT 1040 UI/L. Dado el aumento de PCR (268 mg/L) y procalcitonina (16 ng/mL), se retira Ceftriaxona y se instaura Piperacilina/Tazobactam (4.5 g IV cada 8 h) ante la sospecha de sepsis intraabdominal persistente.
A pesar de los ajustes terapéuticos, el paciente presenta fallo multiorgánico.
sufriendo una parada cardiorespiratoria irrecuperable tras reanimacion durante 20 minutos.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la complejidad del shock séptico y la acidosis láctica por metformina, que requieren una actuación rápida y multidisciplinar. A pesar del tratamiento intensivo con soporte vasopresor, terapia renal sustitutiva y antibióticos, la disfunción multiorgánica progresiva y la hipoperfusión determinaron el desenlace fatal, destacando la importancia de la detección precoz del foco séptico y la optimización del soporte hemodinámico.

P. #285

ICTUS POR SHUNT SECUNDARIO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Irene Ursúa Sánchez, Marco Aurelio Alfaro Mora, Beatriz Martín Pérez, Ana Ramos Rodríguez, Yolanda Álvarez Colmenero

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias tras presentar síncope en la vía pública. Como antecedente inmediato, refiere dorsalgia de tres días de evolución que relaciona con un sobreesfuerzo en su puesto de trabajo. Consultó el día anterior en urgencias, donde fue dada de alta con el diagnóstico de dorsalgia mecánica y tratamiento analgésico.
El día de hoy presenta astenia y disnea progresiva, seguidas de pérdida de conocimiento.
Antecedentes personales:
No hábitos tóxicos. Síndrome facetario lumbar. Intervenida de apendicectomía y prótesis mamarias bilaterales.
En tratamiento con Mirtazapina 15 mg y anticonceptivos orales.
Exploración Física:

- Presión arterial: 120/92 mmHg, frecuencia cardíaca: 120 lpm, frecuencia respiratoria: 32 rpm, Saturación de oxígeno: 74%, Glucemia capilar: 181 mg/dl.
- Consciente, sudorosa. Taquipneica en reposo con oxigenoterapia con reservorio al 100%. Palidez mucocutánea.
- Auscultación cardiopulmonar: taquicardia rítmica. MV disminuido de manera generalizada.
- Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Minutos después de su ingreso, la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de resucitación cardiopulmonar e intubación orotraqueal. Tras cuatro minutos en asistolia, se logra recuperación con ritmo sinusal a 130 lpm. Se realiza ecocardiograma de urgencia, que muestra dilatación severa de ventrículo derecho, lo que, en el contexto clínico, orienta a un tromboembolismo pulmonar masivo. Se inicia trombólisis con rTPA e ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para manejo avanzado.
Pruebas Complementarias:

- Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal con ondas T negativas de V1 a V4.
- Analítica sanguínea:

- Dímero D 17500.
- Troponina 96.
- Gasometría arterial con hipoxemia severa e hipocapnia. Lactato de 4.2.

- Tomografía computarizada (TC) de tórax de alta definición: Defectos de repleción hipodensos en ramas de arteria pulmonar para ambos lóbulos inferiores, compatibles con tromboembolismo pulmonar bilateral. Se evidencian signos de sobrecarga de ventrículo derecho.
- TC cerebral: En la región temporal izquierda se observa área hipodensa de bordes parcialmente bien definidos, sugestiva de infarto isquémico en fase subaguda.
- Ecocardiograma transtorácico: Se objetiva foramen oval permeable.

Tratamiento:
1. Oxigenoterapia de alto flujo inicialmente y posterior intubación orotraqueal dada mala evolución.
2. Trombólisis con rTPA ante sospecha de tromboembolismo pulmonar masivo con inestabilidad hemodinámica.
3. Anticoagulación posterior con heparina de bajo peso molecular, seguido de anticoagulación oral.
4. Estudio de trombofilia y evaluación de riesgo embólico por ictus isquémico.

CONCLUSIONES

La paciente presenta un tromboembolismo pulmonar bilateral masivo que se manifiesta con síncope, disnea severa e hipoxia, evolucionando a parada cardiorrespiratoria. La presencia de dilatación severa del ventrículo derecho en el ecocardiograma y el TC de tórax confirmaron el diagnóstico, justificando la necesidad de trombólisis urgente.
La detección de un foramen oval permeable sugiere un posible fenómeno embólico paradójico, lo que podría explicar la aparición de un accidente cerebrovascular subagudo. Este mecanismo ocurre cuando un trombo venoso, en lugar de filtrarse a través de los pulmones, pasa a la circulación arterial a través del foramen oval permeable debido a un cortocircuito derecha-izquierda, alcanzando arterias cerebrales y provocando un ictus isquémico. La identificación de este defecto interauricular es fundamental, ya que puede modificar la estrategia terapéutica a largo plazo, incluyendo la posibilidad de cierre percutáneo del foramen oval en pacientes con alto riesgo de embolismo paradójico recurrente.
Este caso enfatiza la necesidad de sospecha clínica temprana en pacientes con disnea y factores de riesgo tromboembólico, así como la importancia de una evaluación integral para evitar diagnósticos erróneos y retrasos en el tratamiento.

P. #294

RASH FACIAL QUE NO MEJORA

Nuria Pérez Ortiz, Patricia Alva García, María Jesús Estévez Rueda, Roberto José Penedo Alonso
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y diabetes que acude a urgencias por cuadro de 10-15 días de evolución consistente en eritema y edema facial, en escote y orejas que no ha mejorado tras administración de prednisona y antihistamínico durante 3 días pautado por su médico de familia. Refiere mejoría parcial con corticoterapia durante las 2 horas siguientes a la administración. Además, refiere que al realizar esfuerzo nota aumento de la percepción de las pulsaciones en el cuello. No fiebre. No odinofagia ni otros síntomas.
Exploración física: Estable clínica y hemodinámicamente. Edema palpebral y facial, eritema en cara y el cuello. No presenta edema de úvula. No lesiones en mucosas ni en otras localizaciones. No adenopatías. No bocio. Auscultación cardiopulmonar normal. No dolor abdominal. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.
Se solicita radiografía de tórax donde se aprecia masa en lóbulo superior derecho que colapsa todo el pulmón, compatible con probable síndrome de vena cava superior (SVCS).
Evolución: El paciente ingresa en Neumología. Se realiza TC tóraco-abdominal en el que se observa una masa de 61 x 50 mm en lóbulo superior derecho que invade ampliamente la pleura paramediastínica derecha, la vena cava superior y una rama subsegmentaria de la arteria pulmonar derecha. También se realiza TC craneal en el que no se evidencian lesiones. Se realiza biopsia con diagnóstico de carcinoma de células pequeñas.
Es valorado por Oncología Médico a que inicia tratamiento quimioterápico con caroboplatino y etoposido.
Se coloca catéter midline hasta línea media clavicular por síndrome de vena cava superior. El paciente presenta mejoría y se decide alta para continuar estudio (PET-TC) y seguimiento por Oncología.
Juicio clínico: Carcinoma de pulmón de célula pequeña T4N2Mx pendiente de PET/TC. SVCS en el contexto de lo previo

CONCLUSIONES

El SVCS es el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior hacia la aurícula derecha. La causa más común son las neoplasias, cómo el cáncer de pulmón y el linfoma. La clínica se caracteriza por la disnea y la triada clásica de edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral tóraco-braquial. Para su diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y las pruebas de imagen como la radiografía de tórax o el tac.
El tratamiento ha de iniciarse los más precoz posible, basándose en el alivio sintomático y tratamiento del proceso maligno primario. Se suele utilizar diuréticos tipo furosemida, (aunque estos están cada vez más discutidos), para reducir el edema y corticoides a dosis altas para reducir la inflamación
Como medidas paliativas está el empleo de stents y prótesis de metal autoexpandibles que se colocan con anestesia local y bajo control radiológico.

P. #298

UNAS VACACIONES DIFERENTES

Laia Llaberia Declara, Alba Lucena Gaspar, Raquel Palomares Bonet
Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 53 años con antecedentes de neumonía adquirida en la comunidad 15 años atrás y fiebre Q, fumador de 10 paquetes/año, que estando de vacaciones en un hotel, inicia cuadro de fiebre, disnea y tos con expectoración de 4 días de evolución. Acude a urgencias de nuestro centro por persistencia y empeoramiento de la clínica, a su llegada se encuentra estable hemodinámicamente con leve desaturación (saturación de oxígeno en sangre (SatO2) 94% con frecuencia respiratoria (FR) 18rpm) y en la auscultación pulmonar destacan crepitantes de predominio izquierdo. Se orienta como probable cuadro infeccioso, iniciándose tratamiento broncodilatador con nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio y cobertura antibiótica con ceftriaxona 2g ev y azitromicina 500mg ev, según protocolo hospitalario. Pruebas complementarias con radiografía con infiltrado intersticial bilateral y analítica con PCR 68,9mg/dL, procalcitonina 32,8ng/mL, sin leucocitosis, pero insuficiencia renal aguda con filtrado glomerular 40mL/min sin acidosis metabólica asociada; antigenúria positiva por legionella. Posteriormente a las nebulizaciones, el paciente inicia cuadro de descompensación con desaturación a SatO2 90%, aumento de FR 30rpm, pico febril 39ºC y broncoespasmo a la exploración; si intensifican las nebulizaciones, asociados también furosemida ev y se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). EVOLUCIÓN. Se inicia oxigenoterapia con alto flujo, se amplia estudio con ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo 65% sin disfunción de contractilidad ni disfunción valvular; presenta evolución tórpida con necesidad de ventilación mecánica, colocación en prono y finalmente derivación a hospital de primer nivel para oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).

CONCLUSIONES

La legionella es una enfermedad infecciosa de declaración obligatoria, que afecta principalmente a nivel pulmonar, con clínica leve o moderada en la mayoría de los afectados inmunocompetentes. Este caso es especial por tratarse de una excepción a la norma, dado que el paciente tuvo una evolución tórpida y grave de la enfermedad, que nos hace pensar que en nuestra profesión no debemos dar nada por hecho y siempre tenemos que vigilar cada paciente de forma estrecha, anticipándonos al siguiente paso que pueda presentarnos.

P. #334

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMINIDAD. UNA PATOLOGÍA FRECUENTE QUE NO DEBEMOS BANALIZAR

José Manuel García Álvarez[1][2], Licet Rosado Mena[2], Alfonso García Sánchez[3]

1. Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca, España
2. Centro de Salud de Calasparra, Calasparra, España
3. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 72 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril, hipercolesterolemia en tratamiento con Rosuvastatina, e insomnio en tratamiento con Lormetazepam que acude a la puerta de urgencias del hospital por presentar fiebre termometrada en domicilio de hasta 38 °C, tos productiva con esputo verdoso y disnea progresiva de 72 horas de evolución. La paciente refiere que en las últimas 24 horas ha notado un empeoramiento clínico significativo con aparición de dolor torácico de tipo pleurítico en el lado derecho, que se incrementa con la tos y con la respiración profunda. Además, refiere que presenta astenia generalizada. Niega tabaquismo activo tanto en el momento actual como en el pasado. No refiere ninguna otra sintomatología sobreañadida. En la exploración física exhaustiva por aparatos y sistemas realizada a la paciente se observa temperatura ótica de 38,5 °C, taquipnea (frecuencia respiratoria de 31), tensión arterial de 165/98 mmHg, frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto y saturación de oxígeno de 89% respirando aire ambiente. En la auscultación pulmonar se detectan estertores en la base del pulmón derecho, junto con disminución de los ruidos vesiculares en dicha zona. Se realiza una radiografía de tórax posteroanterior y lateral que muestra una consolidación alveolar en la base del pulmón derecho con claros signos de atelectasia no presente en radiografías previas recientes. Se realiza una analítica de sangre (bioquímica, hemograma y coagulación) y de orina en la que destaca leucocitosis con neutrofilia y una proteína C reactiva (PCR) elevada con procalcitonina negativa. Se solicitan hemocultivos y cultivo de esputo. La prueba de detección antígeno urinario para Streptococcus pneumoniae y Legionella son negativos, lo que nos orienta hacia una neumonía adquirida en la comunidad de probable etiología bacteriana. Se realizan las escalas de Fine: Pneumonia Outcomes Research Team (PORT), Pneumonia Severity Index (PSI) y CURB-65 (confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad ≥ 65 años) y al presentar un riesgo alto se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento empírico con antibioticoterapia (amoxicilina-clavulánico 1g cada 8 horas y Azitromicina 500mg cada 24 horas) y oxigenoterapia.

CONCLUSIONES

En este caso presenta un cuadro típico de neumonía adquirida en la comunidad, con fiebre, tos productiva, disnea y dolor torácico de características pleuríticas. Su presentación clínica con una consolidación en la base pulmonar derecha en la radiografía de tórax, junto con los hallazgos de leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, apoyan el diagnóstico de neumonía bacteriana. El tratamiento empírico con antibióticos adecuados para cubrir los patógenos más comunes en la neumonía adquirida en la comunidad es esencial para mejorar el pronóstico. Aunque los hemocultivos y las pruebas de antígenos urinarios resultaron negativos, la terapia inicial con amoxicilina-clavulánico y azitromicina se ajusta a las guías de tratamiento para el neumococo, considerando la presentación clínica y la gran prevalencia de este patógeno en infecciones respiratorias adquiridas en la comunidad. Este caso destaca la gran importancia de la atención precoz y el diagnóstico temprano en la puerta de urgencias hospitalaria, ya que las neumonías en pacientes ancianos pueden evolucionar rápidamente y llevar a complicaciones graves si no se manejan adecuadamente. Además, resalta la importancia de la evaluación clínica inicial junto con las pruebas complementarias básicas como la radiografía de tórax, que sigue siendo en la actualidad una de las herramientas clave para realizar el diagnóstico de la neumonía. El manejo que se realiza de la neumonía adquirida en la comunidad debe ser adecuado a la gravedad del caso y el tratamiento debe ser intensivo para prevenir las posibles complicaciones graves.

P. #347

ESPONDILODISCITIS OCULTA POR CUTIBACTERIUM ACNES

Valeria Acosta Ojeda, Cristina Pérez Alonso, Katherine Viera Machin, Christian Adolfo Cacho Vergara

Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrin, Las Palmas, España

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente de 59 años, que presenta como antecedentes de interés una intervención hace dos meses de una fistula interesfinteriana baja con buena evolución y resolución, que acude en múltiples ocasiones al servicio de urgencias por dorsalgia persistente, con evolución tórpida y diagnóstico final de espondilodiscitis oculta por Cutibacterium acnes sin foco primario.
Motivo de consulta
Dorsalgia de 2 meses de evolución, de inicio insidioso, que se exacerba con los movimientos y la inspiración profunda, en algunas ocasiones acompañada de disnea.

HISTORIA CLÍNICA

El paciente realiza múltiples consultas a urgencias por dolor dorsal de difícil manejo, inicialmente tratado con antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, con alivio parcial pero sin resolución.

- Primera consulta: Se diagnostica como dorsalgia mecánica. Se inicia tratamiento sintomático.
- Segunda consulta: Persistencia del dolor y primer pico febril (38.4°C). Se realiza analítica destacando proteina C reactiva 96 mg/L y procalcitonina 0.7 ng/mL. La función renal y el perfil hepático son normales. Se solicitan radiografías dorsales, sin hallazgos sugestivos de fracturas ni espondilodiscitis. Se decide realizar interconsulta a reumatología, que recomienda continuar con antiinflamatorios y analgésicos, con cita de control en una semana.
- Evolución: El paciente no acude a la consulta de revisión programada. Y ante la persistencia del dolor, decide realizarse una resonancia magnética de columna dorsal por vía privada, que reporta como edema discal y de somas T8-T9 con herniaciones intraesponjosas asociadas. No colecciones ni abscesos. Con cambios degenerativos, sin diagnóstico concluyente.

Reevaluación en Urgencias y Diagnóstico Final
Dos meses después, consulta nuevamente por persistencia del dolor, que ha evolucionado a un patrón urente en cinturón. Refiere aumento del dolor con la inspiración y los movimientos, sin nuevos episodios febriles. La exploración física muestra apofisalgia a nivel de T8-T9 con dolor a la palpación paravertebral dorsal y contractura muscular local.
Dado el tiempo de evolución y la mala respuesta al tratamiento, se realiza interconsulta a neurocirugía. Se decide revisar inicialmente por los radiologos del hospital de referencia, la resonancia magnética realizada en la privada, donde se evidencia un proceso infeccioso vertebral en T8-T9 (edema de cuerpos vertebrales asociado a desestructuración de ambos platillos).
Se indica toma previa de muestra vertebral para biopsia transpedicular izquierda de T8-T9, con inicio de tratamiento empírico intravenoso y colocación de un corsét rígido.
El cultivo del aspirado y la biopsia ósea confirman infección por Cutibacterium acnes. Se completa el esquema de antibióticos inicialmente intravenosos. El paciente presenta buena evolución, por lo que continúa con tratamiento antibiótico oral y uso del corsé, con resolución del cuadro tras seis meses de seguimiento. Actualmente, esta pendiente de resonancia pélvica para valorar si presenta alguna colección profunda no drenada en la intervención de la fistulotomía como foco del cutibacterium acnes.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de sospechar espondilodiscitis en pacientes con dorsalgia persistente, especialmente cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento convencional. La espondilodiscitis por Cutibacterium acnes es un patógeno poco frecuente en infecciones vertebrales, de crecimiento lento y con manifestaciones clínicas atípicas. El diagnóstico temprano mediante resonancia y biopsia es fundamental para evitar complicaciones y optimizar el tratamiento antibiótico. Por lo que el diagnostico temprano y un tratamiento antibiótico dirigido pueden prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico.

P. #352

DOCTORA, ¡MIRE CÓMO SE ME HA PUESTO EL CUELLO!

Marina Sobreviela Albacete, Eva Pérez Valle, Laura Viaño Iglesias, Irene Inglés Mancebo, Ana Herrera Marinas, Rocío Ibáñez Del Castillo

Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por edema e inflamacion en cuello. La paciente asociaba fiebre y dolor en dicha localización. Había acudido el día anterior a otro hospital público de la comunidad, donde le valoró cirugía maxilofacial, dándole el alta sin tratamiento.
Tras exploración física en urgencias, objetivándose importante tumefaccion desde ángulo mandibular izquierdo a región cervical lateral, asi como saturación de oxígeno y auscultación pulmonar sin alteraciones, se solicita valoración por otorrinolaringología (ORL), quienes solicitan TC de cuello y PAAF, así como serologías.
El resultado del TC indica "parotiditis izquierda de probable etiología infecciosa que asocia adenopatías laterocervicales de aspecto reactivo. No se observan colecciones organizadas".
La paciente fue ingresada a cargo de ORL, con juicio clínico: parotiditis de probable etiología viral. Fue dada de alta al día siguiente.
Volvió a consultar por mal control del dolor al día siguiente, y se consultaron resultados de serologías: Bartonella IgG positivo, IgM negativo.
En cuanto a la PAAF, el resultado reza: "presencia de población linfoide polimorfa sin necrosis de granulomas". Se descartaba patología tumoral. Se inicio tratamiento con azitromicina, sospechándose enfermedad por arañazo de gato (presunción por serología compatible, clínica compatible y antecedente epidemiológico: la paciente convivía con 4 gatos).
Un mes después, la paciente acude a revisión con práctica resolución completa del cuadro clínico y se le da el alta.

CONCLUSIONES

Cuando algo te llame poderosamente la atención, y no consideres que tenga una evolución clínica dentro de lo habitual, probablemente sea porque hay que ahondar un poco más en el caso. Una parotiditis vírica, al uso, no suele generar tumefacciones como la de esta paciente. Por tanto, quizá se tenia que haber planteado desde el principio iniciar cobertura antibiótica, aunque fuese, de manera profiláctica, además de no dar de alta de manera tan precoz.

P. #362

TROMBOSIS FEMOROILIACA EXTENSA HASTA VENA CAVA INFRARRENAL EN PACIENTE CON AGENESIA/ HIPOPLASIA DE VENA CAVA INFERIOR: UN CASO A CONSIDERAR

Judith Banegas García, Emma Picart Puertas

Clínica Girona, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
Paciente mujer de 19 años sin alergias medicaentosas, fumadora ocasional social y uso de anillo vaginal como anticonceptivo (Ornibel 0,120/0,015mg Etonogestrel y etinilestradiol)
MOTIVO DE CONSULTA:
La paciente reconsulta en nuestro servicio de urgencias después de haber sido atendida dos días antes por dolor lumbar de pre demonio izquierdo de 24h de evolución, orientándose el quadro clínico como lumbalgia y altando a la paciente con reposo, calor local y naproxeno cada 12h.
Reconsulta 2 días después por persistencia del dolor lumbar ahora irradiado a extremidad inferior Izquierda (EII) asociado a inflamación y edema de dicha extremidad.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Destaca tonos cardíacos rítmicos, pulsos presentes y simétricos, EII con tumefacción a lo largo de toda la extremidad i leve eritema en muslo anterior, con leve aumento de temperatura. Dolor a la palpación de la zona.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
En analítica no presenta leucocitosis ni neutrofília, PCR 23,01 mg/L y Dímero D 2,11 ug/ml.
ECG con ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización, sin signos de sobrecarga derecha.
Se le realiza una ecografía doppler venosa de EII observando trombosis oclusiva de la femoral común y la ilíaca eterna, y trombosis no oclusiva de la bifurcación ilíaca. Aconsejando completar estudio con TAC.
El estudio con TAC abdominopélvico concluye ausencia de flujo en vena iliaca externa y común izquierda y en venas lumbares distales izquierdas compatible con trombosis. También se observa trombosis de la vena ilíaca común derecha y Vena Cava Inferior (VCI). Venas lumbares derechas y izquierdas (craniales a L3) y con aumento de flujo en vena ácigos por retorno venoso a través del sistema ácigos. Venas renales permeables y VCI hepática con flujo.
DIAGNÓSTICO:
Se diagnostica de trombosis femoroiliaca extensa hasta cava infrarrenal, se ingresa en nuestro servicio de medicina interna con heparina de bajo peso molecular (HBPM).
Dada la extensa trombosis, se contacta con el servicio de medicina interna de hospital de tercer nivel para valorar tratamiento por radiología intervencionista.
EVOLUCIÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL:
En el hospital de tercer nivel, radiología intervencionista se revisa las imágenes del TAC realizado en nuestra clínica observando agenesia / hipoplasia VCI a nivel infra-renal con importante circulación colateral por territorio lumbar (actualmente

trombosado).
Dado que es el primer episodio de TVP en la paciente, sin antecedentes familiares conocidos y con el tratamiento anticonceptivo con anillo vaginal como único factor de riesgo conocido, finalmente deciden mantener tratamiento con HBP; a dosis plenas ajustadas a su peso sin complicaciones hemorrágicas asociadas durante el resto del ingreso.
Inicia deambulación por planta bien tolerada, con media compresiva durante el día. No presenta clínica de trombo embolismo pulmonar asociada, ni otra complicación postrombótica durante el resto del ingreso.
Dada la estabilidad de la paciente se decide alta domiciliar i control ambulatoria en consultas externas con INNOHEP 8000; 1 inyectable subcutáneo cada 24h hasta la visita de control junto con media compresiva fuerte durante el día que puede retirar por la noche.

CONCLUSIONES

Este caso clínico revela la importancia de sospechar TVP en jóvenes con dolor lumbar atípico, especialmente cuando asocian edema y inflamación de la extremidad inferior.
Aunque el único factor de riesgo fue el uso de anticonceptivos, el hallazgo de agenesia / hipoplasia de la VCI sugiere una predisposición anatómica a la trombosis extensa.
El manejo multidisciplinar permitió una estrategia terapéutica individualizada basada en la anticoagulación con HBPM y seguimiento ambulatorio.
A pesar de la extensión de la trombosis, la evolución de la paciente fue favorable con anticoagulación plena y medias compresivas, lo que permitió la deambulación precoz y la ausencia de complicaciones tromboembólicas adicionales.

P. #371

ECHA UN VISTAZO A LA CARA Y TE AYUDARÁ

Zuriñe Nervión Macarro, Sofia Alexandra Fernández Casaña, Ainara Sánchez Fernández De Pinedo, Ander Goicoechea Zenon, Cristina Novo Armesto, Ana Romero Alonso
Hospital San Eloy, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Institucionalizada en Residencia. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria con ayuda para la comida. Deterioro cognitivo.
Antecedentes médicos: Dudoso accidente isquémico transitorio en 2005 e infecciones urinarias de repetición. Trastorno psicótico sin filiar.
Tratamiento habitual: Lactulosa suspensión al desayuno y Quetiapina 25 mg, medio comprimido a la cena.
Paciente que remiten desde la Residencia por lesiones en la mucosa oral de 4 días de evolución, sangrado de palmas y plantas y lesiones cutáneas en tórax anterior.
Como antecedentes de interés, la paciente comenzó 5 días antes tratamiento con Cirprofloxacino por Infección de orina.
No presentó fiebre en ningún momento.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Extensión de afectación cutánea: Región facial y ojos no afectados.
Orofaringe: Mucosa oral afectada, con úlceras necróticas y hemorrágicas. Sin dolor.
Tórax: Lesiones puntiformes eritematosas en el escote. No desaparecen a la vitropresión.
Palmas y plantas con lesiones similares a las del escote.
Resto de exploración sin hallazgos de interés.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica:
Bioquímica: Creatinina 0.48, TFG > 90, GOT 71, GPT 190 GGT 93, FA 85 Bilirrubina 0.7 PCR 44
Hemograma Hemoglobina 15.8 Leucocitos 7030 (Neutrofilia 83%), plaquetas 191000
Coagulación normal salvo fibrinógeno 689
Tras valoración por parte de Dermatología por consulta no presencial, impresiona de Síndrome de Steven Johnson (SSJ) secundario a la toma de Ciprofloxacino. La paciente evolucionó favorablemente tras la administración de metilprednisolona y posteriormente prednisona en pauta descendente.

CONCLUSIONES

El síndrome de SSJ fue descrito en 1922 como un eritema multiforme vesículo-bulloso de la piel que afecta a genitales, ojos y mucosas y se acompaña de fiebre .El SSJ y la necrólisis epidérmica tóxica se consideran dos variantes de una misma entidad.
Se habla de SSJ cuando se compromete menos del 10 % de la superficie corporal con máculas eritematosas o de color púrpura o lesiones en diana atípicas no palpables.
El SSJ es un proceso agudo poco frecuente con elevada morbilidad y mortalidad.

La incidencia se estima en 1 a 1.4 casos por millón de habitantes y año.
En cuanto a la etiología, se han identificado más de 200 fármacos que están implicados directamente en la aparición del cuadro cuando se utilizan de forma prolongada. Los más frecuentes son los anticomiciales aromáticos (carbamacepina, fenitoína -sobre todo combinados con radioterapia-lamotrigina, fenobarbital), AINE , betalactámicos, sulfamidas, alopurinol, terapia antirretroviral, y otros como sertralina, tramadol, macrólidos, quinolonas
La característica fundamental del cuadro son las lesiones cutáneas, máculas de color púrpura de bordes mal definidos (spots) sobre piel eritematosa, dolorosas, ampollosas o necróticas y eritema perilesional.
El signo de Nikolsky (sugestivo de esta entidad) consiste en hacer presión en el borde lateral de una lesión ampollosa desencadenando la separación de la epidermis.
Se puede confirmar con biopsia cutánea.
Ante este cuadro, siempre deberíamos de hacer diagnóstico diferencial con otras entidades: eritema multiforme, síndrome de la piel escaldada, enfermedad de Kawasaki, pénfigo paraneoplásico y eritrodermia.
Existe controversia en cuanto el tratamiento a utilizar. La suspensión temprana del medicamento causante de la enfermedad, reduce el riesgo de muerte un 30% por día.
Hay estudios que sugieren que el uso de glucocorticoides, gammaglobulinas intravenosas o tratamiento de soporte, no habiendo evidencias de la superioridad de unos sobre otros. Últimos estudios parecen aportarnos luz, en concreto, apoyan el uso de ciclosporina y abren la posibilidad de utilizar anti-TNF como una terapia prometedora.
La sospecha de este tipo de enfermedades que conllevan una alta mortalidad es primordial para poder proceder de manera rápida y evitar complicaciones graves.

P. #373

LA GRIPE Y LA IMPORTANCIA DE UNA EXPLORACIÓN FÍSICA EXHAUSTIVA

Diana Moreira Nieto, Ane Pérez Ortiz, Alejandra Lecanda Sánchez, José Andrés Aroka Montaña, María Jesús Redondo Rojo, Mónica Pérez García

Hospital San Eloy, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual:
Mujer de 29 años con cuadro de 72h de evolución de fiebre de hasta 38.5°C, mialgias generalizadas, tos productiva con esputos blanquecinos. Episodio sincopal de menos de 1 minuto de duración. La paciente no presenta alergias ni antecedentes de interés, no tratamiento habitual.
Constantes:
Tensión arterial 122/85. Frecuencia cardíaca 96 Temperatura 38.1°C. Saturación Oxígeno 98%.
Exploración física:
Buen estado general, bien perfundida, eupneica. No presenta adenopatías cervicales ni a otro nivel.
Auscultación cardiopulmonar: rítmica, murmullo vesicular conservado.
Abdomen: blando, depresible no doloroso.
Extremidades: Exantema petequial en muslo y glúteo derecho.
Pruebas complementarias:
-Test rápido Influenza B Positivo.
-RX tórax: No condensaciones de derrame pleural.
-Analítica sanguínea: Glucemia 115mg/dL, función renal e iones normales, proteína C reactiva y procalcitonina normal, Hemoglobina 13,1 g/dL, plaquetas 5000/µL, sin leucocitocitosis. Hemostasia sin alteraciones con fibrinógeno 422 mg/dL.
Diagnóstico:
Trombopenia severa inmunologica en relación a infección por Gripe B.
Actitud terapéutica y evolución:
Dexametasona 40 mg/24h iv durante 4 días, se ingresa para monitorizar hemograma de forma diaria y ver evolución. A las 24 horas comienza con sangrado a nivel de encías de mucosa oral, se realiza control analítico con plaquetas de 7000/µL, se indican enjuagues bucales con Tranexámico cediendo el sangrado. La paciente es dada de alta tras 4 días de ingreso con plaquetas de 35000/µL sin complicaciones posteriores.

CONCLUSIONES

-La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) se caracteriza por una destrucción acelerada de plaquetas unida a un déficit de su producción.
-La prevalencia es de <5 casos por cada 10.000 habitantes, es considera una enfermedad rara. -La distribución de la PTI en adultos es bimodal, con un pico en adultos jóvenes (predominantemente mujeres) y una incidencia mayor en ancianos (afectación similar en ambos sexos).
-La OMS recomienda hospitalización cuando el recuento plaquetario es menor de 20.000/µL
-La tasa de hemorragias graves se incrementa con la edad,

siendo del 0,4% en adultos menores de 40 años y del 13% en mayores de 60. Los pacientes con PTI también tienen mayor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) y de trombosis arterial.
-El tratamiento corticoideo es el tratamiento de primera línea, y se puede repetir hasta un máximo de 3 ciclos. Como elección Dexametasona 40mg/día, durante 4 días, cada dos semanas hasta un máximo de 30 ciclos. Alternativa Prednisolona a dosis mg/kg/día (máx 80mg/día, tiempo máximo 3 semanas).
-En el caso de aparición de sangrado no mucocutáneo o no respuesta a los corticoides, se pueden utilizar inmunoglobulinas (Ig) por vía intravenosa: 1 g/kg de Ig i.v. durante 1 o 2 días, como dosis única, repetida según sea necesario en función de la respuesta plaquetaria. En pacientes >65 años, inicio con dosis 0,4 g/kg durante 3-5 días.

- En general, no está indicada la transfusión de plaquetas en PTI. Sin embargo, en pacientes que presenten un sangrado que suponga un compromiso vital, se pueden transfundir plaquetas y valorar el inicio de agonistas del receptor de la trombopoyetina.
- La trombocitopenia es una complicación común de la infección por el virus de la influenza y su gravedad predice el resultado clínico de los pacientes en estado crítico. Las causas subyacentes siguen sin comprenderse completamente. Estudios publicados sugieren que esta trombocitopenia se explica por una respuesta inmunitaria innata temprana de las plaquetas en el tracto respiratorio superior, que consiste en la absorción de las partículas del virus de la gripe por parte de las plaquetas, que después se eliminan vía hepática. La fagocitosis del virus de la influenza por las plaquetas puede desempeñar un papel importante en la aparición de trombocitopenia durante la infección por influenza y puede ser un mecanismo de eliminación del virus durante la infección.

P. #374

TRAUMATISMO TROMBÓTICO

Lucía Ros Dopico, Juan Martín Pilares Barco, Pablo Rodríguez Fuertes, Belén Tortajada Hernández
Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años que acude a consulta del Traumatólogo por dolor, edema y eritema en tobillo izquierdo de dos días de evolución.
Como antecedentes personales cabe destacar una cirugía con sutura del tendón de Aquiles tras ruptura, con solución completa de la continuidad 2 meses antes.
Tras la misma estuvo inmovilizada durante 6 semanas, a partir de la 7ª semana comenzó a deambular con carga progresiva en el pie izquierdo.
Fumadora de 2 cigarrillos a la semana (fumadora social). Actualmente en tratamiento con anticonceptivos orales.
El dolor en la pantorrilla derecha comienza 2 meses después de la cirugía, aparentemente con buena evolución, inicialmente se observó eritema asociando aumento de temperatura y volumen del mismo. No presenta fiebre, disnea, mareo ni ninguna otra sintomatología asociada.
En cuanto a la exploración física se evidencia eritema pericicatricial, doloroso a la palpación, asociado a aumento de temperatura y volumen. No secreción purulenta.
Acude a su traumatólogo que, tras realizar la historia clínica y la exploración física, hace un diagnóstico de Infección de herida quirúrgica y coloca antibiótico de amplio espectro. Sin embargo, pasados 5 días el dolor se incrementa motivo por el cual decide acudir al servicio de urgencias.
En la valoración inicial en Urgencias, importante tumefacción de tobillo izquierdo, calor local, eritema y palpación de cordón venoso a ese nivel.
En analítica leucocitosis sin neutrofilia, 11,200 leu/c; PCR:20 y Dímero D de 480. Ante sospecha de trombosis Venosa superficial, a pesar de normalidad de Dímero D, se solicita Ecografía Doppler de Miembros inferiores evidenciando trombosis venosa a nivel de femoral común y Safena Mayor mayores de 5 cm y adyacente al cayado.
Se realiza diagnóstico de Trombosis venosa superficial concomitante a una trombosis venosa profunda. Se inicia tratamiento con Heparina de bajo peso molecular y medias de compresión.
Se realiza control posterior ecográfico a los 3 y a los 6 meses, donde se evidencia recanalización de flujo del sistema venoso.

CONCLUSIONES

- Realizar un diagnóstico temprano adecuado, siendo importante la sospecha clínica y la evaluación de antecedentes patológicos.
- En el momento del diagnóstico de una TVS, el 25% de los pacientes presentan una TVP y un 4% una embolia pulmonar concomitante. En el 15% restante, se desarrolla una TVP con el paso del tiempo.
- Es preciso conocer y estar actualizados con los protocolos y guías de manejo establecidos en función de la evidencia, de cara a optimizar nuestros tratamientos y conseguir mejores resultados a corto y largo plazo.

P. #376

CERVICOBRAQUIALGIA SUBAGUDA

Gorka Gómez Terrazas, Amaia Gañán Lafuente, Natalia Beatriz Mena Casado, Lucía López Gómez, Marina Pulgar Feió
Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Exfumador de 1 paquete diario hasta hace unos meses
HTA
EPOC moderado sin seguimiento
Carcinoma in situ en cuerda vocal derecha en 2014, libre de enfermedad
Tratamiento habitual: enalapril 20mg/24h, tramadol/paracetamol 37,5/325mg 1/8h, pregabalina 75mg/12h
MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 67 años con cervicobraquialgia de 3 meses de evolución, realizándose RM hace dos meses con "cervicoartrosis que condiciona importante estenosis de canal en C5-C6 y moderada en C4, D5 y C6-C7 y estenosis foraminal múltiple, la más severa en C4-C5 y C5-C6 derechas".
Acude hoy a Urgenciaspor pérdida de fuerza en dedos de mano derecha de unas 24h que se acompaña de tumefacción a nivel de la muñeca derecha y la mujer refiere que le ve la cara y el cuello más edematosos. Refiere también cambios en la voz notandola más "gangosa". Pendiente de valoración por la Unidad del dolor.
A la exploración física destaca constantes en rango. Buen estado general.
Ptosis en ojo derecho, edema facial sin ingurgitación yugular, edema en antebrazo y mano de extremidad superior derecha.
Auscultación pulmonar con algún crepitante aislado en ápex derecho.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica: hemograma sin alteraciones, ionograma en rango con LDH 657U/L, no coagulopatía
Rx tórax: engrosamiento hiliar y ocupación en lóbulo superior derecho
TC tórax: masa mediastínica hiliar derecha de aspecto infiltrante que desplaza la tráquea, colapsando su luz, infiltra la pared esofágica. Infiltra de forma prácticamente completa a la vena cava superior, que presenta morfología filiforme hasta la desembocadura de la vena innominada, e infiltra la vena subclavia derecha, la cual se encuentra trombosada, justificando el edema de brazo descrito, y pudiendo ocasionar también síndrome de vena cava superior. Además presenta voluminosas adenopatías subcarinales cervicales derechas y axilares. Sugiere como primera posibilidad neoplasia de pulmón estadio T4 N3.
AP broncoscopia: carcinoma de células pequeñas ("oat cell") estadio cT4N3M1c positivo para TTF1, cromogranina (parcheada), sinaptofisina (parcheada) e ISNM1.
EVOLUCIÓN
Se orientó como síndrome de vena cava superior secundario a un carcinoma de células pequeñas ("oat cell") estadio cT4N3M1c.
Durante su estancia en Urgencias se inició tratamiento esteroideo y anticoagulación con HBPM. También se coordinó la actuación entre Radiología Intervencionista y Oncología Radioterápica para colocación de stent desde la vena innominada hasta la cava superior y, posteriormente, iniciar radioterapia descompresiva.
En planta se completó el estudio con broncoscopia+BAG, PET-TC y RM cerebral. Tras el diagnóstico, el paciente siguió tratamiento con carboplatino AUC4 + etopósido.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN
Una de las principales funciones de los médicos de Urgencias es coordinar otros servicios de cara a acelerar y optimizar el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías. Además, es clave establecer un correcto diagnóstico diferencial y descartar determinadas patologías que puedan ser menos probables pero potencialmente graves, como el caso actual de una neoplasia pulmonar con clínica compresiva.

P. #378

¿HERPES LABIAL O HAY ALGO MÁS?: ERITEMA MULTIFORME MAYOR

Cristina Ballesteros Molina, María Lina Cueto Avellaneda, Ana De Jesús Valverde Prados, Almudena Román Serrano, Elena Torres Sánchez

Hospital Virgen de los Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 30 años, sin antecedentes personales de interés. Fumador y bebedor esporádico, sin otros hábitos tóxicos. No toma medicación habitual.
El paciente consulta en el SUH por lesiones en la piel, muy eritematosas , pruriginosas y generalizadas, que aparecieron ayer por la noche.
Hace 3 dias consultó en nuestro servicio por odinofagia y fiebre con diagnóstico de amigdalitis aguda al alta, indicándole tratamiento con amoxicilina clavulánico y paracetamol.
Ayer consulta en urgencias del centro de salud tras la aparición de unas lesiones cutáneas, pautándole tratamiento sintomático con un antihistamínicos tipo loratadina.
Hoy consulta en nuestro servicio de urgencias por empeoramiento de las lesiones, haciéndose más generalizadas y pruriginosas, incluso dolorosas, a pesar de estar tomando el tratamiento prescrito la noche anterior, persistencia de la fiebre, malestar general, y artralgias.
El paciente niega consumo de tóxicos y productos de herbolarios. No aplicación de cosméticos. No exposición solar reciente. No traumatismos ni picaduras de insectos. No toma de fármacos.
Cuando el paciente es valorado en consulta, presenta regular estado general, muy afectado por el intenso prurito .
Estable hemodinámicamente. Eupneico, sin compromiso de la vía respiratoria, saturando al 98% basal.
TA:135/70, FC: 75 lpm. Afebril en este momento.
En la exploración, presenta auscultación cardio respiratoria normal. No se palpan adenopatías cervicales.
Abdomen: blando, depresible, no distendido, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias.
Presenta lesiones cutáneas, muy eritematosas, en forma de diana, con una parte central más oscura y bordes difusos, rodeadas por un área más pálida y una capa externa rojiza, de distribución simétrica, afectando a manos, pies, extremidades, parte superior del cuerpo , además de zona facial y genitales. Destaca la afectación de mucosa oral, aunque sin afectación ocular, y la presencia de un exantema vesicular a nivel de comisura labial compatible con un herpes simple labial.
En la analítica extraída en urgencias, se observa 18.900 leucocitos, 95% PMN, sin eosinofilia, función renal y hepática normal. PCR: 140 mg/L, PCT: 1,2 ng/mL. No coagulopatía. Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones.
El paciente pasa a Observación para control de la sintomatología y para valorar la evolución clínica. Se pautan corticoides vía sistémica y antihistamínicos, además de aciclovir via oral.
Dada la sintomatología del paciente y la extensión de las lesiones, se decide ingreso en Dermatología.
Durante el ingreso, se completa estudio, extrayendo analítica con perfil de autoinmunidad, descartándose Lupus eritematoso sistémico, y otras enfermedades autoinmunes, como el pénfigo.
Se extraen serologías donde se confirma la presencia de Ig M e Ig G para VHS tipo I, siendo resto de serología normal.
Se realizan pruebas de alergia, usando pruebas de parche con extractos de sustancias potencialmente alergénicas, siendo negativas también, descartando así dermatitis de contacto alérgica.
Finalmente se completa estudio con una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico.
El paciente es dado de alta 8 días después tras mejoría de las lesiones, y control de los síntomas.
Se cita en consulta de revisión una semana después, donde se valora resultado de la biopsia cutánea, obteniéndose en el examen histológico, un daño de la epidermis y una infiltración de linfocitos, que confirma el diagnóstico de sospecha: Eritema multiforme mayor desencadenado por una infección por VHS.
Pasadas unas semanas, el paciente se recupera de todas las lesiones sin apenas secuelas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del eritema multiforme mayor es clínico y se basa en la historia médica y el examen físico. En algunos casos, puede ser necesario realizar pruebas adicionales para identificar posibles causas subyacentes y diferenciarlo de otras enfermedades de la piel con lesiones similares.
El pronóstico depende de la rapidez con que se identifique y trate la causa subyacente.

P. #384

TUBERCULOSIS EN PACIENTE PROCEDENTE DE ZONA CON INCIDENCIA EN AUMENTO. LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA COMLETA ANAMNESIS PARA PODER SOSPECHARLA

Lucía Sánchez Rodríguez[1], Fátima Tárraga Galdón[2], Marta Reyes Álvarez[2], Adoración Peláez Tercedor[2]

1. Ponente, Santa Fe, España
2. Ponente, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 44 años, de origen marroquí pero residente en España desde hace más de 30 años, que es valorado inicialmente en urgencias un mes antes, por fiebre de hasta 38°C, tos y expectoración. Tras realizarle estudio radiológico con equipo portátil se aprecia condensación en lóbulo superior derecho (imagen 1) y se intuye lesión circular adyacente a la misma tratándose como una neumonía con cefditoreno 200 mg cada 12 horas durante 14 días, prednisona, symbicort y carbocisteína. Debido a la evolución tórpida, acude de nuevo 15 días después a su Médico de atención primaria que le pautó azitromicina.

Posteriormente, acude a nuestro servicio por persistencia de la clínica y fiebre de hasta 38.5°C de predominio vespertino. Al hacer hincapié en la anamnesis, refiere que en vacaciones había pasado un mes en Marruecos, su país de origen visitando a la familia. Menciona que, desde hace dos meses, presentaba dorsalgia y dolor costal, disnea y fiebre de hasta 38,5°C de predominio vespertino y pérdida ponderal no cuantificada. Niega ambiente epidémico conocido de tuberculosis. Desde urgencias se le realiza analítica con resultado anodino, y radiografía de tórax (imágenes 2 y 3) en la que se evidenciaba caverna.

Se extraen serologías de VIH negativo, lúes negativo, VHB antiHBs positivo, VHC negativo que resultaron negativas, Bacilo de Koch en esputo positiva. PCR Mycobacterium tuberculosis positiva, sin resistencias genotípicas a rifampicina, isoniazida, fluorquinolonas ni aminoglucósidos.

Pasó a cargo de enfermedades infecciosas donde permaneció ingresado y se le realizó TAC de tórax (imágenes 4 y 5) en el que se evidenció TBC pulmonar en LSD, con cavidad de 3.7cm y diseminación endobronquial. Sin claros hallazgos que sugieran malignidad.

Tras una semana de ingreso y evolución favorable tras iniciar Rifater ajustado a peso, dado que se pueden mantener condiciones de aislamiento respiratorio en domicilio se procede al alta.

Dos meses después se revisa en consulta, el paciente se encontraba mejor, se le realizaron baciloscopias de control que fueron negativas, y se indicó continuar con Rifinah 2 comprimidos diarios en ayunas durante 4 meses más.

Tras esos 4 meses se revisa, persiste asintomático, en estudio radiológico (imágenes 8 y 9) se evidencia resolucion de cavidad, cierta pérdida de volumen leve con atelectasia, sin aparición de nuevas lesiones y se procede al alta.

CONCLUSIONES

A propósito de éste caso, advertimos acerca de que a pesar de la presión asistencial a la que estamos sometidos en los servicios de urgencias, es necesario realizar una buena anamnesis dirigida preguntando acerca del ambiente epidémico y viajes al exranjero en pacientes con sospecha de enfermedades infecciosas.

P. #390

DOLOR GLÚTEO POSTRAUMÁTICO QUE ESCONDE PATOLOGIA INFECCIOSA

Belén Morales Franco, Daniel Lucas Aroca, Mario Aroca Lucas, Antonia María López Del Amor, Mª Josefa Turpin Ramos, Manuel Martínez Lax

Hospital De La Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 22 años con antecedentes de infección VIH en estadío A3 diagnosticada en junio 2023 con carga viral indetectable y CD4 591, relación sexual de riesgo hace 2 meses, que acude a urgencias por dolor a nivel de la nalga izquierda que asocia a caída en gimnasio hace 12 días.

A la exploración física presenta aumento del tamaño de nalga izquierda, con eritema y dolor a la palpación superficial, temperatura 37.5ºC.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina: 9.5 g/dL, Hematocrito: 28.7 %, VCM: 79.3 fL, Plaquetas: 437.0 103/uL, Leucocitos: 26.6 103/uL, Neutrófilos: 86.0, Neutrófilos: 22.9 103/uL, Linfocitos: 6.5, Linfocitos: 1.7 103/uL, Monocitos: 1.6, Monocitos: 1.6 103/uL, Eosinofilos: 0.3, Eosinofilos: 0.3 103/uL; Bioquímica : Glucosa: 93 mg/dL, Urea: 23 mg/dL, Creatinina: 0.85 mg/dL, Sodio: 136 mEq/L, potasio: 4.0 mEq/L, PCR: 24,86 mg/dL; Coagulación: INR: 1.58, Actividad de Protrombina: 46.0; Anormales y sedimentos: Densidad: 1.025, pH: 6.5, Glucosa: Normal, Nitritos: Negativo, Leucocitos: Negativo, Sangre: Negativo, Leucocitos por campo: 5-10, Hematíes por campo: 5-10; Radiografía de Tórax Sin infiltrados ni signos de derrame pleural; Ecografía POCUS (Point of care ultrasound) en la zona afectada se visualiza a nivel de la nalga izquierda una colección de líquido que mide aproximadamente 7×3 cm con contenido ecogénico y paredes irregulares; Tomografía de pelvis con contraste intravenoso: Colección intramuscular en glúteo mayor izquierdo con extensión al músculo piramidal izquierdo y al espacio pélvico perirrectal, con dos pequeñas colecciones perirrectales. Se cursan hemocultivos.

Evolución: Pasa a las camas de observación y se inicia tratamiento analgésico y antibiótico con piperazilina/tazobactam y vancomicina.

Diagnóstico principal: Miositis del glúteo mayor izquierdo con focos dispersos de abscesificación y Proctitis aguda con dos focos de absceso perirrectal y abscesos adyacentes al margen derecho del sacro (espesor de los músculos piramidal y glúteo mayor izquierdo).

Evolución: Ingresa a cargo de Medicina Interna y de Cirugía. Se practica drenaje del absceo perirrectal y la PCR del exudado es positiva para Chlamydia trachomatis serovar Ly Neisseria gonorrhoeae. La clínica y las analíticas van mejorando hasta el alta.

CONCLUSIONES

Inicialmente, se enfoca al paciente como un hematoma postraumático, por el antecedente de contusión, la exploración física compatible, la hemoglobina descendida y la febrícula, pero al recibir los resultados de la analítica que muestran leucocitosis con neutrofilia, se realiza ecografía, se solicita TAC y llegamos al diagnóstico de los abscesos.

Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum y virus del herpes simple se incluyen entre las enfermedades de transmisión sexual. De estos, C. trachomatis es el segundo agente bacteriano que causa proctitis con más frecuencia, seguido de N. gonorrhoeae. La infección rectal por C. trachomatis suele ocurrir secundaria al sexo anal receptivo, y en estos casos es mandatorio realizar un despistaje para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ya que la presencia de proctitis aumenta la posibilidad de infección por VIH.

El diagnóstico de la mayoría de las infecciones de piel y partes blandas suele ser clínico, pero en ocasiones, bien por mala respuesta al tratamiento empírico o recidiva o bien por la necesidad de un diagnóstico preciso, es necesario recurrir a estudios complementarios de imagen. La ecografía y el TAC son herramientas que facilitan discriminar abscesos de otras patologías y, junto con los resultados de las analíticas y los cultivos, permiten administrar el tratamiento idóneo.

P. #400

PARAFIMOSIS CRÍTICA. SEPSIS DE ORIGEN UROLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Begoña Llorente González, Violeta Marina Escuder González, Luis Catrain Ostáriz

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude un varón de 53 años a Urgencias por inflamación prepucial de 24 horas de evolución tras traumatismo en dicha zona en contexto de relaciones sexuales de riesgo. Niega fiebre, secreción uretral, signos de flogosis ni clínica sistémica. A la exploración llama la atención importante inflamación del prepucio, retráctil parcialmente, reductible, sin secreciones ni otra clínica. Se da de alta con diagnóstico de parafimosis traumática con tratamiento y vigilancia de signos de alarma.

Vuelve a las 12 horas por fiebre y malestar general. En este momento admite que la relación sexual fue violenta y en contexto de consumo de drogas (chemsex). Pasa a un box hemodinámicamente inestable con hipotensión de 87/57mmHg, frecuencia cardiaca de 115lpm y 38°C de temperatura. Se aprecia importante edema e inflamación a nivel escrotal y cuerpo del pene, aumento de temperatura local, úlceras exudativas en base del pene, meato uretral comprometido por edemas y secreción uretral seropurulenta. Se extrae analítica sanguínea que muestra elevación de reactantes de fase aguda con leucocitosis de 18.860 con neutrofilia 17.600 y PCR de 44.40. Se activa código sepsis con SOFA de 5 puntos (a expensas de BrT 2, Creatinina 2 e hipotensión) y se inicia sueroterapia con salino y Ringer Lactato, antibioterapia con Piperacilina Tazobactam y Clindamicina y se comenta con urología para valoración y realización de sondaje vesical. Éste solicita TAC de pelvis que evidencia edema de tejido celular subcutáneo de la bolsa escrotal, pene y pubis con una pequeña colección de 1cm peritesticular izquierda y proctitis.

Ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos precisando soporte vasoactivo y fluidoterapia con cristaloides. Se mantiene actitud expectante mejorando la función renal hasta 0.93, la hiperlactacidemia y la coagulopatía. Se cubre con Meropenem y Linezolid y se da de alta a la planta de hospitalización.

Durante el ingreso desarrolla lesiones herpéticas con impetiginización en la boca y lesiones cutáneas en brazos y cara sugestivas de MPOX. Se extrae cultivo uretral positivo para Haemophilus parainfluenzae y PCR negativa. Evoluciona desfavorablemente con formación de escara necrótica que impide la rectracción del pene, requiriendo desbridamiento quirúrgico en un primer momento y posteriormente ante mal control del dolor, se realiza cura en quirófano con desbridamiento de bordes y cierre parcial de la herida quirúrgica . A pesar de realizar curas cada 48 horas. Es valorado por Cirugía Plástica para cobertura de pérdida de sustancia, no susceptible en ese momento. Ante buena evolución de las curas se da de alta con sonda vesical.

Acude de nuevo a Urgencias en dos ocasiones: cuatro días y seis días tras el alta. En ambas acude por inflamación escrotal izquierda (donde previamente presentaba la colección paratesticular). Analíticamente presenta aumento de reactantes de fase aguda con leucocitosis y PCR 6.7. Se repite TAC de pelvis con contraste que muestra datos de mejoría del edema sin nuevas colecciones y se extrae urocultivo positivo para Klebsiella oxytoca multisensible. Se da de alta con diagnóstico de orquiepididimitis y se cubre con Amoxicilina Clavulánico. Posteriormente evoluciona favorablemente sin incidencias. Está pendiente de Cirugía Plástica.

CONCLUSIONES

La parafimosis es una patología relativamente sencilla de manejar en urgencias sin grandes complicaciones. Sin embargo, es importante indagar sobre las relaciones sexuales sin protección y el contexto y la intensidad del traumatismo para valorar las posibles complicaciones. Las infecciones de origen urológico pueden evolucionar a sepsis en solo unas horas. Este caso fue una evolución atípica de una parafimosis ya que en 12 horas desarrolló sepsis. En caso de haber indagado más sobre el mecanismo, al sospechar un traumatismo importante se podría haber extraído una analítica que evidenciara aumento de reactantes de fase aguda, sugestivos de un proceso más complicado.

P. #401

ASMA: NO SIEMPRE BAJO CONTROL. CUANDO RESPIRAR SE CONVIERTE EN UNA LUCHA POR LA VIDA

Begoña Llorente González[1], Pablo González Ruiz[2], Violeta Marina Escuder González[1]

1. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Una noche de septiembre, SAMUR trae a Urgencias a un varón de 44 años con antecedentes de asma controlada con salbutamol. Refiere disnea de tres días de evolución de predominio nocturno en relación con viaje reciente a su pueblo, con empeoramiento progresivo durante el día de la asistencia. En el último año ha precisado rescates de salbutamol con más frecuencia, sobre todo por las noches y en contexto de infecciones respiratorias, por lo que consultó a su médico de familia quien recientemente había introducido corticoide inhalado.

A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente, pero con trabajo respiratorio con tiraje abdominal y supraclavicular, saturando al 90% basal, con sibilantes dispersos bilaterales. En la unidad de Soporte Vital Avanzado se habían administrado nebulizaciones con ipratropio y budesonida. Se inicia tratamiento con nebulizaciones de salbutamol y budesonida, pero en ese momento comienza con intenso malestar, nerviosismo, agitación y empeoramiento del trabajo respiratorio y desaturación. Se administran hasta cuatro nebulizaciones de bromuro de ipratropio, una de salbutamol, una de budesonida, corticoterapia con 60mg de metilprednisolona, 200mg de hidrocortisona y 9mg de cloruro mórfico en bolos de 3mg para control de la disnea sin éxito teniendo que administrar una perfusión a 1mg/h. Se consigue extraer analítica sanguínea que muestra linfopenia y neutrofilia, PCR negativa y gasometría arterial con pH de 7.27, pCO2 48mmHg y pO2 de 85mmHg con GN a 3L, bicarbonato de 22, lactato 7.40 y exceso de bases -5; y se realiza radiografía de tórax sin infiltrados parenquimatosos.

Ante la mala evolución se comenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios que solicitan valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos. Estos indican continuar con nebulizaciones de bromuro de ipratropio horarias y salbutamol inhalado (6 inhalaciones horarias, 2 cada 20 minutos, y posteriormente 3 inhalaciones horarias). Durante la noche presenta mejoría sintomática con menor disnea y consiguiendo descanso nocturno, pero persiste con necesidades de 4L de oxígeno con saturación de 94%, taquicardia de 130lpm, tiraje abdominal y persistencia de acidosis respiratoria, a pesar de hasta ocho nebulizaciones de ipratorpio y quince inhalaciones de salbutamol en total; por lo que se comenta de nuevo con la Unidad de Cuidados Intensivos quienes indican ingreso.

Al ingreso en la UCI presenta analíticamente leucocitosis de 18.000 a expensas de neutrofilia de 16.000 y linfopenia. PCR negativa y mejoría de la gasometría arterial. Se extrae muestra de lavado nasofaríngeo para PCR múltiple siendo positiva para Human Rhinovirus. Durante el ingreso precisa pauta horaria de salbutamol e ipratropio, magnesio intravenoso, budesonida inhalada a dosis completa y corticoterapia intravenosa; además de oxigenoterapia con alto flujo por insuficiencia respiratoria global. Mejor favorablemente pudiendo desescalar tanto la oxigenoterapia, la corticoterapia y las nebulizaciones y se da de alta a la planta de Neumología donde mejoró clínica y analíticamente siendo dado de alta a los dos días con corticoterapia en dosis descendente 9 días, Relvar 99/22 mcg diarios y rescates de salbutamol con seguimiento en consultas externas con pruebas funcionales.

CONCLUSIONES

El asma es una patología respiratoria habitualmente bien controlada por los médicos de atención primaria y en consultas de neumología. Sin embargo, no hay que olvidar que se trata de una patología potencialmente mortal en agudizaciones graves como la de este caso. Está demostrado que el corticoide inhalado en los pacientes asmáticos disminuye la mortalidad y los ingresos hospitalarios. Este paciente hacía muy poco uso del corticoide inhalado y habitualmente se controlaba solo con salbutamol; lo que supuso un probable factor de riesgo para la evolución tórpida que tuvo.

P. #407

¿NO SERÁ UNA ESCROFULA?

Amaia Gañan Lafuente, Manuel Cuesta Martín, Marina Pulgar Feio, Gorka Gómez Terrazas, Lucía López Gómez, Natalia Mena Casado

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES: Mujer de 50 años, fumadora (paquetes/dia). No otros tóxicos. No broncopatía conocida. No tratamiento habitual. Trabaja: cuidadora de una anciana. No antecedentes epidemiológicos.
MOTIVO DE CONSULTA: Acude a urgencias hospitalarias por aparición de bulto en el cuello hace 1 semana. No fiebre ni dolor. No cuadro infeccioso asociado en esfera ORL ni maxilofacial. Hace 4 meses cuadro de infección respiratoria con fiebre elevada que le duró 2 semanas, no valorada por médico, resuelto sin tratamiento. Actualmente sin tos ni expectoración. No viajes.
EXPLORACIÓN FISICA: Cuello: En zona laterocervical derecha presenta tumoración de unos 3 cm, redondeada, consistencia elástica, bien delimitada, redondeada, piel sin cambios. No adenopatías a otros niveles. Auscultación pulmonar sin ruidos. Exploración ORL y resto de exploración física sin hallazgos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analitica: anemia (hb 10), linfopenia leve. Resto sin hallazgos.
Rx de torax AP y lat: Lesión cavitada de 4 cm en lóbulo superior izquierdo + patrón intersticial bilateral.
Cultivo de esputo: no recogido por ausencia de expectoración.
Ante sospecha de tuberculosis o neoplasia pulmonar, se ingresa en planta de respiratorio. Aislamiento gotas y presión negativa.
Durante el ingreso se realiza estudio.
TAC torácico: En LSI (segmento posterior) lesión cavitada de 4 cm con nivel hidroaéreo y comunicación con bronquio. Incontables opacidades micronodulares con morfología árbol en brote afectación difusa a ambos pulmones. Lesiones seudonodulares en pleura mediastínica sugestivas de tuberculoma. Hallazgos sugestivos de TBC activa con lesión cavitada en campo superior izquierdo y diseminación bronquial extensa.
Lavado broncoalveolar con cultivo de auramina: positivo
EVOLUCION:
Se confirmó diagnostico de TBC PULMONAR Y GANGLIONAL BK + . Por lo que el bulto en el cuello se trata del término más antiguo ESCROFULA o linfadenitis cervical por micobacterias.
Se inicio tratamiento con RIMSTAR 4 comprimidos. No resistencias.
En control tras 1 mes del inicio de tratamiento: adenopatía ha desaparecido. Buena adherencia al tratamiento. Estudio epidemiológico y de contactos negativo.
**Se aportarán imagenes de: escrofula, RX simple, TAC toracico.

CONCLUSIONES

La OMS sitúa a Euskadi y España en países de baja incidencia de TBC (Tasa menor a 10/100.000 habitantes). La incidencia en los últimos años sigue disminuyendo. En el año 2021 se detectaron 183 casos nuevos en la Comunidad Autónoma Vasca. (Tasa bruta 8,34/100.000)
Por nuestras urgencias pasan muchos pacientes con procesos respiratorios. No debemos olvidar la posibilidad de que se trate de una tuberculosis, evitando así una demora diagnóstica, sobre todo en pacientes bacilíferos. Para ello, queremos remarcar la importancia de solicitar una RX de tórax en urgencias, tanto en síntomas respiratorios como en presencia de masas cervicales, ya que se trata de una prueba complementaria con escasos riesgos, rápida, barata y fundamental en el inicio del estudio de neoplasias e infecciones respiratorias.

P. #416

DOLOR LUMBAR Y FIEBRE EN UNA PACIENTE JOVEN: UNA PRESENTACIÓN ÁTÍPICA DE DERRAME PLEURAL

María Eveline Nicolaita Colacel[1], Carlos Rafael Pires Baltazar[2], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], Rebeca Díaz Cortés[3], Noelia De Sousa Pérez[1], Sara Isabel Cosío De Los Arcos[1]

1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España
3. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Mujer de 27 años que acude a Urgencias por dolor lumbar de varios días de evolución, pico febril y un episodio de vómito bilioso.

- Antecedentes personales: es fumadora de 10 cigarrillos diarios y presenta síndrome ansioso- depresivo a tratamiento con Escitalopram.
- Anamnesis: La paciente refiere dolor en región lumbar de carácter intermitente con irradiación a hipocondrio derecho y región inguinal. Ha presentado pico febril de hasta 37,5°C así como un episodio de vómito bilioso autolimitado. Ha consultado en otras dos ocasiones en el servicio de Urgencias por el mismo motivo, impresionando de cólico renoureteral derecho. Además, coincidente con el inicio del cuadro, comenta tos productiva con expectoración blanquecina, sin dolor torácico ni sensación de disnea. Niega posibilidades de embarazo. Niega clínica miccional (no presenta disuria, hematuria, polaquiuria ni tenesmo). No presenta sintomatología a ningún otro nivel. Ha tomado analgésicos sin mucha mejoría.
- Exploración física: Presenta regular estado general con palidez cutánea, aunque normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Presenta las siguientes constantes: tensión arterial (TA): 138/72 mmHg; frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto; saturación de oxígeno: 97%; temperatura: 36.5°C. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: discreta hipofonesis en base pulmonar derecha sin otros ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: blando, depresible, molestias a la palpación en hipocondrio derecho y levemente en fosa iliaca derecha, Murphy y Blumberg negativos, no se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño - percusión positiva en fosa renal derecha. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
- Pruebas complementarias: Hemograma con hemoglobina ligeramente disminuida, leucocitosis con neutrofilia. Bioquímica: filtrado glomerular y creatinina normales, proteína C reactiva elevada (265 mg/L), resto de parámetros dentro de límites normales. Test de embarazo negativo. Sistemático y sedimento de orina con bacteriuria, sin leucocituria ni hematuria. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho sin otras condensaciones pleuro-parenquimatosas. Ecografía abdominal anodina.
- Juicio diagnóstico: Dolor en región lumbar derecha secundaria a derrame pleural derecho en el contexto de probable neumonía en lóbulo inferior derecho.

Evolución: Dado el mal estado general de la paciente se decide ingreso en la planta de Neumología. Permanece varios días en donde se le diagnostica de neumonía complicada por Mycoplasma pneumoniae y se le administra antibiótico intravenoso (Piperacilina- Tazobactam y Azitromicina). Se realizan serologías para Hepatitis B y C, VIH y sífilis, así como pruebas para tuberculosis, siendo estas negativas. Se realiza escáner torácico en el que se objetiva derrame pleural derecho compatible con empiema con niveles hidroaéreos, así como condensaciones pleuro-parenquimatosas en lóbulo inferior derecho. Se le coloca tubo con drenaje pleural con salida de material purulento, que se le retira a los 4 días. Posteriormente, ante buena evolución clínica y radiológica, se le da el alta con tratamiento domiciliario.

Bibiografía:

- Quiles Machado JA, Aragón Domínguez V, Monsalvo Hernando M, Gómez Durán M. Neumonías bacterianas no neumocócicas (II). Infecciones respiratorias por Mycoplasma y Chlamydia. Neumonías víricas. Medicine (Madr). 20(1)8;(1)2(54):3(1)86-3(1)97. PMCID: PMC7(1)43592.
- Iglesias Caamaño M, Fernández Hernández L, Campos Franco J, Lado Lado FL. Neumonía por Mycoplasma pneumoniae y síndrome de distrés respiratorio del adulto. An Med Interna (Madrid). 2007;24(5):255-256.

CONCLUSIONES

La infección por Mycoplasma pneumoniae representa el 20% de las neumonías en pacientes jóvenes y suele manifestarse como una neumonía atípica. Generalmente cursa de forma benigna, como un cuadro atípico con odinofagia, cefalea, tos no productiva, que se resuelve en pocos días. Sin embargo, puede complicarse con derrame pleural masivo e incluso síndrome de distress respiratorio. Se diagnostica por serología en caso de hospitalización, sin requerir realización de cultivo y se trata con macrólidos en combinación con beta lactámicos de primera elección.

P. #422

HIDROCEFALIA AGUDA DEL CUARTO VENTRÍCULO SECUNDARIA A NEUROCISTICERCOSIS

Manuel Luis Gómez Blanco, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Guismera, Beatriz García-Borregón Domonte

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 22 años, natural de Honduras y residente en España desde hace dos años, que acude a Urgencias por cefalea intensa occipital y biparietal, junto a dolor retroocular y diplopía de tres días de evolución. Refiere episodio similar hace un año. Durante la evaluación en urgencias, presenta progresivo deterioro del nivel de consciencia pasando de Glasgow 15 a 9. En la exploración física se observa tendencia a mantener los ojos cerrados, así como diplopía binocular y exotropia del ojo derecho en posición primaria de mirada, con limitación en supraversión. Se evidencia afectación bilateral del IV nervio craneal. No alteración del III nervio craneal. No alteraciones en el lenguaje. Fuerza conservada y simétrica en las cuatro extremidades.

Se realiza TAC craneal urgente que revela hidrocefalia no comunicante con dilatación del sistema ventricular supratentorial y signos de hipertensión intracraneal, así como una pequeña lesión nodular adherida al septum pellucidum. En el análisis del líquido cefalorraquídeo se observan leucocitos positivos sin bacterias en el Gram, con cultivo estéril. Tanto el antígeno criptocócico como el galactomanano en sangre y LCR son negativos. Los estudios microbiológicos son negativos para VIH, VHB, VHC, toxoplasma y Chagas, mientras que la serología para Cysticerco resulta positiva.

Los hallazgos son sugestivos de patología infecciosa intraventricular, con neurocisticercosis como primera posibilidad dada la presentación clínica, los resultados de las pruebas complementarias y el país de procedencia.

Se decide colocación de derivación ventrículo-peritoneal sin incidencias y se inicia tratamiento con albendazol 400 mg cada 12 horas y dexametasona 2 mg cada 12 horas, sin eventos adversos. Tras una evolución favorable, es dada de alta con tratamiento ambulatorio que incluye albendazol 400 mg cada 12 horas durante 14 días y dexametasona 2 mg cada 12 horas por 14 días, reduciéndose a 2 mg cada 24 horas por 5 días antes de su suspensión.

CONCLUSIONES

La hidrocefalia aguda es una condición de alta mortalidad que requiere una sospecha clínica adecuada y un manejo precoz. Es una patología con diversas etiologías que habitualmente se presenta con aumento de la presión intracraneal, caracterizado por cefalea intensa, vómitos, alteración del estado de conciencia y, en algunos casos, signos de herniación cerebral. Afecta predominantemente a pacientes pediátricos y adultos jóvenes, aunque también puede presentarse en personas de edad avanzada, especialmente en el contexto de enfermedades neurológicas o infecciosas. La causa más frecuente es la hemorragia subaracnoidea, especialmente secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales, seguida de procesos infecciosos como meningitis, encefalitis o neurocisticercosis, así como tumores del sistema nervioso central que obstruyen la circulación del líquido cefalorraquídeo. Siendo la causa infecciosa un aproximadamente 10-20% de los casos, dependiendo de la población estudiada y las condiciones de salud del paciente.

El tratamiento es multidisciplinario y depende de la causa subyacente; incluye medidas de control de la presión intracraneal, colocación de una derivación ventricular externa o definitiva, y en casos infecciosos, terapia antimicrobiana dirigida. Describimos el caso de una hidrocefalia aguda del cuarto ventrículo causada por infección de neurocisticercosis, manifestada como disminución del nivel de conciencia, cefalea intensa, vómitos y signos de hipertensión intracraneal, tratada con intervención quirúrgica urgente mediante derivación ventricular externa, así como tratamiento antibiótico con albendazol y corticosteroides para el control del proceso inflamatorio asociado.

P. #427

MANEJO DE LA DACTILITIS EN URGENCIAS

Gorka Gómez Terrazas, Marina Pulgar Feio, Lucía López Gómez, Natalia Beatriz Mena Casado, Amaia Gañán Lafuente
Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Discapacidad intelectual, tutelado por su hermana
HTA
Ictus isquémico bulbar posterolateral izquierdo (inestabilidad de la marcha residual)
Sonda vesical permanente por estenosis uretral
Tratamiento habitual: AAS 100mg/24h, enalapril 5mg/24h, atorvastatina 40mg/24h

MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 74 años que acude a Urgencias derivado por su médico de atención primaria por lesión en 3º dedo de la mano izquierda de inicio hace unos días, no pudiéndose definir el tiempo de evolución por situación basal del paciente. No clara puerta de entrada, no recuerda traumatismos ni fiebre.
A la exploración física destaca constantes en rango. Buen estado general.
Dactilitis en 3º dedo de la mano izquierda con edema, coloración violácea con flictena en cara dorsal con contenido serohemático que se desprende fácilmente. Presenta solución de continuidad en piel de falange proximal a nivel dorsal que impresiona de puerta de entrada. Celulitis en menor grado hasta mitad de antebrazo a través de la cara dorsal.
Placa de aspecto psoriásico en rodilla derecha.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica: bioquímica normal salvo PCR 83,90mg/L, PCT 0,13ng/mL, hemograma sin alteraciones, no coagulopatía
Rx mano izq: no afectación ósea
Eco-doppler mano izq: Engrosamiento, hiperecogenicidad y lengüetas de líquido en tejido celular subcutáneo de tercer dedo de la mano izquierda, compatible con celulitis/dactilitis. No colecciones subcutáneas. No datos artritis en articulaciones metacarpofalangica ni interfalángicas. No liquido en vainas tendinosas ni otros datos de tenosinovitis. Flujo doppler aumentado con ondas arteriales de baja resistencia
Cultivo exudado: Streptococcus intermedius sensible a penicilina
Hemocultivos (x2): negativos
EVOLUCIÓN
Se trata de un paciente con dactilitis que impresiona de causa infecciosa por exploración y analítica. En Urgencias se solicita ecografía-Doppler para descartar afectación vascular, que se descarta, y se solicita valoración conjunta con Cirugía Plástica y Traumatología. Ingresa con tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam 4/0,5g 1/8h + daptomicina 600mg/24h en planta de Infecciosas. Durante su ingreso, se realiza desbridamiento quirúrgico y posteriormente, una vez con el resultado del cultivo, se desescala a amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg 1/8h vía oral con buena evolución y resolución completa del cuadro.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN
La dactilitis se trata de una inflamación de un dedo de la mano o del pie, pudiendo tener diversas causas con tratamientos completamente diferentes. Es importante establecer un diagnóstico diferencial correcto para evitar la progresión y especialmente descartar una posible afectación sistémica.

P. #433

CUIDADO CON LOS CATARROS MAL CURADOS

Arrate Aldama Martín, Mikel Tostón Amezaga, Mónica García Pérez, Oihane Mendiolea Villacorta, Álvaro Corvillo Benavente, Íñigo Zabala Bayona

Hospital San Eloy, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 43 años exfumador sin otros antecedentes médico quirúrgicos de interés y que no toma medicación habitual. Acude a urgencias remitido por su médica de familia por sospecha de parálisis frénica izquierda ante elevación hemidiafragmática ipsilateral en radiografía.

El paciente niega traumatismo o cirugías recientes. Sin embargo, refiere cuadro catarral de un mes de evolución con empeoramiento en los 10 días previos, asociando dolor en hemitórax izquierdo y fiebre los primeros días, por lo que a acude a consulta en atención primaria donde se solicita la radiografía de tórax.

En urgencias, presenta una hipoventilación en base izquierda en la auscultación pulmonar y desaturación de oxígeno hasta 90% con el decúbito, que mejora al elevar el cabecero sin precisar oxigenoterapia. Se realiza electrocardiograma que no muestra alteraciones. Los virus respiratorios estacionales son negativos y no presenta antígenos de neumonía en orina. Además, tampoco presenta alteraciones en analítica sanguínea. Se realiza TAC torácico en el que describen una significativa elevación del hemidiafragma izquierdo, a valorar posible parálisis frénica, que condiciona un área de atelectasia pasiva en parénquima basal adyacente del lóbulo inferior izquierdo, sin otros hallazgos de relevancia patológica en este estudio.

Se ingresa en medicina interna donde permanece 4 días con buena evolución y es dado de alta con cefixima 400mg durante 5 días más. En controles posteriores ha presentado resolución progresiva de la paralasis.

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de parálisis frénicas son los traumatismos torácicos o las cirugías de la caja torácica. Ante la ausencia de antecedentes traumáticos o quirúrgicos hay que sospechar otras causas como las neoplasias que pueden afectar el nervio frénico o estructuras cercanas; las infecciones virales o bacterianas que pueden causar inflamación y daño al nervio frénico; algunas enfermedades autoinmunes que puedan afectar al sistema nervioso, como la esclerosis múltiple o la miastenia gravis; las endocrinopatías que puedan afectar al nervio frénico, como el hipotiroidismo y por último las causas idiopáticas. Todas estas causas pueden llevar a una disfunción diafragmática que, en algunos casos, mejora con el tratamiento del proceso subyacente.

En el caso de este paciente, no se encontró causa alguna de la parálisis, y la atelectasia subyacente resultó ser secundaria a la misma. La evolución de la parálisis frénica idiopática puede ser muy variable y depende de varios factores, incluyendo la respuesta del paciente al tratamiento y la posible identificación de una causa subyacente con el tiempo.

En general, la parálisis frénica idiopática puede tener una evolución favorable con el tratamiento adecuado, que puede incluir fisioterapia, terapia respiratoria y, en algunos casos, cirugía para corregir el defecto diafragmático. Sin embargo, la progresión de la enfermedad puede ser impredecible y algunos pacientes pueden experimentar recaídas o una progresión más rápida de los síntomas.

Por eso, es importante realizar un seguimiento regular y ajustar el tratamiento según las necesidades individuales del paciente para mejorar su calidad de vida y reducir el impacto de la enfermedad.

P. #454

NO ES UN GRANO NI UN FLEMÓN DENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Esperanza Muñoz Triano, Enrique J Pérez Membrives, Cristóbal Sillero Sillero, Ana Fontans Salguero, Carmen Morillo-Velarde Moreno, Laura A Adame Sanz

Hospital Comarcal Infanta Margarita. Servicio Andaluz de Salud, Cabra, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años, casado, trabajador de hostelería. Hipertenso, diabético con mal control, hipertrigliceridemia, obeso y bebedor diario de cerveza. Intervenido de apendicitis, herniorrafía umbilical recidivante y tendón hombro derecho. Tratamiento actual con fenofibrato 145mg, empagliflozina 25mg, linagliptina 2.5mg/metformina 1g, repaglinida 1mg, losartán 100mg, omeprazol 20mg, celecoxib 200mg, tramadol 75 mg/paracetamol 650mg, mupirocina 20mg pomada, amoxicilina 1g. Acude a Urgencias en diciembre 2024 por un "bulto" molesto en la mejilla izquierda y que no mejoraba con el tratamiento prescrito 48 horas antes por su médico, sin otros síntomas. Temperatura 36,2°C, resto constantes vitales normales. Presentaba una barba poblada, con tumefacción superficial eritematoso semejante a erisipela, con costras amarillentas en la mejilla izquierda que alcanzaba todo el grosor hasta la mucosa yugal. Se extendía hasta la rama mandibular y laterocervical homolateral. No afectaba a la respiración, ni al habla, ni a la deglución. Las piezas dentales eran normales a igual que la movilidad lingual y velo del paladar. No tenía halitosis ni exudados o aftas en la cavidad oral. No se detectaron adenopatías locales ni claudicación mandibular ni trismus.
Se realiza: analítica (hemograma y coagulación normal, bioquímica con glucosa 168 mgr/dl, creatina quinasa 177U/L, proteina C reactiva 17.1mg/L y procalcitonina 0.13ng/mL), radiología tórax/senos paranasales ambas normales y tomografía facio-cervical que nos dio el diagnóstico: trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo en el espacio masticador y bucinador izquierdos, láminas de líquido libre confluente, engrosamiento cutáneo y de los músculos del platisma y masetero ipsilateral. No colecciones. Ganglios parotídeos izquierdos y en nivel IIa ipsilateral subcentimétricos reactivos. Vía aérea es permeable. Ejes vasculares carotídeo y yugular son permeables. Se trató con antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, analgesia, amoxicilina-clavulánico, tobramicina y en interconsulta de seguimiento en Cirugía Maxilofacial se añadió metronidazol con el diagnóstico de miositis infecciosa (MI). El seguimiento fue ambulatorio con excelente evolución.

CONCLUSIONES

La MI es la infección bacteriana/vírica/parasitária/helmíntica de un músculo estriado objetivada por microbiológicamente o por prueba de imagen. Descrita por primera vez como piomiositis (PM) en su forma endémica de los trópicos en Japón por Julis Karl Scriba (1885). En la actualidad se denomina MI/PM no tropical estando relacionada con el deterioro de las defensas: VIH, diabetes, desnutrición, neoplasias, autoinmunidad, hepatopatía crónica, drogadicción endovenosa, uso crónico de corticoides y traumas musculares. Se encuadra dentro de las "infecciones de partes blandas", que constituyen el 10% de los ingresos hospitalarios. Este incremento se relaciona con la resistencia a los antimicrobianos, la capacidad de adaptación de los microorganismo y crecimiento de los inmunodeprimidos. Se clasifican en primaria y secundaria. Con una incidencia 1/2.000 habitantes, sobretodo en varones con rango de edad 50+/-20 años, bebedores >100g etanol/día y diabéticos.
Está infradiagnosticada en su etapa precoz, de ahí la importancia de su manejo en Urgencias, pues los síntomas inflamatorios y sistémicos están ausentes. Son síntomas guía: dolor (que puede ser la única presentación), tumefacción, rubor y calor, la fiebre suele estar ausente.
Tiene tres fases clínicas: I. molestias, enrojecimiento, delimitando la zona afectada. II. abscesificación, gangrena gaseosa, ampollas y síntomas sistémicos. III. sepsis y shock séptico de rápida evolución </= 6 horas.
La confirmación diagnóstica según publicaciones se obtiene mediante ecografía, tomografía computerizada (es diagnóstica 100% casos), gammagrafía con galio, resonancia magnética con o sin estudio microbiológico, según las series solo se realizan cultivos en el 41% y hemocultivos en el 15% y en escasas ocasiones biopsia. Los gérmenes más frecuentes son el staphylococcus aureus y epidermidis.
El tratamiento va a depender de la fase clínica: I. uso racional antibioticoterapia, el 50% se prescriben en Urgencias, II. urgencia quirúrgica: punción+drenaje+antibioticoterapia, III. emergencia: desbridamiento+ingreso en Unidad Cuidados Intensivos.
Urgencias juega un papel crucial.

P. #460

ENTRE TODOS LE TRATARON Y EL SOLITO SE MURIÓ

Mª Elena Campos García, Mónica García García, Manuel Espada Zurera, Ana María Carrero Fernández

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcala De Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente con antecedentes de:
DM con afectación órgano diana.
FA
ICC
ANAMNESIS:
14/01 Acude a Urgencias por hiperglucemia de 470 mgr/dl asociado a epigastralgia de 1 semana de evolución y nauseas sin vómitos.
No dolor torácico. No alteración hábito intestinal.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Afebril, TA: 150/83, FC: 100lpm Sat o2: 98%basal Glucemia: 455
Buen estado general, consciente y orientado, bien nutrido e hidratado, normocoloreado Eupneico en decúbito
Torax: Exploración cardíaca y pulmonar normal
Abdomen: Normal, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no datos de irritación peritoneal.
Neurología: normal y locomotor normal.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica: Destacan 25000 leucocitos con desviación izda. INR 1,23 (Sintrom)
Bioquímica: glu 468 Na 126 PCR 566 Ph 7,27 Co3H- 16
ECG. Ritmo sinusal a 100lpm sin alteraciones de repolarización
COVID-19 + con CT 38
TAC abdominal: Mútiples colecciones en la musculatura pélvica derecha (psoas, ilíaco, iliopsoas, piriforme y obturador interno) que sugieren proceso infeccioso. Imagen sugestiva de Aortitis a la altura de la bifurcación iliaca.
EVOLUCIÓN
Tras recibir pruebas complementarias se inicia corrección glucémica con perfusión de insulina y amoxiclavulánico que se escala tras ver resultados de TAC a PipeTazo, Vanco, Meropenem y Clinda según guía Ab hospitalaria.
Se solicita valoración por traumatología que tras comentar en sesión recomiendan valoración por cirugía General ya que no consideran patología traumatológica.
Cirugía no considera patología Urgente quirúrgica, cursando ingreso en Medicina interna.
Ya en Medicina Interna, se aisla un staphylococo Aúreus, Se suspende Vancomicina y Clindamicina. Se inicia Cloxacilina y mantiene Meropenem.
TAC de control sin cambios, se desescala a Imipenem.
Es valorado por Reumatología por la aortitis y por Cardiología, con ECOcardigrama transesofágico que descarta vegetaciones valvulares.
Radiología intervencionista descarta drenaje de las colecciones por el tamaño, proponiendo punción guiada por TAC. Aislan Staphilococo meticilin sensible, cambiando Imipenem por Linezoliz y posteriormente por Cloxacilina
Aquí aparece una estabilización del paciente, tanto hemodinamicamente, como analíticamente, quedando sin leucocitosis y con tensiones estables.
En nuevo TAC de control aparece Aumento de partes blandas y extravasación periaórtica en probable relación a aneurisma micótico complicado con pseudoaneurisma.
Volvemos a cambiar Cloxacilina por PipeTazo y contactando con cirugía Vascular, que decide intervención quirúrgica preferente dado el alto riesgo de ruptura de Aneurisma de Aorta contenido (Bypass axilobifemoral + ligadura de Aorta e Iliacas)
Postoperatorio tórpido, con ingreso en UCI por Shock mixto (distributivo-cardiogénico). Mejoría inicial en las primeras 12h. con empeoramiento clínico en contexto de EAP con cambios dinámicos en el ST (descenso ST en cara inferior), con elevación de enzimas cardíacas (3000-10.000 de troponina I)
Se realiza un ecocardiograma transesofágico en que se aprecia: aquinesia de segmentos apicales con disfunción sistólica global severa con FEVI entorno a 30% sin imágenes de Abscesos.
Se realiza Coronariografía urgente diagnóstica objetivando enfermedad coronaria severa multivaso multisegmento, crónico.
Persistencia de empeoramiento hemodinámico con signos de bajo gasto.
Intubación orotraqueal con mayor inestabilidad hemodinámico y taquicardia de QRS ancho a 180lpm.
Cardioversión electrica con 200 julios en 2 ocasiones con ausencia de reversión. Se realiza ECOcardiograma a pie de cama con FEVI del 10%. posterior EXITUS.

CONCLUSIONES

Paciente que acude por cifras altas de glucemia al Servicio de Urgencias con estabilidad total hemodinámica y clínica a consecuencia de una entidad clínica infrecuente y acaba resultando EXITUS.
El aneurisma micótico(infeccioso) de Aorta no resulta una entidad frecuente y presenta elevada tasa de mortalidad por recurrencia de infecciones y rotura de Aorta. Suele ocurrir en traumatismos vasculares, uso de drogas intravenosas y en paciente inmunodeprimidos. Siendo el germen mas frecuente la Salmonela, seguido del Staphilococos Aúreus y el E. Coli. El tratamiento de elección es quirúrgico asociado a antibioterapia prolongada.

P. #462

ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Judit Caballero Linares, Wendy Fuentes Ramos, Benito Fontecha Gómez

Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 71 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (vida cama-sillón) y sin deterioro cognitivo conocido. Con los antecedentes médicos relevantes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante y posible miocardiopatía dilatada con fracción de eyección preservada (SPECT cardíaco objetivó isquemia moderada; TAC coronario sin lesiones).

En octubre consulta a urgencias por caída desde propia altura con traumatismo craneoencefálico asociado. A la valoración se encuentra hemodinámicamente estable. A la exploración física auscultación cardíaca con tonos arrítmicos sin soplos yauscultación pulmonar con hipofonesis generalizada y crepitantes bibasales. Extremidades inferiores con edemas con fóvea. Exploración neurológica sin alteraciones ni evidencia de signos meníngeos.

Se realiza TAC craneal que descarta lesiones agudas intracraneales.

En noviembre reconsulta en varias ocasiones a urgencias por somnolencia y lateralización de la marcha a la derecha. De nuevo, la exploración física resulta anodina. Se repite TAC craneal que resulta normal, además de despistaje de infección con analítica, PCR de virus respiratorios y sedimento de orina sin hallazgos patológicos.

Por la clínica del paciente se solicita valoración por el equipo de Neurología de guardia; dadas las características del mismo, se orienta como posible somnolencia secundaria a apnea obstructiva del sueño no estudiada y se programan controles ambulatorios.

A los dos días vuelve a urgencias por fiebre de 24h de evolución, persistencia de somnolencia y dolor lumbar. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable y febril (T° 38°C) por lo que se cursan hemocultivos. Exploración física con signos de insuficiencia cardíaca descompensada (crepitantes bibasales a la auscultación y edemas con fóvea en miembros inferiores). A nivel neurológico sin focalidad.

En analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda con 10000 leucocitos a expensas de neutrófilos y PCR 140, función renal conservada (FG>90, Cr 0.6).

PCR virus respiratorios y rx de tórax sin alteraciones. Sedimento de orina patológico con > leucocitos y eritrocitos por campo; orientado con diagnóstico de prostatitis aguda se cubre empíricamente con ceftriaxona endovenosa. Evoluciona favorablemente y se alta a domicilio con cefuroxima vía oral.

A las 48h, se contacta con el paciente por crecimiento de Listeria monocytogenes. Se realiza punción lumbar con resultados compatibles con inflamación aguda (3.000 eritrocitos y 2 leucocitos, proteínas 113 mg/dl; Glucosa 45 mg/dl) y PCR positiva para L. monocytogenes. Ante paciente con romboencefalitis por Listeria se inicia cobertura antibiótica con ampicilina e ingresa en planta.

Durante el ingreso se realiza RMN craneal que descarta abscesos cerebrales. No obstante, en el TAC de columna dorso-lumbar destaca espondilodiscitis L3-L4 y colecciones en psoas derecho (4cm) e izquierdo (3cm) secundarias a la infección.

Se mantiene cobertura antibiótica con ampicilina durante 6 semanas (combinado con gentamicina durante la primera semana) y posteriormente, con amoxicilina 1g/8h vía oral hasta completar las 9 semanas de tratamiento. Finalmente, por buena evolución clínica del paciente es alta a centro sociosanitario para continuar rehabilitación.

CONCLUSIONES

La romboencefalitis causada por Listeria monocytogenes es una infección rara y grave del sistema nervioso central que afecta principalmente al tronco encefálico. Suele afectar a pacientes adultos inmunocompetentes.

El diagnóstico es complejo ya que la clínica suele ser inespecífica; puede aparecer fiebre, náuseas y vómitos o alteraciones neurológicas como afectación de pares craneales, ataxia o paresia.

Para su confirmación se requiere del cultivo y PCR de L. monocytogenes en líquido cefalorraquídeo (LCR). La resonancia magnética cerebral puede ayudar al diagnóstico ya que puede mostrar anormalidades sugestivas en el tronco encefálico.

El tratamiento de elección es el uso de antibióticos como la ampicilina, en ocasiones asociada a aminoglucósidos.

Esta grave enfermedad requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar tanto la tasa de supervivencia como para minimizar las secuelas neurológicas de los pacientes.

P. #464

CINCO VECES A URGENCIAS

Carlos Álvarez Chicharro, María González Criado
Hospital clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 82 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) por episodio de presíncope de características vasovagales, asociado a disnea severa de mínimos esfuerzos estando en reposo. Durante la anamnesis, la paciente refiere que es la quinta ocasión que acude al SUH por el mismo motivo en las últimas cuatro semanas. Los resultados de la exploración y pruebas complementarias resultaron completamente normales.
Antecedentes personales:
-Agenesia de MMSS congénita, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL).
-Tratamiento: IECA y Rosuvastatina (la paciente no la toma actualmente).
Exploración física:
-Normo coloreada, normo hidratada y normoperfundida.
-Eupneica en reposo.TA 135/82, FC: 51 lpm, Sat$O_2$98%
Pruebas complementarias:
ECG: ritmo sinusal a 51lpm, con segmento PR en límite alto, bloqueo de rama izquierda con S profunda en V2 y V3 y T negativa y asimétrica en I, AVL, V5 y V6, alteraciones no descritas previamente, por lo que se solicita ecocardiograma urgente para descartar cardiopatía estructural como causa subyacente de los episodios presincopales.
Gasometría venosa: pH: 7.46 PCo_2: 36 mm de Hg: PO_2: 56 mm de Hg, Na: 136 mmol/l, K: 4.5 mmol/l, Lactato: 1.8mmol/l, Hb: 14.8 mmol/l, HCO_3: 26.1 mmol/l.
Analítica:
LDH: 414 mg/dl, Colesterol total: 253mg/dl, Tiempo de protrombina (%): 125, Fibrinógeno derivado de TP: 583, BNP: 3014,PCR: <4.
Radiografía de tórax AP: cardiomegalia con hipertrofia de ventrículo izquierdo.
Ecocardiograma transtorácico (ETT): se objetivan datos claros de miocardiopatía dilatada (MCD)con FEVI 15-20% e hipocinesia global. Como hallazgo casual se observa un trombo en la pared del ventrículo izquierdo (VI) en zona apical.
Diagnóstico final
Presíncope neuromediado en paciente con diagnóstico de novo de miocardiopatía dilatada (MCD)con disfunción de VI asociado a tromboembolismo intracardiaco.

CONCLUSIONES

Según la literatura existente, la disfunción sistólica del VI es uno de los predictores independientes más frecuentes de la trombosis intracavitaria del VI. La presencia de trombosis de VI se asocia a cardiopatía no isquémica y MCD, con una prevalencia significativa (17-24%) en pacientes post-infarto agudo de miocardio (IAM), en la que la trombosis del VI puede desarrollarse como complicación debido a la estasis sanguínea en aquellos pacientes con dilatación severa del VI.
La MCD se caracteriza por la dilatación y depresión de la función contráctil de uno (la afectación del VI es la norma) o ambos ventrículos. La evolución puede ser rápidamente progresiva en cuyo caso la mortalidad es muy elevada.
En nuestro caso, la paciente no presentó tromboembolismo pulmonar (TEP), ni taquipnea, ni taquicardia. No existen datos de IAM, ni trastornos en la coagulación, pero se pudo objetivar (en ETT) la presencia de una MCD y de una insuficiencia cardiaca (IC) no conocidas que justificarían la presencia de disnea de mínimos esfuerzos de larga evolución y la aparición del trombo intracavitario.
En el contexto de un paciente con un diagnóstico reciente de MCD y disfunción del VI, es importante considerar que esta condición puede afectar la capacidad del corazón para bombear sangre de manera eficiente. Esto puede llevar a una disminución del flujo sanguíneo al cerebro, lo que podría haber desencadenado los episodios de presíncope.
Como conclusión remarcar que pesar de que los síncopes o presíncopes neuromediados habitualmente son patologías benignas, hay un porcentaje de casos que pueden enmascarar una patología grave como la MCD o el TEP. Es prioritaria la realización de ECG, analítica y si es posible un ETT para descartar la presencia de dichas patologías.
No minimizar la historia y sintomatología referida por el paciente evitará un posible evento cardioembólico y por supuesto la "peregrinación" del paciente en múltiples ocasiones al SUH.

P. #477

LA ETERNA TUBERCULOSIS

Marina Monje De Velasco, Mikel Tostón Amezaga, Igor González Llona, Ane Pérez Ortiz, Leire González Embeita, Celia Villanueva Llorente

Hospital San Eloy, OSI Barakaldo Sestao, Osakidetza, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 58 años, natural de Bizkaia. AP de DM tipo 2 e hipercolesterolemia, con nula adherencia al tratamiento. Acude por cuadro de un año de evolución de pérdida de eso y autocuidado, que coincide con el fallecimiento de su padre. Además refiere aumento de expectoración matutina con sensación distérmica vespertina de 15 días de evolución, sin hemoptisis ni disnea. En EF CyC sin plétora yugular. AP con crepitantes gruesos en ápex derecho. AC rítmica sin soplos. Abdomen normal. EEII sin hallazgos. TA 124/78, FC 92, SatO2 96AA FR 17 Dx 362. Se realiza radiografía de tórax con condensación en LSD, AS con PCR 155, Hb 10.5 sin leucocitosis ni alteración de función renal ni coagulación.

Ingresa en planta en aislamiento para completar estudio de la imagen radiológica con antibiótico IV hasta realización de TAC torácico que confirma la presencia de neumonía cavitada en LSD, con probable afectación de LM e infiltrados centroacinares difusos en ambos pulmones, con adenopatías reactivas. Se realiza BK urgente siendo positivo, M. tuberculosis interferón positivo y determinación de ADA que también positiviza. Se inicia tratamiento con Rimstar® (150 mg de rifampicina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida y 275 mg de etambutol hidrocloruro) con buena evolución clínica y sin hepatotoxicidad. Se decide alta en aislamiento hasta completar las dos semanas de tratamiento, y posterior tratamiento según evolución en pruebas diagnósticas.

CONCLUSIONES

La tuberculosis (TBC) es una infección producida por la bacteria Mycobacterium tuberculosis. Es una de las enfermedades infecciosas con mayor morbi-mortalidad en el mundo a pesar de que contamos con una terapia eficaz que logra curarla pero aún no se ha conseguido erradicar.

La infección pulmonar es la más prevalente, se adquiere vía aérea siendo el grado de infectividad de la fuente infecciosa y las defensas del individuo infectado los que determinan el riesgo final de infección. Puede afectar a otros órganos, siendo más prevalentes tras la pulmonar, la pleural y la meníngea.

Tiene una distribución mundial, con un leve repunte los últimos 10 años a nivel global. La infección tiene mayor frecuencia en niños y adolescentes y la enfermedad clínica entre los 20-30 años. Es más frecuente en población pobre.

La TBC es una enfermedad de declaración obligatoria porque es un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que un tercio de la población puede estar infectada. En Europa, España es el país con más prevalencia sobre todo en zonas con mucho cambio demográfico.

Debe sospecharse tuberculosis pulmonar en pacientes con síntomas respiratorios durante más de 2–3 semanas. La radiografía de tórax sigue siendo la prueba de elección para detectar formas pulmonares, pudiendo no se útil en estados de inmunodepresión. También se deben realizar 3 muestras de esputo seriadas, baciloscopia y cultivo de medios líquidos según la sospecha. El TAC o RMN nos ayudará en formas extrapulmonares.

P. #504

DERRAME PLEURAL EVANESCENTE: UN ENIGMA DIAGNÓSTICO

Natalia Beatriz Mena Casado, Lucía López Gómez, Gorka Gómez Terrazas, Amaia Gañan Lafuente, Marina Pulgar Feio, Claudia Bordon Poderoso

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años, caucásico, sin antecedentes médicos relevantes ni hábitos tóxicos, derivado por su médico de atención primaria debido a un hallazgo de derrame pleural izquierdo en radiografía de tórax realizada hace una semana.
Refería un cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por diarrea persistente, que inicialmente se diagnosticó como infección por Giardia lamblia y fue tratado con metronidazol sin mejoría clínica. Consultó posteriormente por tos seca intermitente del mismo tiempo de evolución, por lo que se solicita radiografía desde atención primaria.
En la valoración inicial de urgencias, el paciente se encontraba asintomático a nivel respiratorio. Reconocía disnea de esfuerzo y en decúbito lateral izquierdo la semana previa, que cedió de forma espontánea. En todo momento afebril. No dolor torácico. Persistía la diarrea sin otra clínica abdominal. Asociaba pérdida ponderal de 7kg en los últimos tres meses.
En la exploración física, presentaba presión arterial de 105/82 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 lpm, temperatura de 36,2°C, encontrándose eupneico, con saturación de O2 por pulsioximetría del 99% aire ambiente. A la auscultación, hipoventilación en la base pulmonar izquierda. Abdomen no doloroso. Resto normal.
Electrocardiograma sin hallazgos. La analítica mostró elevación de la proteína C reactiva (85.3mg/L), fibrinógeno (480mg/dl) y velocidad de sedimentación globular (60mm/h), con función renal, iones, perfil hepato-bilio-pancreático, lactato deshidrogenasa, procalcitonina y marcadores de daño miocárdico en rango. Hemograma con hemoglobina 12,1 g/dL, leucocitos 4.200/µL y linfocitos 920/µL, coagulación con tiempo de protrombina 67%. La radiografía de tórax mostró resolución casi completa del derrame pleural izquierdo, no obstante, persistía un aumento de densidad parcheado en campo superior del hemitórax izquierdo. Antigenuria en orina de neumococo y legionela negativa.
Ante dichos hallazgos se recomienda ingreso. Dada la negativa del paciente, se deriva a consultas de medicina interna de manera preferente. Al alta se pauta de forma empírica levofloxacino 500mg durante 7 días y se solicita analítica de rutina con serología de neumonías atípicas, quantiferon y marcadores tumorales.
Se realizó una tomografía computarizada (TAC) cérvico-torácico-abdomino-pélvico, que reveló una afectación pulmonar bilateral, predominantemente en el lado izquierdo, con adenopatías necróticas hiliares izquierdas, derrame pleural izquierdo, extensa afectación peritoneal y omental, incluyendo signos de afectación de la cápsula hepática y la serosa del tubo digestivo, leve derrame pericárdico con características de exudado, múltiples adenopatías supra e infra diafragmáticas y esplenomegalia. Estos hallazgos fueron altamente sugestivos de tuberculosis diseminada, lo que fue confirmado mediante la prueba de Quantiferon y positivo débil en aspirado broncoalveolar
A partir de este diagnóstico, se inició tratamiento con un régimen de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol, con una notable mejoría clínica en las semanas posteriores.

CONCLUSIONES

Este caso resalta una presentación atípica de la tuberculosis diseminada en un paciente inmunocompetente, que inicialmente fue diagnosticado con Giardia lamblia debido a la diarrea crónica. La aparición de un derrame pleural izquierdo, junto con infiltrados parcheados unilaterales en la radiografía, añadido a un síndrome constitucional en ausencia de fiebre, hizo sospechar un origen tumoral como primera posibilidad. Por otra parte, resulta esencial desde urgencias realizar pruebas orientadas a excluir la etiología infecciosa.
Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar la tuberculosis en el diagnóstico diferencial, incluso en pacientes inmunocompetentes y en contextos de baja prevalencia, cuando se presentan síntomas respiratorios, gastrointestinales y sistémicos como pérdida de peso.
Una orientación diagnóstica adecuada en el servicio de urgencias, que permita la identificación temprana de estas formas atípicas, es esencial para un tratamiento precoz y la prevención de complicaciones graves.

P. #521

ENCEFALITIS POR GRIPE B

María Teresa Parrado Espinosa, Fátima Flores Nieto, Adriana Heersche Morillo, Lucía Sánchez Valentin

Hospital Comarcal Axarquía - SAS, Vélez Málaga (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DEL CASO
Varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento habitual y sin hábitos tóxicos. Su mujer consulta a urgencias extrahospitalarias dado que el paciente, desde hace dos horas, presenta signos de focalidad neurológica: desorientación en espacio, tiempo y persona, confusión y disartria. También presenta debilidad generalizada, así como tos, mocos y fiebre de varios días de duración. Su mujer había sido diagnosticada de gripe B en los días previos.
Se decide traslado a hospital para realización de pruebas complementarias.
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Cabeza y cuello anodinos, sin presencia de adenopatías. Orofaringe hiperémica, sin exudados. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos, a buena frecuencia, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Exploración abdominal con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de defensa ni de irritación peritoneal. Exploración neurológica en domicilio: desorientación en espacio, tiempo y persona, de manera fluctuante. PICNR. MOEs conservados. Disartria. Resto de pares craneales normales. Signo de Kernig y Brudzinsky negativos. Ligera debilidad de forma generalizada en miembros, sin pérdida de sensibilidad. Reflejos osteotendinosos normales.
- Análisis de sangre: Hemograma anodino, con bioquímica normal, perfil hepático sin alteraciones y PCR 23. Proteinograma (Albúmina 3.4. Alfa(1) glob 0.5. Alfa2glob(1) . Betaglobulina 0.7. Gammaglobulina 0.8. Cociente A/G (1).(1). Complemento (C3, 205. C4, 29). Serología de Borrelia negativa. Ana negativo. Anticuerpos antiNMDA negativos. Resto de estudio negativo.
- Análisis de sangre con tóxicos en orina negativo.
- Hemocultivo contaminado.
- Punción lumbar: LCR con glucosa 96, proteínas 56, leucocitos 12 (mononucleares 100%), con microbiología molecular negativa.
- Radiografía de tórax: Anodina.
- Exudado nasofaríngeo positivo para Gripe B.
- TC de cráneo sin alteraciones significativas.
- RMN de cráneo: Lesiones hiperintensas milimétricas en sustancia blanca subcortical bilateral y en hemisferio cerebeloso derecho inespecíficas.
- EEG: Actividad bioeléctrica cerebral de base normal. No se observan anomalías paroxísticas epileptiformes.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Encefalitis vírica por Gripe B.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Meningitis bacteriana, Encefalitis bacteriana, Encefalitis post-infecciosa.
EVOLUCIÓN
En la ambulancia de camino al hospital comienza con episodio de rigidez generalizada y parada respiratoria, de segundos de duración, seguido de crisis tónico-clónica resistente a fármacos que permanece hasta llegada al hospital. El paciente, tras llegar al hospital ingresó en UCI, precisando sedación durante el primer día por agitación y alteración del nivel de conciencia. El segundo día se decide extubar, no presentando focalidad neurológica y evolución favorable. A partir del tercer día ingresa en planta de Medicina Interna, donde se continúa el estudio con pruebas complementarias adicionales, y buena evolución del paciente, hasta que se procede al alta a domicilio tras 12 días de ingreso. Desde entonces, el paciente no ha vuelto a presentar episodios de desconexión del medio y continúa con la recuperación en domicilio.

CONCLUSIONES

En este caso, la encefalitis tenía como causa la Gripe B, una de las patologías más comunes que hay en nuestro medio. Es de fundamental importancia tener presentes los signos de alarma que nos pueden indicar afectación neurológica en pacientes de todas las edades, con y sin antecedentes personales, dado que la encefalitis viral es una patología que precisa de tratamiento inmediato para evitar las posibles complicaciones neurológicas.

P. #524

CREO QUE ME HA PICADO ALGO

Arantxa Ramos Miravet[1], Francisco Ubet Barberá[1], Airam Jenny Davalos Marin[1], Rousbeth Michelle Espino González[1], Marina Esther Cillanueva Ortiz[1], Alma María Palominos Busto[2]

1. Hospital General de Segovia, Segovia, España
2. Hospital La Mancha Centro, Alcazar De San Juan. Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años alérgica a múltiples picaduras. Hace 7 días en Cádiz refiere que le pico algo en el tobillo izquierdo. A los 30 minutos comienza con prurito generalizado, diarrea, palpitaciones y mareo. Se automedicó tomándose un antihistamínico y prednisona 30mg.. Tiene antecedente de shock anafiláctico en contexto de picadura, pero refiere que el cuadro menguó y no precisó de inyección de adrenalina. A las 48 horas comienza con inflamación en el tobillo derecho motivo por el que acudió al centro de salud donde le pautan nuevo ciclo de antihistamínico y prednisona durante 4 días.

Tras 7 dias consulta en nuestro servicio de urgencias por adormecimiento de manos y pies de 24 horas de evolución y refiere que desde esta mañana nota el adormecimiento hasta por encima de las rodillas. En la exploración neurológica presenta balance muscular normal. A nivel sensitivo presenta parestesias en ambos miembros inferiores hasta muslos y en manos de forma parcheada. La paciente aporta foto del posible insecto que impresión de ser una garrapata del género Hyalomma.

Ante sospecha de afectación neurológica secundaria a picadura por garrapata se inicia pauta de doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 14 días; además se obtiene serología y se deriva a unidad de infecciosas. En revisión la paciente ya había finalizado tratamiento antibiótico y se encuentra asintomática a nivel neurológico. En la serología se objetiva Rickettsia conorii Anticuerpos IgM e Ig G positiva y título positivo de Ac a dilución 1/160 siendo compatible con el proceso infeccioso actual. En la actualidad la paciente sigue control en consultas de medicina interna pendiente de serconversión, y se encuentra asintomática a nivel neurológico.

CONCLUSIONES

Las rickettsiosis representan un problema de salud pública de gran relevancia, y no debemos olvidar que en épocas recientes han provocado millones de muertes. Es crucial sospechar de la enfermedad durante la anamnesis para llegar al diagnóstico, y comenzar un tratamiento temprano con tetraciclinas, ya que la confirmación serológica puede demorar varios días. Siempre se debe considerar el contexto epidemiológico en la investigación, recordemos que el periodo de incubación es de aproximadamente 7 días. Desde el punto de vista fisiopatológico, se cree que la picadura genera una vasculitis provocada por la proliferación de rickettsias en el endotelio de arterias, venas y capilares pequeños, lo que puede afectar diversos órganos. En el sistema nervioso central, alrededor de la lesión vasculítica se forma una reacción glial acompañada de microhemorragias. Las manifestaciones clínicas más comunes son fiebre, cefalea y exantema. Las complicaciones neurológicas son menos frecuentes y hay escasos artículos que hablen de ello en la literatura. En el sistema nervioso central, se han descrito casos de meningitis, encefalitis, mielitis y neuritis, mientras que en el sistema nervioso periférico pueden presentarse neuropatías motoras y sensitivas y miositis. El rango de afectación neurológica es amplio, pero su frecuencia y gravedad varían según el tipo de rickettsiosis.

P. #541

LA OTRA CARA DEL VIAJE

Vanisha Lilaram Lachmandas, Leire Paramás López, Irene Cesteros Martín, Marta Bosa Santana, Aitana Barrios Trujillo

Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 45 años de edad, natural de Nigeria con residencia en Tenerife, sin antecedentes de interés, acude al Hospital del Sur por cuadro de dolor abdominal y fiebre de una semana de evolución. La paciente había consultado hasta en dos ocasiones previas en la última semana, realizándose una ecografía abdominal que evidenciaba únicamente un quiste ovárico no complicado, valorada por ginecología.

Acude por persistencia de dolor abdominal generalizado, con fiebre de 38°C, y náuseas y vómitos de aparición hace tres días. La paciente cuenta que el cuadro comenzó hace 1-2 semanas con artralgias generalizadas y cefalea, sin rigidez de nuca ni otra focalidad neurológica. Comenta que hace dos meses cuando estaba en Nigeria tuvo malaria, y ha regresado de allí hace 3 semanas.

A la exploración, TA 140/90 mmHg, FC 106 lpm, Tª 37,5°C. Mal estado general. Consciente y orientada. No signos meníngeos. No adenopatías. No lesiones en piel, aunque la paciente es de raza negra. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con ruidos disminuidos, dolor a la palpación difusa, sin datos claros de peritonismo. Mínimos edemas maleolares.

Se realiza analítica, donde destaca alteración del perfil hepático, con AST 33 U/L, ALT 30 U/L, GGT 134 U/L, LDH 400 U/L, FA 142 U/L; aumento de reactantes de fase aguda (PCR 21,98 mg/dL, Procalcitonina 2,17 ng/mL) y alteración del hemograma: hemoglobina 9,2 g/dL, plaquetas 30000, leucocitos 3490. Test de Coombs directo negativo. Frotis de sangre periférica: Trombopenia confirmada.

Se solicita un TAC de abdomen que no objetiva signos de patología intraabdominal aguda.

Por tanto, ante el antecedente de malaria previa y el viaje reciente con clínica compatible, se solicita PCR para malaria, siendo positiva para Plasmodium falciparum, con Tinción Giemsa de sangre positivo para el mismo parásito, con índice de parasitación 15%.

Se comenta el caso con Medicina Interna, quienes ingresan a la paciente e inician tratamiento con piperaquina/artenimol y artesunato, requiriendo además durante su ingreso transfusión de plaquetas, dada la trombopenia que presentaba el paciente.

CONCLUSIONES

La fiebre de origen desconocido tras un viaje a zonas endémicas es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Es importante realizar de forma precoz un correcto triaje y anamnesis para poder identificar las patologías que requieren aislamiento.

La malaria o paludismo se adquiere por la picadura de la hembra del mosquito Anopheles. Es una enfermedad que se reduce a una zona geográfica concreta, en África subsahariana, pero que, debido al aumento del turismo, afecta a personas de todo el mundo, por tanto la incidencia de esta enfermedad en España está creciendo en los últimos años.

En el caso de nuestra paciente, P. falciparum transmite la forma más peligrosa de malaria con los índices más altos de complicaciones y mortalidad debido a sus efectos microvasculares, productor del 80% de todas las infecciones de malaria y 90% de las muertes por la enfermedad. Su periodo de incubación es de 9-14 días.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, escalofríos, sudoración y malestar general, pudiendo producir en ocasiones, diarrea, dolor abdominal, dificultad respiratoria, ictericia, hemorragias retinianas, confusión y convulsiones.

Analíticamente destacan la anemia y hemoglobinuria por hemólisis intravascular, trombopenia e insuficiencia renal, secundaria a depleción de volumen, obstrucción vascular por eritrocitos parasitados o depósito de complejos inmunitarios.

Las infecciones dejan inmunidad parcial, disminuyendo con el paso del tiempo, pudiendo presentar de nuevo paludismo sintomático si regresan a su hogar y vuelven a infectarse.

Por tanto es importante incidir en la población sobre las medidas de prevención cuando se realizan viajes a las zonas endémicas de este tipo de enfermedades.

P. #546

VIVIENDO ENTRE EL YING Y EL YANG

Gabriel José Carpio Guayamo[1], Erick Corpeño Monge[1], Diego Castrillón Rodríguez[1], Paola Dayana González Álvarez[2], José Rubén García Montes[1], Jorge Hernán Agrado Vanegas[1]

1. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
2. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 74 años con antecedentes de base evento cerebrovascular isquémico hace 4 años, recambio valvular aórtico mecánica, hiperplasia prostática benigna, embolización prostática: por hematuria frecuente.
Tratamiento habitual: adiro, acenocumarol, acude por bultoma inguinal derecho de 4 semanas de evolución, que tras ser valorado por medicina interna nos lo traspasan a cirugía por sospecha de aneurisma arterial.

OBJETIVO

Identificar y realizar diagnóstico diferencial del bulto en región inguinal
Seleccionar la prueba de imagen con mayor sensibilidad y/o especifidad según el diagnóstico probable
Diagnóstico y manejo del cuadro clínico

MÉTODO

Exploración física:
Presenta bultoma inguinal derecho pulsatil, dimensiones 2cmx2cm aproximadamente, no signos de flogosis, no empeora con el valsava.
Se realiza ecografía clínica a pie de cama objetivando vasos arteriales en ecografía doppler con buena vascularización de arteria femoral comun y superficial, con imágen de unos 6x6 cms perivascular arterial con material hipoecoico en interior encapsulado, descartando aneurisma arterial.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Juicio clínico: Pseudoaneurisma arteria femoral.
Bajo control ecográfico se realiza embolización con trombina de pseudoaneurisma que depende de la arteria femoral superficial derecha con un adecuado resultado morfológico.
Un pseudoaneurisma es un hematoma pulsátil que se comunica con una arteria a través de una rotura en la pared arterial. El pseudoaneurisma femoral es una complicación común de los procedimientos invasivos. (1,2,3), Hay tres rasgos característicos de los pseudoaneurismas en la ecografía: la presencia de pulsatilidad expansiva, la detección de flujo turbulento que aparece como un signo clásico del “yin-yang” y un hematoma con ecogenicidad variable.

CONCLUSIONES

El pseudoaneurisma es una complicación descrita frecuentemente. El tratamiento definitivo se realizo con inyección de heparina endovascular como lo descrito en la literatura. La ecografía clínica sirvió para evitar realizar otras pruebas diagnosticas que requieren tiempo, invasivas y ademas radiaciones innecesarias al paciente con una seguridad en el alta del paciente.

P. #547

MENINGITIS BACTERIANA SECUNDARIA A OTITIS MEDIA: CUANDO UNA INFECCIÓN COMÚN SE CONVIERTE EN UNA URGENCIA NEUROLÓGICA

Francisco Ubet Barberá, Ainhoa Narros Giménez, Arantxa Ramos Miravet, Marina Esther Cillanueva Ortiz, Patricia González Cuadrado, Germán Pablo Lalomia

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 61 años traído a Urgencias por ser encontrado por su familia desde por la mañana con bajo nivel de conciencia y respuesta a estímulos. Valorado el día previo en atención primaria por molestias en oído derecho tras proceso catarral, donde pautan tratamiento con ciprofloxacino ótico 7 días. Sus familiares refieren que el día previo se acostó con mal estado general, fiebre e intenso dolor de cabeza.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Bajo nivel de conciencia. Responde a la llamada y estímulos intensos. Glasgow de 11. Emite lenguaje con palabras sueltas y monosílabos. No conversa. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmo. Moviliza las cuatro extremidades ante estímulos. No signos cerebelosos. No signos meníngeos claros.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ANALÍTICA: Leucocitosis
- RX TORAX: Sin condensaciones.
- TAC CRANEAL: Encéfalo normal. Celdillas mastoideas y oído medio derechos ocupados por material de densidad líquida, en probable

relación con patología infecciosa en dicha localización.

TRATAMIENTO:

- DEXAMETASONA 10 mg.
- CEFTRIAXONA 2 gr.

DIAGNÓSTICO:

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA SECUNDARIA A FOCO OTICO DERECHO

EVOLUCIÓN

Dada la sospecha de meningitis se realiza punción lumbar. El paciente precisa sedación con midazolam para su realización. Se realiza Punción lumbar diagnóstica con trocar 22G y se extraen 4 tubos de líquido turbo con presión de apertura de 32 cmH2O. LCR: Aspecto: Turbio; Leucocitos: 8.340 /µL; Polimorfonucleares: 89 %; Mononucleares: 11 %; Glucosa: 5 mg/dL. Se contacta con UCI dado su bajo nivel de conciencia y se decide ingreso en su unidad.

CONCLUSIONES

El presente caso clínico resalta la importancia de considerar la meningitis bacteriana como complicación grave de una infección ótica, especialmente en pacientes con síntomas neurológicos progresivos. En este paciente de 61 años, la evolución desde un cuadro catarral con otalgia hasta un estado de bajo nivel de conciencia subraya la rapidez con la que pueden desarrollarse las complicaciones infecciosas del sistema nervioso central.

El diagnóstico se estableció con base en la clínica, el hallazgo de ocupación del oído medio en la tomografía craneal y la punción lumbar, que reveló líquido cefalorraquídeo con hallazgos compatibles con meningitis bacteriana aguda. La presión de apertura elevada y la hipoglucorraquia fueron datos claves en la confirmación del diagnóstico.

El manejo temprano con antibióticos de amplio espectro y corticoides resultó fundamental para frenar la progresión del cuadro infeccioso y reducir la inflamación del sistema nervioso central. El ingreso en UCI fue indicado debido al deterioro del nivel de conciencia, lo que permitió un manejo más intensivo del paciente.

Este caso enfatiza la relevancia de la detección temprana de signos de alarma en infecciones óticas y el reconocimiento inmediato de síntomas neurológicos que sugieran meningitis. La educación del personal sanitario y la población en general sobre la progresión de estos cuadros es clave para mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad asociada a esta patología potencialmente letal.

P. #549

TROMBOSIS COMPLETA DE AORTA: ENFERMEDAD DE LERICHE

Silvia Sánchez Menéndez[1], Liliana Meana Sánchez[2], Elena Rodríguez Alonso[2], David Iglesias Pedemonte[1], Derly Katerine Herreño Carrillo[1], Adriana Fanjul Frade[1]

1. Hospital de Arriondas, Arriondas, España
2. Hospital Valle del Nalón, Sama De Langreo, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes. Varón 57 años. Hipertensión arterial, diabetes mellitus, ex-fumador. Tratamiento endovascular estenosis proximal AICI (BeGraft 10x37) 07/12/2023. Arteriografía diagnóstica + kissing stent ambas iliacas comunes 21/03/2024
Actualmente antiagregado con AAS 100 mg, Enalapril20/ Hidroclorotiazida, Metformina
Enfermedad actual. Derivado desde AP a hospital comarcal tras haberlo encontrado en el suelo del domicilio los familiares con dolor e incapacidad para la movilización de ambas extremidades inferiores.
Exploración.
Extremidades inferiores a su llegada cianóticas, frías y con déficit sensitivo y motor; sin pulsos.
Pruebas complementarias
Analíticamente llama la atención una leucocitosis de 58.000-60.000 - En TC aorta se comprueba la presencia de trombosis aórtica
Diagnóstico.
Trombosis completa aorta que condiciona trombosis completa de ambas iliacas: enfermedad de Leriche
Evolución.
Dada la edad y aspecto de ambas extremidades se decide cirugía urgente. Se traslada a hospital de referencia con servicio de Cirugía vascular. Se informa a la familia de la situación de riesgo. IQ: By pass aortobifemoral con prótesis Dacron 16x8 mm via media. Fasciotomía de MID de compartimentos anterior y posterior
Tras intervención, hemodinámicamente inestable, lividece generalizadas.
By pass funcionando con pulsos femorales. Mejoría de las extremidades inferiores con respecto a la situación previa. Pies "cerrados". Redones y apósitos bien, Abdomen anodino, sin distensión abdominal y blando.
El paciente sufre PCR precisando desfibrilación. Necesita de dosis tope de vasoactivos para mantener tensiones y está en oligoanuria.
Se mantiene las medidas de soporte hemodinámico y control del paciente. Mal pronóstico.
Se considera paciente no candidato a nueva RCP en caso de nueva PCR dada isquemia establecida, inestabilidad HD sin respuesta a vasoactivos a dosis máximas, acidosis metabólica e hiperK refractaria y ausencia de diuresis en paciente con rabdomiolisis importante con CK >50000.
Finalmente nueva PCR, siendo exitus a las 12h del ingreso.

CONCLUSIONES

El síndrome de Leriche es una variante rara de enfermedad vascular aterosclerótica que se distingue por producir oclusión total de la aorta abdominal, las arterias iliacas comunes o ambas; generalmente esta enfermedad no afecta las arterias renales
La incidencia y prevalencia exactas de esta enfermedad han sido difíciles de determinar, debido a que muchos pacientes que cursan con ella son asintomáticos, como consecuencia del desarrollo de redes vasculares colaterales; sin embargo, en algunos estudios su prevalencia varía entre 0.7% en mujeres y 1.3% en hombres
Esta enfermedad se distingue clínicamente por un síndrome de claudicación en los miembros inferiores
Afecta principalmente a pacientes del sexo masculino y con predisposición a la enfermedad arterial periférica, expuestos a factores de riesgo, como tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, obesidad y diabetes mellitus
La técnica de imagen de elección para su diagnóstico es el angio-TC, siendo la angio-RM una buena opción en pacientes con contraindicación para la administración de contraste yodado. El tratamiento de elección es el bypass aortobifemoral.

P. #550

DE LA ODINOFAGIA A LA TROMBOFLEBITIS: EL SÍNDROME DE LEMIERRE

Ingrid María Muñoz Serrano, Patricia Martínez Cañavate, Ángela Pedreño Lorente, Fernando Guil Giménez, Elena Belda López, Oleg Kyrychenko .

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 66 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, obesidad, tabaquismo (paquete diario) y enolismo. En tratamiento con ramipril 10mg, metformina/sitagliptina 1000mg/50mg, atorvastatina 40mg y lorazepam 1mg. Consultó en Servicio de Urgencias por odinofagia, dolor laterocervical derecho y sensación distérmica no termometrada de 10 días de evolución. Disnea progresiva, sin dolor torácico, sin tos ni expectoración. Consultó 72 horas antes en Atención Primaria, iniciándose cefuroxima 250mg/12h y fluidasa/24h, sin mejoría. No otros síntomas en anamnesis dirigida por aparatos.
Inicialmente TA 167/78 mmHg, FC 84 lpm, FR 23 rpm y SpO2 95%. Tª 38.1°C. Alerta y orientado, taquipneico y con estridor a su llegada. A la exploración física, tumoración laterocervical derecha dolorosa, sin adenopatías cervicales ni abscesos bucales, pero con enfermedad periodontal severa. Amígdalas de tamaño normal, sin placas ni exudados. Auscultación cardiopulmonar y resto de exploración física anodina.
Se administró metilprednisolona 100mg iv y paracetamol iv, con mejoría sintomática. Se solicitó analítica sanguínea, con proteína C reactiva 16.6 mg/dL, procalcitonina 2.04 ng/mL, hemoglobina 11.2 g/dL, leucocitos 16500 con 76.5% neutrófilos, tiempo de protrombina 13.7 seg, actividad 74%, INR 1.31 y fibrinógeno 787 mg/dL. En la radiografía de tórax se observó un índice cardiotorácico aumentado con redistribución vascular pulmonar.
Ante la clínica y resultados de pruebas complementarias realizadas, se solicitó tomografía computarizada (TC) cervical con contraste urgente, evidenciándose extensa tromboflebitis de vena yugular interna (VYI) derecha por probable síndrome de Lemierre, con extensión a vena cava superior y efecto masa sobre estructuras adyacentes. Vía aérea permeable, con miositis de esternocleidomastoideo derecho sin claras colecciones cervicales. Sin signos de trombosis venosa central ni defectos de repleción carotídeos.
Se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam iv e interconsultó a ORL, indicándose foco odontógeno como primera posibilidad. Se cursó ingreso a Medicina Interna dada afectación y comorbilidad.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemierre es una entidad infrecuente pero potencialmente letal, caracterizada por tromboflebitis séptica de VYI y embolias sépticas secundarias, principalmente pulmonares. El agente etiológico más común es Fusobacterium necrophorum, bacteria anaerobia gramnegativa presente en la flora orofaríngea.
El diagnóstico temprano es crucial para mejorar el pronóstico. Supone un desafío, ya que los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos y superponerse con infecciones comunes de la vía aérea superior. La sospecha clínica debe surgir ante un paciente con antecedentes de infección orofaríngea que desarrolla dolor cervical unilateral, fiebre persistente y signos de sepsis. Las pruebas de imagen, como la TC con contraste, son fundamentales para confirmar presencia de trombosis de VYI y evaluar su extensión.
El manejo incluye la administración precoz de antibioterapia intravenosa de amplio espectro, dirigida principalmente contra anaerobios: betalactámicos con inhibidores de betalactamasas o una combinación de cefalosporinas de tercera generación con metronidazol. La duración del tratamiento, 4 a 6 semanas, depende de la respuesta clínica y resolución de complicaciones. En casos con abscesos o colecciones puede ser necesario el drenaje quirúrgico. El uso de anticoagulación es controvertido e individualizado, especialmente por extensión de la trombosis o riesgo embólico elevado.
Desde el punto de vista docente, este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha para diagnósticos poco comunes pero graves en pacientes con presentaciones clínicas comunes, como odinofagia y dolor cervical. La formación continua y revisión de casos clínicos inusuales son esenciales para reconocer y manejar eficazmente estas patologías, mejorando los resultados clínicos y reduciendo la morbimortalidad asociada.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Spelman, D. Lemierre syndrome: Septic thrombophlebitis of the internal jugular vein. UpToDate. Actualizado octubre 2024.
Kuppalli, K., Livorsi, D., Talati, N. J., & Osborn, M. (2012). Lemierre's syndrome due to Fusobacterium necrophorum. The Lancet. Infectious diseases, 12(10), 808–815.

P. #582

ME DUELE EL BRAZO Y ME PICA EL OJO

Iona Rodrigo Pons[1], Miguel Sánchez Torrijos[2], Eva Vidal Martí[1], Sara Yousfi López[1], Carmen Beltrán García[1], Andrea Lluesma Guillén[3]

1. Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España
2. Hospital Clínico De Valencia, Valencia, España
3. Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años que acude por dolor en brazo izquierdo y molestias en el ojo izquierdo.
ANTECEDENTES PERSONALES:
** Alergia a Betalactámicos.
** Fumadora activa de 2.5paquetes/día desde joven (Índice tabáquico 100años-paquete).
** Antecedentes médicos:
- Hipercolesterolemia
- Neoplasia mamaria izquierda (2014) cuadrantectomía + radioterapia. Libre de enfermedad sin sospecha de recidiva.

** Tratamiento habitual:
- Atorvastatina 10mg
- Etoricoxib 60mg
- Pomada eritromicina ocular

ANAMNESIS: La paciente refiere dolor en hombro y codo izquierdos desde hace dos semanas súbito, sin sobreesfuerzos ni traumatismos, no mejoran pese a analgesia. Además, refiere molestias en ojo izquierdo y párpado caído que no han mejorado pese a la pomada recetada.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
- Constantes: SatO2: 91%, TA: 121/76mmHg, FC: 110lpm.
- Brazo izquierdo: No alteraciones dérmicas, hematomas o tumefacción. Movilidad del hombro conservada dolorosa en los últimos grados, no limitada. Dolor a la palpación de epicóndilo, movilidad conservada. Muñeca y mano no dolorosas. Neurovascular distal conservado.
- Ojo izquierdo: marcada ptosis, pupila izquierda miótica.

En la historia personal de esta paciente destacan dos visitas a urgencias, una en la que fue valorada por una epicondilitis (radiografía de codo normal y tratamiento con antiinflamatorios) y otra por molestias oculares, se trató con pomada antibiótica por sospecha de queratitis puntata vírica.
La exploración ocular no nos gusta ni coincide con la exploración realizada los días previos, por lo que re-historiamos y re-exploramos nuevamente. Braquialgia izquierda de 3 semanas que coincide con aparición de ptosis palpebral. Además relata pérdida de 10kg en pocos meses, astenia e hiporexia.
- Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos
- Auscultación pulmonar: hipofonesis izquierda.
- Neurológico: Pupila izquierda miótica, ptosis. Resto normal, sin focalidad.

Se solicita valoración por Oftalmología y mientras tanto se repasa la historia: pupila miótica + ptosis palpebral es altamente sugestivo de Síndorme de Horner (SH). Un síndrome neurológico debido a una alteración de la vía simpática (paresia oculosimpática) la etiología del cual depende un 43% de lesiones debidas a traumas, alteraciones o cirugías que afectan al ápex pulmonar.
Además, un SH asociado a un cuadro constitucional y una braquialgia ipsilateral nos recuerda a un complejo síndrome, el Síndrome de Pancoast (SP), que se produce por un tumor en el vértice pulmonar. Su causa principal es el cáncer de pulmón no microcítico, y cursa con SH (afectación del sistema simpático cervical y del ganglio cervical inferior) y con dolor de brazo ipsilateral por la extensión local del tumor a pleura parietal y plexo braquial.
Cuando la paciente vuelve de Oftalmología se confirma nuestro diagnóstico: SH izquierdo a estudio.
Como hemos comentado anteriormente y con nuestra sospecha clínica, solicitamos una radiografía de tórax que lo confirma: Aumento de densidad parahiliar izquierda sugestiva de tumoración. Hallazgos compatibles con SP.

CONCLUSIONES

Habitualmente el diagnóstico de SP es tardío porque se confunde con un
hombro doloroso o una epicondilits y además se suma una gran dificultad diagnóstica porque no es habitual valorar la braquialgia de forma conjunta con las alteraciones oculares. De hecho, así empezó nuestro caso… un dolor de brazo persistente por un lado y unas molestias oculares por otro.
Solamente cuando hemos valorado al paciente de forma holística, con una visión integral, revisando nuevamente la historia clínica y, prestando especial atención a la cronología de los hechos, los signos y síntomas, hemos podido lograr un diagnóstico definitivo, evitando una mayor demora en la detección de esta grave patología.

P. #588

DEL PULMÓN BLANCO A LA RESOLUCIÓN COMPLETA: UN CASO DE ATELECTASIA REVERSIBLE

Pablo Olivares Carril, Flora García Sánchez, Mauro Andrés Bosi
Hospital Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), cardiopatía isquémica estable y asma bronquial bien controlada. Refiere drenaje pleural hace 20 años por neumonía complicada. Su situación basal es independiente para las actividades de la vida diaria. Vive con su marido y camina largas distancias diariamente.

Acude a urgencias por disnea progresiva de tres días de evolución, asociada a un episodio presincopal en domicilio, sin fiebre, dolor torácico, ni otra sintomatología acompañante.

Exploración física: paciente consciente, orientada, colaboradora y disneica en reposo, con taquipnea evidente. Constantes vitales: presión arterial (PA) 140/80 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 88 lpm, saturación de oxígeno (SatO2) 78% en aire ambiente. Piel pálida, sin signos de cianosis. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación global en el hemitórax izquierdo, sin ruidos añadidos; murmullo vesicular conservado en el hemitórax derecho. Abdomen blando y depresible, sin masas palpables. Miembros inferiores sin signos de edema ni trombosis venosa profunda (TVP).

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: pulmón blanco izquierdo. Analítica de sangre sin alteraciones significativas en hemograma, bioquímica o coagulación. Test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para coronavirus negativo.

Se realiza ecografía clínica, sin hallazgos de derrame pleural. La tomografía computarizada (TC) de tórax revela el bronquio principal izquierdo ocupado, con colapso completo del pulmón izquierdo, sin observarse masas claras aunque no se pueden descartar.

Dada la clínica y los hallazgos radiológicos, se consulta con el servicio de Neumología, que indica ingreso hospitalario para broncoscopia diagnóstica. La broncoscopia muestra un tapón mucoso en el bronquio principal izquierdo, que es aspirado, logrando la reapertura completa del bronquio. No se identifican signos de neoplasia. El cultivo del broncoaspirado es negativo para patógenos bacterianos. La evolución clínica es favorable, con resolución completa de la atelectasia, corroborada mediante radiografía de control.

CONCLUSIONES

La atelectasia es una patología caracterizada por el colapso del tejido pulmonar, que puede presentarse de forma aguda y causar insuficiencia respiratoria significativa en casos extensos. Su etiología incluye múltiples causas, desde procesos obstructivos hasta compresivos. El diagnóstico en urgencias requiere una alta sospecha clínica, apoyada por exploración física, radiografía de tórax y ecografía clínica, herramientas clave en la valoración inicial.

En este caso, el hallazgo de pulmón blanco en la radiografía orientó el diagnóstico diferencial hacia procesos como derrame pleural, neumotórax, compresión extrínseca por tumor o adenopatía, y obstrucción endobronquial. La TC de tórax permitió localizar la obstrucción en el bronquio principal izquierdo, lo que motivó la realización de una broncoscopia diagnóstica y terapéutica.

La identificación y aspiración del tapón mucoso condujo a la resolución inmediata del cuadro clínico, subrayando la importancia de esta técnica en casos de atelectasia por obstrucción endoluminal.

En conclusión, la atelectasia debe considerarse siempre ante la presencia de disnea de nueva aparición y hallazgos radiológicos sugestivos. Una evaluación sistemática y el uso de pruebas de imagen adecuadas pueden guiar al diagnóstico y tratamiento efectivo, mejorando el pronóstico del paciente.

P. #602

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA POR CLINDAMICINA

Elena Dieste Ballarin, Jerusalén Pascual Duro, Estefanía Córdoba Canella

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 65 años de raza caucásica residente en un albergue social con historia de enolismo crónico, deterioro cognitivo multifactorial y EPOC, que acude a urgencias derivado por su médico por cuadro de dos semanas de evolución de aparición brusca de lesiones eritematosas descamativas, pruriginosas y dolorosas diseminadas en cuero cabelludo, cabeza, cuello, tronco y miembros inferiores. En los 10 días previos recibió tratamiento con clindamicina oral por infección de una úlcera del pie derecho con cultivo Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.

A su llegada a Urgencias presenta buen estado general, afebril, tendente a la hipotensión arterial y frecuencia cardiaca 105 latidos por minuto. En la exploración dermatológica, destacaba eritrodermia generalizada compuesta por papulopustulas con tendencia a la confluencia en tronco y más dispersas en miembros con pústulas milimétricas confluentes sin respetar palmas ni plantas; edema facial periocular, descamación psoriasiforme superficial con signo de Nikolsky negativo; no afectación ungueal y Muguet oral.

Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia y eosinofilia, plaquetopenia, elevación del fibrinógeno, D-Dimero y LDH, fracaso renal agudo, asi como aumento de los reactantes de fase aguda. Se realiza frotis de sangre periférica donde se objetivó refuerzo de la granulación con vacuolización de los neutrófilos, serie roja normocítica- normocrómica sin esquistocitos. Se solicitan serologías múltiples que fueron negativas. Se tomaron biopsias de la piel en diferentes localizaciones con las siguientes alteraciones anatomopatológicas: paraqueratosis y presencia de pústulas superficiales con intenso infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares y, espongiosis epidérmica.

Ante la sospecha de un cuadro de pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) secundaria a Clindamicina se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenosa a altas dosis así como antibiótico con meropenem y linezolid ante el cuadro clínico y analítico compatible con infección asociada a úlcera de miembro inferior. Se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y durante las siguientes 24 horas el paciente permanece estable con adecuada evolución clínica por lo que ante la ausencia de necesidad de medidas de soporte pasa a planta de Medicina Interna para continuación del tratamiento con corticoides con pauta descendente de prednisona oral y resto de cuidados.

CONCLUSIONES

La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) es una infrecuente reacción adversa cutánea caracterizada por el rápido desarrollo de pústulas estériles no foliculares sobre una base eritematoedematosa. Tiene una tasa de mortalidad menor del 5%, sin embargo, puede tener afectación sistemática con fallo multiorgánico en los casos más severos. La principal causa de esta patología es farmacológica (antibióticos mayoritariamente).

El sello histológico para su diagnóstico es la presencia de pústulas espongiformes subcorneales o intraepidérmicas en biopsias de piel y macroscópicamente la presencia de múltiples pústulas no foliculares <5mm sobre una base eritematosa. La fase aguda de la enfermedad se acompaña de fiebre con alteraciones analíticas de leucocitosis con neutrofilia, compromiso de la función renal, alteraciones de la coagulación y elevación de reactantes de fase aguda. La gran mayoría de los casos de PEGA son leves presentando un curso benigno, autolimitado y que tiende a resolverse de manera espontánea tras la suspensión del fármaco causante. En los casos más severos como es el de nuestro paciente, el compromiso multisistémico puede ser severo por lo que en estos casos requieren tratamiento de soporte intensivo y corticoesteroideo intravenoso a altas dosis.

Es primordial destacar que la PEGA tiene un diagnóstico principalmente clínico que precisa confirmación histiológica. Pese a tener baja incidencia a nivel mundial, puede causar múltiples complicaciones con una evolución grave si no se identifica de forma precoz, se detiene el agente casual y se inicia tratamiento con corticoides. De esta forma suelen presentar una adecuada evolución con resolución completa del cuadro, reduciendo drásticamente la morbimortalidad relacionada con la PEGA.

P. #604

"NO SE PREOCUPE, MI HIJA ES DE TENSION BAJA" IMPORTANCIA DE LA TOMA DE CONSTANTES VITALES EN EL TRIAJE DE URGENCIAS

Laura De Los Ángeles Adame Sanz, Celina Angélica Castro Soto, Daniel Flores Gálvez, Juan Rafael Castilla Castillejo, José Domingo García-Revillo Fernández, Borja Valverde Bascón

Hospital Infanta Margarita, Cabra, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales. Niña de 14 años. Síndrome de Down. Hipotiroidismo subclínico. CIA tipo ostium secundum.
Motivo de consulta: refiere dolor abdominal generalizado y fiebre de hasta 39.5°C de 24 horas de evolución acompañado de vómitos, astenia y malestar general. Ayer valorada por el mismo motivo con FC: 115, fiebre. No consta tensión arterial.
Constantes en triaje: temperatura 39.4°C Glucemia: 68.
Exploración física: mal estado general, decaimiento, palidez mucocutánea, disnea con leve trabajo respiratorio. No se captan tensiones en consulta. Auscultación: tonos cardiacos rítmicos y rápidos, MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: doloroso a la palpación de forma difusa, blando, depresible. No signos de irritación peritoneal. Se intenta toma de tensión en consulta de policlínica sin éxito.
Dado cuadro clínico de la paciente y constantes alteradas, SE ACTIVA CÓDIGO SEPSIS Y PASA A CONSULTA DE CRÍTICOS.
Se monitoriza a la paciente. Se extraen hemocultivos, se realiza sondaje vesical y se extrae urocultivo. Se extrae hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa y sistemático de orina. Se administra suero fisiológico 500ml, paracetamol 1g iv, ondansetron iv.
Se administra antibioterapia empírica, meropenem 1g iv.
Se contactó con UCI y radiología para solicitar TC abdominopélvico.
Pruebas complementarias. Analítica con leucocitosis 26000 con neutrofilia, PCR 101. Procalcitonina: 8.9 Cr: 1.4. Resto normal incluyendo perfil hepatopancreático e iones. GSV: pH: 7.15, pCO2: 35 hco3 12. Iones normales. Glucosa 66. Hb: 11.8 Láctico 92.
ORINA: Leucocitos 75. Nitritos positivos.
Radiografía de torax: sin condensaciones ni otros hallazgos patológicos.
TC abdomen y Pelvis. No se objetivan imágenes que sugieran proceso infeccioso abdominal radiológicamente valorable salvo mínima reticulación de la grasa perirrenal izquierda, inespecífica (correlacionar con resto de pruebas). Signos radiológicos indicativos de shock-hipoperfusión con las características descritas.
Dado edad límite de la paciente en edad pediátrica / adulta, tras valoración por UCI, se decidió traslado a hospital de referencia con UCI pediátrica.

CONCLUSIONES

Queremos destacar la importancia de un buen triaje dado que en este caso se retraso la valoración de la paciente por tener una prioridad menos grave de la que le correspondía al no anotar las constantes. Debemos recalcar que intentaron tomarlas en triaje y al no captar tensiones la madre refirió que habitualmente tenía la tensión baja por lo que creo una falsa tranquilidad. Nos gustaría que este caso sirviese para reivindicar la necesidad de una especialidad en urgencias y emergencias para enfermería, dado que de este modo se mejoraría la atención de nuestros pacientes.
También queremos destacar la importancia de que el médico, como responsable del paciente. debe solicitar los datos una vez los tengamos en consulta si no han sido aportados previamente.

P. #605

ME DUELE EL CUELLO Y ME CUESTA RESPIRAR

Marta García De Prado Cwierz[1], Olga Jiménez Alfonso[1], Luján Llorente De Santiago[1], Sara Gayoso Martin[1], Lydia Isabel González Cwierz[2], Rocío Martínez Padilla[1]

1. Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España
2. Centro de Salud Gregorio Marañón, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 68 años, alérgica a ácido acetil salicílico. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia. fumadora. Reflujo gastroesofágico, Insomnio. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, miringotomía. En tratamiento con: rabeprazol, metformina+ sitagliptina, ramipril, rosuvastatina 20mg, pregabalina 100mg, quetiapina 50mg, clometiazol, dexametasona oftálmico. Acude a urgencias por tumefacción cervical con dolor, odinofagia y disnea de menos de 24horas de evolución. Niega clínica infecciosa días previos. No traumatismo. Niega alergias. Refiere dificultad para apertura bucal. Exploración física: Afebril, Frecuencia cardíaca: 111, Tensión arterial: 119/102, saturación O2 91%. Consciente, normohidratada, normoperfundida. Cabeza y cuello: Dolor a la palpación de región anterior cervical. No enfisema, trismus. Úvula y paladar blando edematosos. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular disminuido, roncus en base izquierda que no moviliza con la tos. Abdomen y extremidades normales

Pruebas complementarias: ecografía a pie de cama, no visualizando abscesos ni quistes. Electrocardiograma con taquicardia sinusal sin otros hallazgos. Analítica: Leucocitosis con neutrofilia absoluta ($17.60x10^3/mm^3$- $15.36x10^3/mm^3$) Con hipoxemia en gasometría arterial (pO2 61.4mmHg). La radiografía de tórax fue anodina.

Ante sospecha clínica de epiglotitis, se inicia tratamiento con antibiótico de amplio espectro (amoxicilina clavulánico 1g intravenoso (IV) y clindamicina 600mg IV), corticoides a 1mg/kg IV, sueroterapia y oxigeno con gafas nasales a 2lpm, permaneciendo la paciente estable.

Se solicitó valoración por otorrinolaringología, quien con fibroscopia confirmó sospecha diagnóstica: Supraglotitis con eritema de epiglotis, sin lesiones aparentes en las cuerdas vocales. Se solicitó traslado a hospital de referencia con Unidad de cuidados intensivos (UCI) para observación ante riesgo de empeoramiento clínico y obstrucción de vía aérea.

Durante el ingreso se realizó nasofibroscopia objetivando epiglotis enrojecida y algo engrosada, repliegues aritenoepiglóticos enrojecidos y edematosos. En tomografía axial computarizada con contraste intravenoso: engrosamiento de la epiglotis, repliegues aritenoepiglóticos y disminución de la luz de la vía aérea en posible relación con proceso inflamatorio/infeccioso. Se cambió el antibiótico a cefotaxima 1g cada 8h y metilprednisolona cada 12h. La paciente evolucionó favorablemente. Al alta se mantuvo tratamiento con cefixima 400mg/12h durante 5 días.

CONCLUSIONES

La supraglotitis es una inflamación aguda de epiglotis/supraglotis que supone una patología urgente, ya que puede evolucionar a obstrucción completa de la vía aérea. Los síntomas iniciales son similares a los de la laringitis víricas, pudiendo cursar con: disfagia, odinofagia intensa, sialorrea, insuficiencia respiratoria, intolerancia al decúbito, etc. Pudiendo ocasionar la muerte si no se trata.

Ante síntomas compatibles siempre hay que considerar el diagnóstico diferencial y si se mantiene la sospecha iniciar un tratamiento con corticoides, antibióticos y medidas de soporte de forma precoz para evitar su progresión y el deterioro de la situación clínica del paciente.

Aunque la vacunación frente a Haemophilus influenzae tipo b ha disminuido el riesgo, es una entidad que se sigue dando. Existen otras causas tanto infecciosas (bacterianas, víricas o fúngicas) como no infecciosas (edema angioneurótico, traumatismos, lesiones cáusticas…). Por lo que requiere una alta sospecha clínica y un adecuado manejo inicial para evitar complicaciones.

P. #606

EFICACIA VERSUS COMPLICACIONES DE LA TROMBOLISIS DURANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Alicia Pacho Gimare[1], Rebeca Santos Nieto[1], Rafael Molinero Pérez[1], María Asunción Jorge Martin[1], Beatriz Nieto Miguel[2], María Cristina García Sánchez[1]

1. Gerencia de Asistencia Sanitaria, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 66 años
Síncope recuperado y posterior síncope con pérdida de conciencia mantenida.
Sin antecedentes personales
Examen físico:
Inconsciente. Escala Coma Glasgow 4
Constantes vitales
- 120/97
- 136 latidos por minuto
- Saturación de oxígeno 89%
- 35.5 grados centígrados

Pruebas complementarias:
TAC (tomografía axial computarizada) arterias pulmonares: TEP (tromboembolismo pulmonar) agudo
Analítica: acidosis metabólica
Juicio clínico: Parada Cardiorespiratoria secundaria a TEP
Durante su estancia sufre varias PCR (parada cardiorrespiratoria) con actividad eléctrica disociada, recuperadas con adrenalina y masaje cardiaco.
En electrocardiograma posterior a PCR se objetiva elevación del segmento ST en V1-V4. Compatible con IAM (infarto agudo de miocardio) Anteroseptal
Tratamiento
- Intubación orotraqueal
- Masaje cardiaco
- Adrenalina
- Bicarbonato 1M
- Noradrenalina

Se inicia la administración de Alteplasa (bolo + perfusión).
Evolución clínica: la paciente finalmente fallece no siendo posible recuperar la PCR tras 60 minutos de RCP (reanimación cardiopulmonar).

CONCLUSIONES

La parada cardiaca extrahospitalaria tiene una mortalidad de hasta un 95%. Teniendo en cuenta que un porcentaje alto se deben a infarto agudo o embolismo pulmonar, puede ser correcto pensar que la trombólisis tenga beneficio en estos casos. Los estudios encontrados no muestran complicaciones relacionadas con la administración de trombolisis durante una PCR. Sin embargo, existen datos experimentales que muestran que los trombolíticos pueden atenuar el daño neurológico producido tras la PCR.
Otros estudios encontrados valoran la administración de trombólisis en PCR de corta duración (<10 minutos), sería necesario realizar estudios sobre la administración en paradas prolongadas.

P. #611

ESTE VIAJE ME HA SENTADO REGULAR

Marta García De Prado Cwierz, Luján Llorente De Santiago, Olga Jiménez Alfonso, Elena López Garzón, Edgar Joseph Sábado Angnasing, Sara Gayoso Martin

Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 61 años, natural de Filipinas, con residencia actual en Inglaterra. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Dislipemia, Diabetes mellitus tipo II, hiperuricemia. Tratamiento: alopurinol, alogliptina, metformina, amlodipino, ramipril, atorvastatina, finasterida, tamsulosina, dapaglifozina. Acude a urgencias por mareo, cefalea, malestar general, artromialguias generalizadas, disnea, fiebre (hasta 38) de 5 días de evolución, heces negruzcas malolientes con leve dolor abdominal sin náuseas ni vómitos, disuria sin polaquiuria. No sangrado de mucosas. Niega rash cutáneo. Viaje a Filipinas reciente (vuelta 3 días previos). Refiere serologías dengue positivo que aporta (Ns1Ag positivo, IgM negativo, Ig G positivo).
Exploración física: Frecuencia cardíaca 93lpm, Tensión arterial: 93/61, saturación O2 94%. Consciente, normohidratado, normoperfundido. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, dolor flanco derecho, posible hepatomegalia 2 traveses, sin signos de irritación peritoneal, pulsos femorales presentes y simétricos. MMII: No edemas, no signos de trombosis venosa profunda. Tacto rectal: Melenas
Pruebas complementarias: Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 82lpm, eje normal, sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax y abdomen: normal. Analítica: Plaquetas: $20x10^3/mm^3$ (150-450); Bioquímica: ALT:172 UI/l, GGT: 98UI/l, ALP: 162UI/l. PCR: 3.42mg/dl(<0.60). Se realizó interconsulta a medicina interna infecciosas del Hospital la Paz y se decidió traslado.
Juicio clínico: Dengue con signo de alarma trombopenia secundaria. Tratamiento: Sueroterapia abundante y omeprazol.
Evolución: Durante su estancia ausencia de signos de hemorragia digestiva alta pero por trombocitopenia se decide transfusión de preparado de plaquetas (siendo retiradas al día siguiente por no ver clara indicación de transfusión de plaquetas profilácticas al revisar la literatura), además tiene varios episodios de hipotensión. Se autoresuelven los episodios melénicos, se recuperan las plaquetas y se estabiliza clínica y hemodinámicamente. Tras buena evolución, es dado de alta con recomendación de vacunación para dengue en 6 meses.

CONCLUSIONES

La prevalencia del dengue ha aumentado en muchas regiones tropicales y subtropicales, en parte debido al cambio climático, urbanización, y una mayor movilidad internacional.
El síntoma más común del dengue es la fiebre acompañado de náuseas, vómitos, molestias y dolores articulares, etc. Es decir, que los síntomas leves del dengue pueden confundirse con cualquier enfermedad que cause fiebre. Pudiendo cambiar a grave en unas pocas horas. De ahí, la importancia de la sospecha clínica

ante un viaje al extranjero.
En España, el dengue no es endémico, lo que significa que no circula de manera constante en la población. Sin embargo, en los últimos años ha habido casos esporádicos de dengue debido a la presencia del mosquito Aedes aegypti, el principal transmisor de la enfermedad, en algunas zonas del país, especialmente en áreas tropicales y subtropicales. Estos casos generalmente son importados por personas que han viajado a países donde el dengue es común y luego han sido picadas por mosquitos en España. Pudiendo potencialmente propagar el virus.
En resumen, el dengue aún no es un problema de salud pública significativo en España, las autoridades están alerta ante la posibilidad de transmisión local, especialmente debido al cambio climático y los viajes internacionales. La prevención sigue siendo la clave para minimizar el riesgo.

P. #616

CUANDO LA NOCHE EMPIEZA MOVIDA, EL NEUMOTORAX LLEGA A TU VIDA

Sara Moreno Suárez, Francisco José Contreras Anguita, Ana Lucía Mora Gómez

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 19 años que acude a nuestro servicio, trasladada desde hospital comarcal con el equipo del 061 por neumotórax izquierdo abierto.
La paciente se encontraba en una fiesta, y tras caída casual sufre traumatismo en región costal izquierda con herida inciso contusa penetrante por un cristal. La paciente consulta inicialmente por dolor en región costal y herida, sin referir disnea. En hospital comarcal se realiza exploración de la herida, observando exposición de pleura y salida de aire con los movimientos respiratorios. Tras estabilización de la paciente, administración de analgesia y extracción de pruebas complementarias se realiza TAC tórax, que informa de moderado neumotórax izquierdo con pequeños focos de contusión pulmonar asociados , sin signos de hemotórax ni sangrado activo.
Se coloca válvula de Asherman y se procede a su traslado a nuestro hospital para tratamiento definitivo.
A su llegada a nuestro servicio la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, Tensión arterial 110/65 Fc 86 lpm saturación del 97% con gn a 1,5 lpm sin trabajo respiratorio. Dolor controlado con analgesia IV (dexketoprofeno y paracetamol) , con un 2/10 en EVA
Se observa válvula de Asherman normoposicionada y sin observar sangrado activo
A la auscultación destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo.
Se realiza interconsulta con cirujano torácico de guardia que valora a la paciente y procede a inserción de tubo de drenaje con reparación de daños de la pared torácica. La paciente ingresa en planta de hospitalización.
Se retira tubo de drenaje a las 24 horas sin complicación, con expansión completa de pulmón izquierdo, comprobando radiológicamente y con evolución favorable de herida quirúrgica. siendo dada de alta a las 48 horas del servicio de Cirugía torácica.

CONCLUSIONES

La válvula de Asherman es un dispositivo o apósito valvular unidireccional oclusivo estéril, no invasivo y de rápida colocación, que permite la salida de aire del espacio pleural , pero no su entrada.
En el caso de nuestra paciente se colocó inicialmente, hasta la implantación definitiva de tubo de drenaje torácico, tratamiento de elección, evitando que el neumotórax moderado pudiese transformarse en neumotórax a tensión , por tanto evitando complicaciones. Es un dispositivo, de fácil manejo y que debemos conocer, manejar y pensar en él ante neumotórax abiertos, previo a tratamiento definitivo.

P. #619

NEOPLASIA HEMOTOLOGIAS SILENTES

Beatriz Fernández Figueroa, Javier Jalvo Lorente, Sonia Beivide Arias

Centro De Salud Sector III, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 55 años fumadora de un paquete diario, sin otros antecedentes de interés, sin medicación habitual. Acude a urgencias por diplopía binocular de inicio brusco desde esta mañana. Presenta diplopía binocular a la mirada vertical que desaparece con el cierre de cualquiera de los ojos. No otros síntomas neurológicos. Acompañado de cifras tensionales 215/117mmhg. Se administra urapidilo 12.5mg 1 comprimido.
Exploración física anodina. Exploración neurológica sin alteraciones.
Es valorada de manera urgente por neurología y oftalmología. Se solicita analítica sanguínea con gasometría venosa, electrocardiograma, radiografía de tórax y escáner cerebral.
Tras el comprimido de antihipertensivo, presenta cifras tensionales en torno 130/90mmhg, se resuelve episodio de diplopía.
La valoración por parte de neurología y oftalmología no presenta alteraciones significativas.
En cuanto a las pruebas complementarias se observa en el hemograma trombocitosis (>1000000/mcl) acompañado de poliglobulia (17.5g/dL), hematocrito 54.8% y volumen corpuscular normal. Resto de bioquímica, coagulación y gasometría venosa sin alteraciones.
Radiografía de tórax y electrocardiograma normal.
En el escáner cerebral se observa silla turca parcialmente vacía, leve tortuosidad e hipo densidad de los nervios ópticos no especifico, pero asociado a signos de hipertensión intracraneal benigna.
Debido a los hallazgos analíticos se realiza interconsulta con hematología quien decide el inicio de tratamiento con hidroxiurea por sospecha de neoplasia mieloproliferativa crónica. Se mantiene observación en urgencias generales con analítica de control, estudio molecular para la mutación JACK-2 y serología viral.
La noche se desarrolla sin incidencias y los resultados de la analítica son similares, persistiendo trombocitosis con poliglobulia y confirmando la mutación del gen JACK-2 y negatividad para la serología.

CONCLUSIONES

Por lo que se confirma que la paciente presenta una neoplasia proliferativa crónica, se ajusta tratamiento medico y se realiza hincapié en los factores de riesgo cardiovascular y se aconseja el abandono del habito tabáquico.
La paciente continua con seguimiento por parte de hematología en consultas externas con tratamiento medico activo.
A parte de seguimiento por su médico de atención primaria, donde se realiza hincapié en los factores de riesgo cardiovascular, como el control de colesterol, cifras de tensión, estilo de vida saludable, el abandono del tabaco.
Con este caso clínico nos refuerza las diferentes causas de diplopía, las cuales no todas son de causa neurológica, si no que una de ellas es la hipertensión, es importante a partir de los 50 años que de manera periódica hagamos medición de la tensión y control de los factores de riesgo cardiovascular.
A parte el hallazgo accidental de trombocitosis en la analítica que lleva al diagnóstico posterior de enfermedad mieloproliferativa crónica. Normalmente es una enfermedad indolente que se diagnostica en un análisis de rutina.

P. #633

UN TUMOR NO TAN BENIGNO

Lucía Salgado Pérez, Sara Solís Moreno, María Victoria Torrente Calleja, Marta Herranz López, Helena Valenzuela Serrano, Laura Viaño Iglesias

Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años
Antecedentes: Fumador (1 paquete/día), consumo de cannabis y antecedentes de consumo de cocaína (hace años).
Sin antecedentes patológicos relevantes, salvo tendinitis (en tratamiento con AINE).
Historia familiar de enfermedad coronaria (padre y tío).
Acude a urgencias con déficit neurológico transitorio: inestabilidad, desviación de la comisura bucal y dificultad para articular el lenguaje, observado por terceros.
Duración breve (segundos) y resolución espontánea.
El paciente se mantuvo consciente y solo recuerda haberse tropezado en dos ocasiones.
Antecedente reciente (15 días previos) de dolor torácico y de espalda de baja intensidad que se autolimita.
Hallazgos en la Exploración y Pruebas Iniciales
Signos vitales: TA 155/105 mmHg; FC 70 lpm; auscultación cardíaca con ritmo regular sin soplos.
Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal a 65 lpm; alteraciones en derivadas inferiores (II, III, aVF) con leve elevación del ST (1 mm) y T negativa; cambios leves en V6.
Análisis de laboratorio:
Troponina I significativamente elevada (primer valor 2.920 Aµg/L y segundo 2.490 Aµg/L), sugiriendo daño miocárdico.
ProBNP levemente elevado.
Prueba de tetrahidrocannabinol positiva; resto de drogas negativas.
Estudios de Imagen
Ecocardiograma Transtorácico:
Ventrículo izquierdo sin dilatación ni hipertrofia, con función global y segmentaria conservada.
Válvula mitral con velos finos, sin insuficiencia, aunque se detecta una imagen redondeada en la zona subvalvular que podrí¬a corresponder a un remanente de aparato subvalvular, cabeza de músculo papilar desprendido o fibroelastoma, sin repercusión hemodinámica.
Ecocardiograma Transesofágico:
Visualización de una pequeña masa (0.7 x 0.6 cm) en el lado ventricular del velo anterior de la mitral, con pedículo, compatible con fibroelastoma papilar.
Se detecta hipocinesia del segmento medio de la cara inferior del ventrículo izquierdo, sin alteraciones en otros segmentos.
Otros estudios:
TC craneal sin hallazgos relevantes.
Impresión Diagnóstica
Neurológico: Accidente isquémico transitorio (AIT) de localización indeterminada, con presentación de disartria facial y alteración del lenguaje, sugerente de etiología embólica y, probablemente, cardiogénica.
Cardiológico:
Probable infarto agudo de miocardio (IAM) inferior reciente, evidenciado por cambios electrocardiográficos (alteraciones en derivadas inferiores), elevación de troponina y hipocinesia segmentaria.
Fibroelastoma papilar en el velo mitral, potencialmente responsable de eventos embólicos (AIT y posible IAM).
Plan de manejo:
Se comienza tratamiento atiagregante y anticoagulación con Enoxaparina y se deriva a cirugía cardíaca a hospital de referencia, tras confirmación de fibroelastoma y sospecha de IAM inferior, con consideración de completar estudio con coronariografía.

CONCLUSIONES

Valor de la evaluación multidisciplinaria:
La presentación de un déficit neurológico transitorio en un paciente con factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, consumo de sustancias y antecedentes familiares) requiere una evaluación conjunta para identificar fuentes potenciales embólicas, como el fibroelastoma papilar.
Personalización del tratamiento:
La integración de los hallazgos clí¬nicos, analáticos (elevación de troponinas, etc.) y de imagen permite individualizar el abordaje terapéutico. Esto incluye desde la instauración de terapia antitrombótica (antiagregantes y/o anticoagulantes) hasta la derivación a cirugía para la resección del fibroelastoma, especialmente cuando se asocia a eventos embólicos recurrentes o a evidencia de daño miocárdico.
En conjunto, el manejo de este caso subraya la relevancia de una evaluación integral en pacientes con síntomas neurológicos transitorios y hallazgos subclínicos de isquemia cardiaca, enfatizando la utilidad de las técnicas de imagen para detectar fuentes embolígenas que, aunque poco frecuentes, requieren un tratamiento oportuno y personalizado para prevenir complicaciones mayores.

P. #636

QUE MALA PATA

María Del Rocío Martínez Cuenca, Paola Guevara Agudo, Leonard Mihaita Roman, Isabel Castillo Vázquez, Lara María Montes Andujar

HM Sanchinarro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 48 años de edad, sin AP de interés, que acude al servicio de urgencias (SU) por cuadro de traumatismo testicular izquierdo (rodillazo) mientras practicaba deporte de contacto (judo) hace unos 30 minutos del traumatismo, asociando nauseas. Acude al SU por dolor local región escrotal de alta intensidad Eva 8/10, irradiado en región hipogástrica ipsilateral. No clínica miccional.
En la exploración física, a su llegada al SU hospitalaria, el paciente se encuentra estable hemodinámicamente (TA 119/75, FC 74), afebril, se evidencian claras fácies dolorosa, con una exploración genitales externos donde destaca: pene normal sin alteraciones, teste derecho sin alteraciones, marcado hematoma en escroto más en teste izquierdo con aumento de tamaño (mas de 1,5 veces el contralateral), doloroso a la palpación, signo de Prehn negativo.
Dado los hallazgos clínicos solicitando ecografía dopler testicular urgente, evidenciando: "marcado aumento de tamaño de la bolsa escrotal izquierda, con un volumen aproximado de 160 cc, ocupado por gran colección ecogénica y heterogénea, compatible con hematoma. El teste izquierdo se muestra completamente desestructurado apreciando tan solo una pequeña parte del polo superior, que en el estudio Doppler color no muestra flujo. Epidídimo no identificado. Los hallazgos son sugestivos de rotura testicular izquierda con extenso hematocele. Cordón espermático identificado en región inguinal rodeado de hematoma. Teste derecho de tamaño conservado y ecogenicidad homogénea, con vascularización preservada. No hidrocele ni varicocele derechos".
ANALITICA: con leve leucocitosis, análisis de orina sin alteraciones.
Tratamiento (tto) administrado en SU: sueroterapia, analgesia escala nivel I OMS
Tras la valoración por Urología de guardia, que tras su valoración deciden intervención quirúrgica con orquiectomía izquierda sin incidencias, con alta en 24 horas sin incidencia con tto sintomático.

CONCLUSIONES

El traumatismo cerrado región escrotal es la forma más frecuente de traumatismo escrotal (accidentes deportivos, accidentes de tráfico) en muchos de los casos presentan lesiones testiculares o para testiculares (contusión, hematocele, torsión testicular, hematoma testicular) y roturas testiculares parciales o totales en más de mitad de los casos.
El caso presentado (rotura testicular con extenso hematocele) releva la importancia de un diagnóstico precoz, y en este caso la necesidad de orquiectomía sin ser posible el tto conservador.

P. #637

NO SIEMPRE ES UN BUEN PLAN DE DOMINGO

María Del Rocío Martínez Cuenca, Paola Guevara Agudo, Leonard Mihaita Roman, Lara María Montes Andujar

HM Sanchinarro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

El paciente con politraumatismo es un herido grave que presenta varias lesiones, una de las cuales, al menos, pone en juego el pronóstico vital a corto plazo. En situaciones de politraumatismo más en traumatismos torácicos puede aparecer neumomediastino que es un cuadro clínico en el que se difunde aire a través del intersticio pulmonar, el mediastino e incluso el cuello; puede ser primario o secundario.
Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 29 años sin APP de interés, sin tratamiento (tto) que acude al servicio de urgencias (SU), por SAMUR, por caída de bicicleta a unos 50-60 km/hora esta mañana, hace unos 40 minutos. A su llegada con SAMUR se refleja que era portador de casco, no TCE, no amnesia. Refiere dolor pleurítico en región tórax derecho. No disnea.
Buen estado general. Portador de collarín cervical, Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. Afebril en el momento actual. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio.
En región supraclavicular derecha herida penetrante redondeada sin sangrado exterior en el momento actual de unos 2 cm de diámetro, con leve enfisema subcutáneo Resto de la evaluación primaria y secundaria sin evidenciar otros hallazgos patológicos.
Pruebas realizadas en Urgencias:
-Analítica: Hemoglobina 14,10 g/dL (14.00 - 17.50), Hematocrito 41,80 % (40.00 - 52.00), Leucocitos 17,80 x10e3/µL (Neutrófilos 15,64 x10e3/µL), coagulación, bioquímica, orina sin alteraciones destacables
- TAC CRANEAL: TC sin alteraciones significativas
- TAC CERVICAL: Moderada cantidad de aire partes blandas mediastino superior y fosa supraclavicular derecha. Moderado neumomediastino superior y fosa supraclavicular derecha.
- TAC Toraco-ABDOMINO PELVIS: Moderado neumomediastino y enfisema subcutáneo en pared torácica anterolateral derecha. Pequeña fractura no desplazada de la extremidad proximal de la clavícula derecha. Si otras alteraciones El paciente presenta buena evolución clínica queda ingresado en UCI medica por 24 horas, con tto conservador (reposo físico, la oxigenoterapia y la analgesia), analgesia nivel I OMS alta hosptalaria en 5 días.

CONCLUSIONES

El neumomediastino es uno de los diagnósticos diferenciales en la valoración de paciente que acue al SU por dolor torácico tras un politraumatismo. El importante reconocer la patología y hacer un diagnóstico diferencial rápido, pudiéndose presentar como complicación en lesión de otros órganos (rotura alveolar, perforación esofágica y/o gástrica). En el caso presentado el tto ha sido conservador sin presentar otras incidencias.

P. #641

DEL MAREO AL TROMBOEMPOLISMO PULMONAR (TEP)

Judith Puig Narváez, Mireia Colom I Guerra, Neus Muñoz Gost
Consorci Sanitari Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años con antecedentes de dislipemia, hipotiroidismo y artritis psoriásica en tratamiento con metotrexato y corticoides. Sin alergias ni hábitos tóxicos. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.
MOTIVO DE CONSULTA
Acude a urgencias derivada del Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) por inestabilidad cefálica y debilidad generalizada al despertar acompañada de relajación de esfínter anal y un episodio de vómito sin productos patológicos. En los días previos explica sudoración intermitente y autolimitada. Niega dolor torácico, disnea o palpitaciones.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Consciente, orientada y hemodinámicamente estable. Neurológicamente sin focalidad ni signos de meningismo. Exploración cardiovascular: tonos rítmicos sin soplos, pulsos distales presentes y simétricos; pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal (72 latidos por minuto), bloqueo auriculo-ventricular 1° grado, bloqueo de rama derecha, T negativas en D3 y patrón S1Q3T3.
Analítica: curva de troponina T (164-315-304 ng/L), proBNP 1511 ng/L, dímero D 15.000 ng/mL.
Radiografía de tórax: índice cardiotorácico <0,5, sin infiltrados parenquimatosos.
EVOLUCIÓN
La paciente permanece monitorizada, hemodinámicamente estable y eupneica con ligera desaturación. Ante ECG compatible con TEP (S1Q3T3, BRDHH) junto a analítica con curva de troponinas positiva y dímero D elevado, se solicita AngioTAC que confirma TEP masivo bilateral con signos de sobrecarga de cavidades derechas e hipertensión pulmonar. De esta manera, se inicia anticoagulación con enoxaparina ajustada al peso y se contacta con el Servicio Emergencias Médicas (SEM) para traslado a su Hospital de referencia.

CONCLUSIONES

El presente caso destaca por la presentación atípica de un TEP masivo en una paciente sin antecedentes enfermedades trombóticas conocidas, pero con factores de riesgo como el tratamiento con corticoides y una enfermedad autoinmune. La clínica inicial de debilidad, mareo y sudoración intermitente, sin dolor torácico ni disnea franca, subraya la importancia de sospechar TEP incluso en ausencia de los síntomas clásicos. Es así ya que, a pesar de contar con herramientas como las escalas de Wells o de Ginebra para evaluar la probabilidad pretest, el TEP sigue considerándose una patología infradiagnosticada.
Este caso pone de manifiesto la necesidad de considerar factores predisponentes en el contexto de patologías tromboembólicas, lo que resalta la importancia de realizar evaluaciones individualizadas. Asimismo, enfatiza el papel del índice de severidad del embolismo pulmonar (PESI) en la estratificación de riesgo, ya que permite detectar la gravedad real del TEP y orientar el manejo clínico, diferenciando a los pacientes de bajo riesgo de aquellos con compromiso hemodinámico significativo. Además, subraya la relevancia del manejo precoz en urgencias, que incluye tanto la estabilización clínica si se requiere como el inicio temprano de la anticoagulación ajustada al peso.
Por otro lado, destaca la utilidad del ECG, con el patrón característico S1Q3T3, y del angioTAC, herramientas clave para confirmar el diagnóstico y evaluar la severidad, especialmente en términos de hipertensión pulmonar y sobrecarga de cavidades derechas, aspectos que condicionan de manera directa el pronóstico inmediato.
Por último, este caso resalta la importancia de una coordinación efectiva entre niveles asistenciales, desde el CUAP hasta el SEM y el hospital de referencia, para garantizar un manejo rápido y eficaz en una patología tiempo-dependiente. En conjunto, este caso refuerza el papel crítico del equipo de emergencias en la identificación y estabilización de una patología potencialmente mortal, poniendo en valor la necesidad de una atención multidisciplinar y protocolizada en este contexto.

P. #649

DIAGNÓSTICO DE VIH A PARTIR DE UNA NEUMONÍA

Mariola Michelini Sola, Ana Belén Montero Alvaredo, Cristina Herranz Martínez, Shadiah Dahdah Castelló, Brenda Rodríguez Ferraz, Ángel Sierra Moreno

Institut Català de la Salut, Viladecans, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años con consumo activo de marihuana y éxtasis líquido, así como antecedentes de consumo previo de cocaína inhalada y heroína parenteral. Explica múltiples parejas sexuales, sin uso de métodos barrera.

Ingresa en urgencias derivado por médico de atención domiciliaria por tos seca, sensación distérmica y desorientación desde la mañana.

A su llegada, el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, con hipotensión, taquipnea, taquicardia y oliguria, además de presentar confusión y agitación.

Insuficiencia respiratoria grave con acidosis metabólica y lactato de 3.6 mmol/L. Leucocitosis con neutrofilia, elevación de proteína C reactiva, procalcitonina mayor de 100 y alteración de la función renal y la coagulación.

Radiografía de tórax con neumonía bilateral. Virus respiratorios negativos. Pendiente de antigenuria, hemocultivos y serología de VIH.

Se orienta como shock séptico de origen respiratorio.

Se administra antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam y se procede a la administración de noradrenalina mediante bomba de infusión continua por hipotensión mantenida.

Se contacta con el hospital de referencia para evaluación por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Durante su ingreso, persiste con insuficiencia respiratoria grave, con requerimiento de oxígeno a alto flujo alterno con ventilación mecánica no invasiva.

Durante el estudio microbiológico, se diagnostica de VIH, con una carga viral de 290.491 copias/mL y un recuento de CD4 de 21 células/µL. Además, los resultados de la PCR en esputo inducido y en lavado broncoalveolar son positivos para Pneumocystis jirovecii, detectando la presencia de 1-3ß-D-glucano. Antígeno criptocócico negativo. Se inicia cotrimoxazol y corticoterapia y se solicita tomografía craneal que resulta normal.

Orientación definitiva: Neumonía bilateral por Pneumocystis jirovecii en paciente con debut de VIH en estadío C3 (CD4 21).

CONCLUSIONES

El diagnóstico tardío del VIH sigue siendo un desafío de salud pública en España. En 2022, casi el 50% de los nuevos diagnósticos fueron tardíos y el 30% correspondieron a enfermedad avanzada, a pesar de que la mayoría de estos pacientes habían tenido contacto previo con el sistema sanitario y presentaban factores de riesgo o condiciones indicadoras en su historial clínico.

Este retraso no solo impacta negativamente en la evolución clínica de los pacientes, aumentando la morbilidad y mortalidad, sino que también dificulta el control de la transmisión del virus en la sociedad. La detección precoz es clave para mejorar el pronóstico individual y reducir la propagación del VIH.

Para abordar esta problemática, en España se han desarrollado programas piloto como “Urgències VIHgila” en Cataluña y “Deja Tu Huella” a nivel nacional. Estas iniciativas promueven el cribado dirigido en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) en nueve situaciones clínicas de alta prevalencia de VIH, incluyendo sospecha de infección de transmisión sexual, chemsex, solicitud de profilaxis postexposición, síndrome mononucleósico, plaquetopenia inexplicada, fiebre sin foco, procedencia de países con alta prevalencia de VIH, neumonía comunitaria y herpes zóster en personas de 16 a 65 años.

La implementación de estrategias sistemáticas de cribado en los SUH representa una oportunidad clave para reducir el diagnóstico tardío, mejorar los resultados en salud y avanzar en el control de la epidemia en nuestro país.

P. #651

ENCEFALITIS POR VHS-1, A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanca Ros Gómez[1], Iris Valle Escamilla[2], Juan Ángel Isabel Morales[3]

1. Médico Emergencias. UME Puertollano, Puertollano, España
2. Médico Emergencias. UME Ciudad Real, Ciudad Real, España
3. Enfermero Urgencias Hospitalarias Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 23 años, sin antecedentes médicos de interés, matemático de profesión, que acude a Urgencias por presentar desde hace dos días cefalea y alteraciones olfativas (olor a químico de forma intermitente, de segundos de duración). Valorado en su hospital de referencia y siendo catalogado de virosis. Es traído en UVI Móvil por presentar crisis tónico-clónica con pico febril de 39º tratado con Midazolam por los servicios de emergencias, con periodo poscrítico posterior.
A su llegada a Urgencias, presenta Glasgow 13/15 con lenguaje incomprensible. Posteriormente presenta importante agitación psicomotriz con deterioro del nivel de conciencia que precisa de aislamiento de vía aérea con intubación orotraqueal e ingreso en UCI.
En cuanto a las pruebas complementarias destaca en la analítica leucocitosis de 14.500 creatinina 1.55 mg/dl, CPK 255 mg/dl, resto anodino.
Se realiza TC craneal sin hallazgos patológicos previa punción lumbar, donde se aisló PCR positiva para Virus Herpes 1, iniciando tratamiento con Aciclovir, con diagnóstico de encefalitis por VHS1. Tórpida evolución en UCI con deterioro hemodinámico y aumento de PIC que precisa craneotomía descompresiva.

CONCLUSIONES

La encefalitis por el virus del herpes simple tipo 1 es la causa más común de encefalitis letal esporádica en todo el mundo con una importante morbimortalidad. El síndrome clínico se caracteriza por la aparición rápida de fiebre, cefalea, convulsiones, síntomas neurológicos focales con alteraciones de los pares craneales, hemiparesia, disfasia, afasia o ataxia y alteración de la conciencia. También son frecuentes los síntomas psiquiátricos. 1, 2
El diagnóstico diferencial más frecuente incluye absceso cerebral, otras infecciones del sistema nervioso central como la neurosífilis, tumores primarios o secundarios, encefalitis paraneoplásica o autoinmune u otras patologías sistémicas como lupus o vasculitis Incluso con un diagnóstico y tratamiento adecuados, la mortalidad puede llegar a ser del 20 al 30 % y una morbilidad significativa a largo plazo, incluyendo alteraciones conductuales, amnesia y deterioro cognitivo. 2.3
Bibliografía:
1. Hanley DF, Johnson RT, Whitley RJ. Sí, la biopsia cerebral debería ser un requisito previo para el tratamiento de la encefalitis por herpes simple. Arch Neurol 1987; 44:1289.
2. Levitz RE. Encefalitis por herpes simple: una revisión. Heart Lung 1998; 27:209.
3. Grydeland H, Walhovd KB, Westlye LT, et al. Amnesia posterior a encefalitis por herpes simple: la imagen por tensor de difusión revela una integridad reducida de la sustancia blanca de apariencia normal. Radiology 2010; 257:774.

P. #652

LEPTOSPIROSIS ICTÉRICA: ANTE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Juan Marcos Sánchez[1], Enrique Romero Sánchez[2], Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[3], Daniel Puente López[2], María Nuria Álvarez Díez[2]

1. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España
2. Hospital Universitario de León, León, España
3. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 51 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de una semana de evolución de malestar general, sensación distérmica y dolor abdominal. Dos días antes de acudir al hospital presenta ictericia franca, orinas colúricas y heces acólicas. Refiere que dos semanas previas a la clínica estuvo en contacto con aguas residuales al desatascar las cañerías de su domicilio. En urgencias, febrícula de 37.4ºC, ictericia marcada e hiperemia conjuntival. En analítica leucocitosis 15690 x10^3 u/L con 90% neutrófilos, trombopenia de 65 x10^3 u/L, creatinina 7.4 mg/dL, hiperbilirrubinemia de 23.7 mg/dL con bilirrubina directa de 22.1 mg/dL, leve elevación de transaminasas y proteína C reactiva 205 mg/dL. Se solicita ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Pasa a Observación donde se produce empeoramiento de estado general en situación de shock, con tensiones de 85/50 mmHg y oligoanuria. Tratamiento inicial con fluidoterapia intensiva y antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y linezolid. Dada mala evolución pese a reanimación inicial se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e inicio de aminas vasoactivas. En su estancia en UCI, positivo para Leptospira en serología extraída en Urgencias, desescalando antibiótico a Ceftriaxona. Buena evolución con mejoría clínica y analítica, permitiendo retirada de soporte vasoactivo y trasladándose a planta de Enfermedades Infecciosas tras 4 días de ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

La leptospirosis, una enfermedad de tipo infecto-contagiosa producida por bacterias del género Leptospira, es un tipo de zoonosis de distribución global que, aunque frecuentemente ubicada en regiones más tropicales del planeta, puede aparecer en nuestro medio. Esta infección, propagada principalmente por roedores, que actúan como reservorio, puede transmitirse a los humanos a través de la exposición a aguas o suelos contaminados por la orina de estos animales. La leptospirosis cursa con síntomas generales como fiebre, cefalea o mialgias, común a múltiples cuadros febriles. Un hallazgo distintivo, aunque en muchas ocasiones pasado por alto, es la hiperemia conjuntival. Entre las formas más graves, como la Enfermedad de Weil o Leptospirosis ictérica, se caracteriza por manifestaciones hepáticas, insuficiencia renal, hemorragias pulmonares y/o rabdomiolisis, asociando una mortalidad del 5-15%.
El diagnóstico se realiza principalmente en base a la sospecha clínica, teniendo esta entidad entre los diagnósticos diferenciales

en zonas endémicas o personas con factores de riesgo derivados de exposición ocupacional. La confirmación diagnóstica se realiza mediante las técnicas de laboratorio como la serología en sangre, detectando anticuerpos específicos, o la detección de material genético mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR).

El tratamiento antibiótico dirigido de forma precoz mejora el pronóstico de la enfermedad y reduce la progresión hacia formas más graves. En las formas leves el tratamiento puede realizarse con doxiciclina durante 7-10 días, mientras que en las formas graves se optará por ceftriaxona al menos durante 7-14 días.

En conclusión, recalcamos que la leptospirosis, aunque rara en nuestro medio, debe considerarse en cuadros febriles sin claro foco en pacientes con antecedentes de exposición a ambientes contaminados, así como la importancia de un diagnóstico de confirmación temprano y tratamiento adecuados, cruciales para evitar las complicaciones más graves.

P. #661

LA COMPLICACIÓN DE UN ABSCESO

Lucía López Gómez, Natalia Beatriz Mena Casado, Gorka Gómez Terrazas, Marina Pulgar Feio, Amaia Gañán Lafuente, Claudia Bordón Poderoso

Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a Urgencias un varón de 32 años con únicos antecedentes de interés dos abscesos hacía más de un mes en ingle y axila, ambos con cultivos positivos a estafilococo aureus meticilin resistente.

Refiere presentar una tumoración en zona occipital de un mes de evolución que ha ido aumentando de manera progresiva. Única clínica acompañante hasta ahora, cefalea occipital opresiva que cede con analgesia de primer escalón. No náuseas, vómitos, fotofobia ni sonofobia. No ha presentado fiebre. El día previo comienza con visión borrosa en ojo derecho, motivo por el que decide consultar.

A la exploración presenta una tumoración blanda en toda la región occipital de unos 6 cm, que no drena de manera espontánea. Exploración neurológica sin hallazgos de interés.

Se solicita analítica de sangre y escáner cerebral.

En el escáner informan de osteomielitis con colecciones tanto en localización extracraneal como intracraneal. Hallazgos sugestivos de cerebritis y ventriculitis, con foco milimétrico hiperdenos sugestivo de microsangrado agudo y edema periférico en sustancia blanca occipital izquierda con leve efecto masa.

Cambios focales en piel y tejido subcutáneo en continuidad con la vertiente medial de la colección epicraneal.

Tras este hallazgo se avisa a Neurocirugía que deciden tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, las conclusiones que sacamos de este caso es que es importante tener en cuenta nuestro instinto y no sacar conclusiones precipitadas ante lo que puede considerarse una clínica leve.

También la importancia de hacer un tratamiento completo sobretodo en estos casos de bacterias meticilin resistentes ya que en ninguna de las otras dos infecciones que había presentado por meticilin resistente se hizo un estudio de otros focos ni se realizó tratamiento erradicador.

P. #663

MAY THURNER; UN SÍNDROME DESCONOCIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lara Lamoneda Gadea, Esther Udi Campo, Sofía Rodríguez Ibáñez

Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 48 años con antecedentes oncológicos de mama y quirúrgicos relevantes con reconstrucción de la misma y finalización de la pauta de heparina 10 días antes de acudir al servicio de urgencias. Consulta por dolor y tumefacción en el miembro inferior izquierdo (MII) sin antecedente traumático.

La exploración física revela edema extenso en MII con tumefacción desde la raíz del muslo hasta el tobillo con pulsos presentes y simétricos. Homans negativo. Los estudios iniciales muestran un dímero D elevado (12,43) y PCR de 13,7, con hallazgo ecográfico de un pequeño trombo parcial en la vena safena interna. Dada la incongruencia clínica, se decide su ingreso en Medicina Interna para completar el estudio.

Durante la hospitalización, la paciente presenta cianosis y frialdad en el MII con ausencia de pulsos, lo que motiva la consulta con cirugía vascular. Se solicita un angio-TC de aorta infrarrenal y MII para descartar flegmasía cerúlea dolens, mientras que desde COT se descarta síndrome compartimental. El angio-TC revela una estenosis de la vena ilíaca izquierda por compresión entre la arteria ilíaca izquierda y el cuerpo vertebral de L4, compatible con el síndrome de May-Thurner (SMT).

Se contacta con radiología intervencionista, donde se realiza trombectomía con colocación de stent en la vena afectada.

CONCLUSIONES

El SMT es una condición infrecuente pero clínicamente relevante, con una prevalencia del 2-3% de todas las trombosis venosas profundas de las extremidades pélvicas. Su diagnóstico precoz es crucial para prevenir complicaciones como embolia pulmonar, estasis venosa crónica y rotura de la vena ilíaca profunda.

Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica ante manifestaciones atípicas, ya que el SMT puede estar enmascarado por otros hallazgos clínicos, lo que puede generar un retraso en el diagnóstico y tratamiento.

Un abordaje multidisciplinario y el uso adecuado de estudios de imagen son fundamentales para un correcto manejo.

P. #666

FIEBRE SIN FOCO DE DESENLACE FATAL: LA IMPORTANCIA DEL AMBIENTE EPIDEMIOLÓGICO

Isabel Chicano Villatoro, Francisco Javier Nieto García, Lucía De Tena Ferre, Catalina Merenciano Delgado

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro febril de una semana de evolución, junto con astenia y rinorrea sin otros síntomas en anamnesis dirigida por aparatos. Como antecedentes de interés, sin alergias, hipertenso y dislipémico, monorreno funcional por estenosis arterial renal derecha y con situación funcional excelente.

En la primera valoración, no tenía fiebre, y salvo la astenia, estaba asintomático, siendo la exploración general y por aparatos, incluida la neurológica, anodina. Se realiza despistaje infeccioso (analítica, sistemático de orina, radiografía de tórax, urocultivos, hemocultivos, test de antígeno de SARS-CoV-2 y de influenza A y B), siendo todo negativo, únicamente destacando ligera leucopenia y PCR de 46 mg/l. Ante lla estabilidad clínica del paciente y la ausencia de datos de alarma, se decide dar de alta al paciente.

Al día siguiente, el paciente retorna por empeoramiento clínico. En la valoración, se aprecia un deterioro del estado general con respecto al día anterior pero sin otros cambios. Se repiten pruebas complementarias, que son similares, incluyendo PCR de virus respiratorios, siendo negativa.

Tras revaloración y debido al empeoramiento clínico del paciente, se decide su paso a Observación. La evolución es tórpida, con deterioro del nivel de consciencia y desorientación. Se realiza por tanto TC craneal sin contraste, que resulta anodino, así como punción lumbar que arroja como resultados elevación de proteínas con 172'7 mg/dL y pleocitosis con linfocitos 923 x 1/L, sin consumo de glucosa, perfil compatible con meningoencefalitis vírica. Se inicia tratamiento empírico con aciclovir + ampicilina. Se realiza PCR múltiplex, siendo todo negativo.

Presenta mala evolución, con empeoramiento del estado general y tetraparesia, por lo que se comenta con Enfermedades Infecciosas para ampliar estudio con PCR en LCR del VNO en centro de referencia, resultando positivo.

La evolución sigue siendo desfavorable, con inestabilidad hemodinámica que requiere ingreso en UCI para soporte respiratorio y hemodinámico. Se realiza RM craneal, sin hallazgos, y EEG con hallazgos de disfunción generalizada moderada-intensa, pero ante la situación de no mejoría neurológica del paciente, se consensua con los familiares la adecuación del soporte vital, siendo éxitus tras 22 días de ingreso.

CONCLUSIONES

Este caso fue uno de los primeros diagnósticos de infección por Virus del Nilo Occidental (VNO) en Sevilla durante el mes de agosto de 2024. La sospecha de infección VNO debe estar siempre en nuestros diagnósticos diferenciales en aquellos pacientes que presenten fiebre de foco desconocido, especialmente durante la temporada de verano, donde proliferan los mosquitos (vectores).

La infección por VNO suele ser asintomática en el 60% de casos. De los casos sintomáticos, solo 1 de cada 150-250 pacientes desarrollará clínica neuroinvasiva, siendo el principal factor de mal pronóstico la edad avanzada. En pacientes de más de 70 años la mortalidad aumenta a un 20% en comparación al 4% en menores de 50 años.
Es esencial reconocer el ambiente epidemiológico (área cercana al río en Sevilla, en verano) para sospechar el diagnóstico, y así, realizar una punción lumbar ya que nos puede guiar de manera casi certera, dado que las pruebas de imagen en este tipo de casos suelen ser anodinas.

P. #675

CASO CLINCO DE TROMBOFLEBITIS MIGRANS EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL CLÍNICO SANTIAGO DE COMPOSTELA

Alejandro Echeverri Duque, Beatriz Rodríguez Fernández, Ana Vales Montero

Complejo Universitario Hospital Clínico De Santiago de Compostela, Santiago De Compostela, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 52 años con antecedentes de mastopatía fibroquística bilateral, ansiedad, depresión, insomnio, pancreatitis aguda en 2013, hemangiomas hepáticos y conización por CIN II en 2009. Fumadora de 20 cigarrillos/día desde los 17 años.
Presentación inicial
Dolor brusco tipo "puñalada" en pierna derecha sin traumatismo previo. Se evidencia cordón varicoso indurado y doloroso en 1/3 distal de pierna derecha. Se diagnostica tromboflebitis superficial y se indica tratamiento ambulatorio con AINEs, medidas locales y signos de alarma.
Segundo ingreso
La paciente reingresa a la semana por sensación de desgarro en muslo derecho, dolor y limitación funcional. Se asocia tos sin expectoración. Se realiza analítica con elevación de Dímero D y PCR.
Hallazgos
Rx de tórax: Opacidad triangular en língula con pérdida de volumen.
AngioTAC: TEP segmentario y subsegmentario bilateral. Enfermedad pulmonar en língula con adenopatías hiliomediastínicas, supraclaviculares izquierdas y axilares sospechosas de carcinoma broncogénico. Nódulo suprarrenal derecho de 28 mm no presente en TC previo.
Eco Doppler: Trombosis de vena safena interna y R3 de VSI.
Diagnóstico
Tromboflebitis venosa superficial en miembro inferior derecho (¿tromboflebitis migrans?).
TEP bilateral.
Lesión pulmonar en língula con adenopatías compatible con carcinoma broncogénico.
Nódulo suprarrenal derecho.
Pruebas complementarias
Ecobroncoscopía: Gran conglomerado adenopático parahiliar derecho y subcarinal, se toma muestra para biopsia.
PET-TC: Patología pulmonar con adenopatías hiliomediastínicas y supraclaviculares bilaterales, infiltración suprarrenal derecha y posibles implantes e infiltración en derrame pleural.
Citopatología: Infiltración por adenocarcinoma de células no pequeñas.
Análisis molecular: PD-L1 no mutado.
Diagnóstico definitivo
Adenocarcinoma de pulmón eIVB (ganglionar hiliomediastínico, supraclavicular bilateral, suprarrenal derecha y pleural). EGFR no mutado y PDL1 <0%.
Evolución
La paciente presentó dos ingresos posteriores:
Primer ingreso: Derrame pleural masivo que requirió drenaje.

Deterioro clínico con elevación de reactantes inflamatorios y derrame pericárdico moderado.
Segundo ingreso: Recidiva de derrame pleural izquierdo con sobreinfección y empastamiento cervical, axilar y de mama izquierda. Se aísla Actinomyces en líquido pleural. La paciente presenta insuficiencia respiratoria y fallece.
Tratamiento
Anticoagulación con enoxaparina.
Antibioterapia de amplio espectro (piperacilina/tazobactam).
Drenaje de derrame pleural.
Analgesia.

CONCLUSIONES

Paciente femenina con adenocarcinoma de pulmón avanzado, que debutó con tromboflebitis y TEP. La evolución se caracterizó por derrame pleural recurrente, sobreinfección y finalmente insuficiencia respiratoria que condujo al fallecimiento.
Palabras clave
Adenocarcinoma de pulmón, TEP, tromboflebitis migrans, derrame pleural, metástasis, PD-L1.

CONCLUSIONES

El caso que presentamos destaca la complejidad del diagnóstico y manejo de una paciente femenina de 52 años con antecedentes de tromboflebitis migrans como manifestación inicial de un adenocarcinoma de pulmón avanzado.
La asociación entre tromboflebitis migrans y cáncer ha sido reconocida desde hace más de un siglo, y aunque puede presentarse en diversos tipos de neoplasias, se ha observado una mayor incidencia en adenocarcinomas de pulmón, especialmente en hombres, y en carcinomas de páncreas. En nuestro caso, la paciente presentó tromboflebitis migrans en la pierna derecha como síntoma inicial, lo que llevó a la realización de estudios complementarios que revelaron la presencia de un adenocarcinoma de pulmón en estadio IVB con metástasis ganglionares, suprarrenales y pleurales.. En nuestra paciente, la tromboflebitis migrans fue el primer indicio de la presencia de un adenocarcinoma de pulmón avanzado, lo que resalta la importancia de considerar esta manifestación como un signo de alerta y realizar estudios complementarios dirigidos a descartar la presencia de cáncer.
La tromboflebitis migrans debe ser considerada un signo de alerta para la detección de neoplasias subyacentes, y su presencia requiere una evaluación exhaustiva para descartar la presencia de cáncer, especialmente en pacientes sin factores de riesgo protrombóticos evidentes. Este caso también destaca la complejidad del manejo de pacientes con adenocarcinoma de pulmón avanzado y la necesidad de un enfoque multidisciplinario para mejorar su pronóstico.

P. #681

BLANCO Y EN BOTELLA: NO SIEMPRE ES LECHE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Crespillo Peralta, Audrey Morales Rodríguez, Mario Ernesto Agreda Fernández, Susana Pérez Anton, Noiva Díaz García, Julieta Zlatkes Kirscheimer

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin A.P, acude a urgencias porque refiere desde hace aproximadamente 2 semanas dolor costal derecho tipo "pinchazo", acompañado de disnea y picos febriles de hasta 39° desde hace 3 días. Quince días antes había consultado a urgencias y dado de alta con diagnóstico de Gastroenteritis, aunque no refería deposiciones liquidas. Niega tos o expectoración. No otra clínica asociada.
Exploración física: Normotenso, T: 38 grados, FR: 18 rpm, FC: 96 lpm,
Tórax: AP: hipoventilación basal derecha, Abdomen: blando depresible doloroso en hipocondrio derecho, Murphy: (+), resto anodino.
Analítica Leve leucocitosis (10.000, N: 89%) con desviación izquierda. PCR:304 mg/dl.
Rx tórax con hallazgos de elevación hemidiafragma derecho y pequeño derrame pleural derecho.
Se solicita ecografía abdominal por dolor abdominal que se completa con TAC abdominal donde se visualiza voluminosa colección de baja densidad y con nivel hidroaéreo en su interior con realce periférico, compatible con un absceso hepático, se identifica una pequeña colección de 2. x 1 cm, claramente extrahepática, que comunica con el absceso por un fino trayecto con burbujas aéreas. Engrosamiento difuso de la pared de un segmento largo (aprox 10 cm) de colon en torno al ángulo hepático, cambios de aspecto inflamatorio infeccioso (más que tumoral), dicho engrosamiento se localiza en proximidad al componente caudal de la colección, por lo que una posibilidad es que, en conjunto, estos hallazgos estén en relación con una perforación contenida del colon (de probable origen inflamatorio). No signos de neumoperitoneo, leve cantidad de líquido libre en pelvis.
Ante hallazgos radiológicos se inicia cobertura con ceftriaxona y metronidazol, posteriormente ingresa en servicio de infecciosas con diagnóstico de absceso subcapsular a estudio y drenaje percutáneo de absceso hepático, donde se extrae material de donde se aísla: S anginosus, E faecalis, C albicans se ajusta tratamiento según resultados microbiológicos a amoxilina-ac. clavulánico y fluconazol.
Por posible perforación colónica, fue valorado por cirugía general tratándose de manera conservadora con reposo intestinal y nutrición enteral que evolucionó favorablemente. Posteriormente empeoro analiticamente, solicitandose nuevo TAC abdominal en el que se evidencio empiema dcho. que se dreno (sin aislamiento microbiologico al alta).
Fue dado de alta tras buena evolucion clinica, retirandose los drenajes con los siguientes diagnosticos:
Absceso subcapsular hepático por S anginosus, E faecalis, C albicans

Otros diagnósticos :
Empiema derecho
Probable perforación colónica a estudio
Anemización secundaria al proceso
Paciente no inmune frente al virus de la hepatitis B.

CONCLUSIONES

Lo interesante del caso es la presentación clínica al tratarse de un paciente joven con dolor costal y fiebre, el primer diagnóstico que barajamos es un cuadro de infección respiratoria, pero gracias a realizar una exploración física completa, el abanico de diagnóstico se amplia y el rumbo del paciente se redirige, nuestra orientación diagnóstica cambia y por supuesto nuestras pruebas complementarias nos llevan a buscar otra etiología totalmente distinta a la sospecha inicial. Encontrando un diagnóstico mucho más complejo. El caso clínico pone en relevancia lo indispensable que es la visión holística del paciente, la importancia de una correcta anamnesis y exploración física.

P. #684

PROCTALGIA Y FIEBRE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos García Granados[1], Andrea Fernández Suárez[1], Patricia Fernanda García Pesquera[2], María José Rodríguez Ouréns[1], Irene Badás Malnero[1], Eduardo Bajo Cardassay[1]

1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Centro de Salud El Llano, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 40 años, sin alergias medicamentosas, fumador de unos cinco cigarrillos diarios sin otros antecedentes médicos de interés. Intervenido quirúrgicamente de apendicectomía, fístula perianal, miopía y pólipos en cuerdas vocales.
Acude a urgencias por proctalgia y fiebre. Refiere desde hace cinco días dolor a nivel de glúteo derecho e irradiado hacia periné, con sensación de empastamiento en la zona y picos febriles de 38-39°C. Refiere cuadro catarral desde hace días que se encuentra en resolución. No dolor abdominal. No diarrea. No rectorragias. No clínica miccional. Se encontraba a tratamiento con Naproxeno cada 12 h, Metamizol cada 8 horas y Amoxicilina-Acido Clavulánico cada 8 horas desde hace 4 días sin mejoría.
Como constantes vitales, presentaba una Tª de 37.5°C, una TA de 130/80 mmHg una FC de 60 lpm y SatO2 de 99%. En cuanto a la exploración física, a nivel de cuadrante ínfero-interno de glúteo derecho se palpa profundamente un empastamiento doloroso a la palpación que se continua hacia periné sin llegar a los genitales. Testes y pene normales. TR no doloroso, no induración a nivel perianal, no se palpan colección en canal anal. Resto de exploración sin hallazgos reseñables.
Se solicita analítica de sangre donde destaca una leucocitosis (17300 leucocitos) con neutrofilia (14460 neutrófilos) con una PCR de 218.8 mg/L. Se solicita radiografía de tórax y electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Dados los hallazgos en la exploración física y analíticos, se solicita prueba de imagen (TAC pélvico con contraste) donde se describe un absceso en fosa isquio-anal derecha que probablemente se origina a partir de fístula anal. Presenta unas medidas de unos 7 x 3 cm de ejes trasversales y se extiende hacia la raíz del pene donde es dudosa la afectación del cuerpo esponjoso.
Se inicia tratamiento endovenoso con Paracetamol 1 g iv y Amoxicilina-Acido Clavulánico 1 g iv, ingresando finalmente en el servicio de Cirugía General. Durante el ingreso se realizó RM que confirmó la presencia de una fístula anal y se drenó quirúrgicamente el absceso.

CONCLUSIONES

La patología anal y rectal es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. Es necesario distinguir los abscesos y las fístulas anorrectales de otras afecciones que causan dolor o drenaje de la región presacra, perianal y perineal, como: fisura anal, hemorroides externas trombosadas, hemorroides internas prolapsadas, sinus pilonidal, absceso de la piel del glúteo... Para ello es necesario una minuciosa inspección anal, perianal y perineal, así como la realización de un tacto rectal. En la actualidad la ecografía endoanal y endorrectal, la tomografía computada y la resonancia magnética, permiten evaluar

la extensión y profundidad de los abscesos. La resonancia magnética detecta con mayor precisión los trayectos de estas, extensiones secundarias y orificios internos. El absceso anorrectal constituye una emergencia y el tratamiento de elección es la incisión y el drenaje. El uso de antibióticos sólo está indicado en los pacientes en los que la infección de los tejidos blandos es extensa y afecte el periné, la ingle, el muslo, o la pared abdominal. También está indicado en pacientes diabéticos con celulitis extensa, pacientes con enfermedad cardiaca valvular, prótesis óseas, en pacientes inmunocomprometidos y en enfermos de SIDA. Se utilizan antibióticos de amplio espectro tanto para anaerobios como para aerobios y se administran posteriores al drenaje durante cinco a siete días. El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano.

P. #685

DISNEA SÚBITA EN TBC DE RECIENTE DIAGNÓSTICO ¿QUÉ HA PASADO?

Aida Calonge Tudanca, Danae Moreno Alcaide, Oihane Orokieta Rincón, Alba Sasia Tomás, María Ángeles San Martín Díez

HU. Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 18 años sin antecedentes de interés que acude derivada por su MAP por hallazgo en TAC torácico urgente de afectación pulmonar bilateral compatible con infección por micobacterias como primera sospecha.

Presentaba tos sin expectoración y sudoración nocturna de 6 meses de evolución, asociando fiebre alta en las últimas 2 semanas por lo que acude a su médico de atención primaria (MAP), quien solicita radiografía (RX) de tórax urgente.

En ella, encontramos imagen compatible con bulla o neumonía cavitada en lóbulo superior derecho (LSD). Ante negativa de la paciente de acudir a Urgencias, su MAP solicita TAC torácico por el que derivan.

A su llegada, se encuentra eupneica en reposo y presenta fiebre de 39,5°C, tensión arterial 109/65mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm y saturación basal de 98% con aire ambiente.

La auscultación cardiaca es rítmica, sin soplos; y pulmonar, anodina.

En analítica destaca PCR 45 con procalcitonina 0,6, leucocitos en rango con neutrofilia 85% y linfopenia 9%.

Se extraen hemocultivos previo inicio de antipirético y antibioterapia empírica con Piperacilina/Tazobactam por sospecha de sobreinfección en TAC.

A demás de antigenuria en orina y PCR de virus que son negativas.

Queda pendiente de recogida de Ziehl Neesen y cultivos de esputo para confirmación microbiológica. Mientras tanto, se mantiene en aislamiento respiratorio por alta sospecha.

Durante la estancia de la paciente en observación pendiente de ingreso en Neumología, comienza con disnea brusca con importante trabajo respiratorio y taquicardia a 130 lpm. A la auscultación presenta abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho.

En ecografía impresiona de ausencia de deslizamiento pleural y en modo M patrón en código de barras.

Se realiza Rx de tórax de nuevo que muestra neumotórax a tensión con desviación de mediastino contralateral.

Se avisa a Cirugía de guardia para colocación de tubo de drenaje torácico.

CONCLUSIONES

La TBC pulmonar es una patología respiratoria frecuente de declaración obligatoria, con una tasa de notificación de 7,38 casos por cada 100.000 habitantes en 2022. Las complicaciones graves derivadas de la infección por Mycobacterium tuberculosis son cada vez más frecuentes en nuestro medio y tenemos que tenerlas en cuenta.

Entre las complicaciones de la TBC encontramos: el neumotórax (como en este caso) e hidroneumotorax, neumomediastino, bronquiectasias, atelectasias importantes, mayor riesgo de infecciones, empiema tuberculoso, aspergilomas, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar que desencadena en cor pulmonale e insuficiencia cardiaca.

P. #686

CUANDO EMPEZÁBAMOS A SUPERARLO... EL COVID CONTRAATACA

Alba Sasia Tomas, Oihane Orokieta Rincón, Danae Moreno Alcaide, María Ángeles San Martín Díez, Julen Agirre Castillero
HU Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 15 años de edad sin antecedentes personales relevantes y con vacunación completa según calendario.
Acude al servicio de urgencias por comenzar las 48 horas previas con cefalea holocraneal, tos con escasa expectoración, malestar general, odinofagia y fiebre de hasta 40°C sin tiritona. Posteriormente presenta exantema eritematoso y pruriginoso de inicio en extremidades superiores que se extiende a tronco y extremidades inferiores, palmas y plantas respetando la cabeza. No otros síntomas acompañantes, sin relaciones sexuales de riesgo, ni contacto con ambiente rural, animales o viajes al extranjero.
24 horas antes de acudir al servicio de urgencias es valorado en su centro de salud y dada la alerta sanitaria producida por el brote de sarampión en la Comunidad Autónoma Vasca en el momento actual, su médico de Atención Primaria activa el protocolo de sarampión, avisa a salud pública y solicita las pruebas diagnósticas pertinentes que resultan negativas.
A la exploración presenta fiebre de 39.8°C y exantema en tronco y extremidades con afectación de palmas y plantas, sin afectación mucosa. Resto de exploración sin hallazgos, incluidos signos meníngeos.
Entre las pruebas complementarias realizadas destaca una proteína C reactiva de 107, con una procalcitonina de 1.16, un sodio de 129, leucocitos de 10.800 con 88% de polimorfonucleares, con un INR de 1.7. Estreptotest, serología para Ebstein-Bar, antígenos en orinas y PCR viral resultaron negativos. Siendo la radiografía de tórax normal. Tras la extracción de serologías virales, y UC se decide ingreso en el servicio de enfermedades infecciosas con cobertura antibiótica empírica.
Inicialmente ante sospecha de eritema multiforme por Mycoplasma Pneumoniae y dados los resultados serológicos se añade azitromicina 500 mg durante tres días. A pesar de ello persisten picos febriles con aparición de hiperemia conjuntival asintomática por lo que se plantean otros diagnósticos.
Tras los resultados analíticos (únicamente positividad para IgM, IgA, IgG para coronavirus) se cumplen criterios de la OMS de Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIM-Peds) vinculado a Sars-Cov-2: menor de 19 años, más de tres días de fiebre, erupción cutánea/conjuntivitis no purulenta y serología de Covid-19 positiva.
Se realiza estudio cardiológico con troponina T (TnT) ultrasensible y NTProBNP en rangos normales, objetivándose leve disfunción biventricular y derrame pericárdico en el ecocardiograma transtorácico (ETT).
Antes sospecha de SIM-Peds se inicia tratamiento con Inmunoglobulina a 1gr/ kg durante 48 horas y metilprednisolona 1 mg/kg/12h IV durante 72 horas con posterior paso a prednisona oral en pauta descendente. Tras el inicio de dicho tratamiento remiten los picos febriles, presentando buena evolución clínica y analítica. Se realiza ETT de control no evidenciándose cambios y es dado de alta con antiagregación a dosis bajas (por sospecha muy baja de posible enfermedad de Kawasaki incompleta, aunque no cumple criterios) y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

Por todos es sabido que la infección por el coronavirus (SARS-CoV-2) en población pediátrica cursa de forma general de manera leve. Sin embargo, un porcentaje muy bajo de los niños que se infectan por el virus puede desarrollar una forma grave de la enfermedad. El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS) es una reacción inflamatoria generalizada que se desarrolla tras una infección pasada por SARS-CoV-2. La mayoría de los casos se producen en niños mayores de 5 años, aproximadamente 4-6 semanas después de haber presentado la enfermedad.
Los síntomas más frecuentes son fiebre alta y prolongada, síntomas digestivos, manifestaciones cutáneas (ojos rojos, exantema). La importancia de esta enfermedad radica en que pueden producirse complicaciones cardíacas como inflamación del corazón o dilatación de las arterias coronarias. El diagnóstico diferencial se establece sobre todo con la Enfermedad de Kawasaki. En cuanto al tratamiento son de primera línea la inmunoglobulina intravenosa y los corticoides.

P. #690

CUANDO EL AIRE LASTIMA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

Itxaso Respaldiza Berroeta, Arrate Aldama Martín, Marina Monje De Velasco, Álvaro Castillo Machado, Igor González Llona, Ana Lourdes Iglesias Sainz

OSI Barakaldo Sestao - Osakidetza, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años, gran fumadora, ex hábito enólico. Cirrosis hepática alcohólica Child A5 con hipertensión portal y varices esofágicas. En seguimiento por leucoeritroplastia con displasia, realizada resección en enero 2025.
Acude al servicio de urgencias por disnea de 7 días de evolución hasta hacerse de reposo en las últimas 24 horas. Asocia tos seca sin expectoración ni otra clínica catarral. Niega otra clínica acompañante.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Constantes vitales: Tensión arterial 185/102 mmHg; Frecuencia cardiaca 103lpm; Temperatura 37.5ºC; Frecuencia respiratoria 39rpm; nivel de saturación de oxígeno (SatO2) 89% aire ambiente. Aceptable estado general. Buena perfusión distal. Taquipnea con tiraje intercostal.
Orofaringe hiperémica, cicatrices quirúrgicas de buen aspecto.
Auscultación: crepitantes bibasales hasta campos medios, más acusados derechos. Edemas pretibiales hasta tercio distal de piernas con fóvea I-II/IV. Resto de la exploración anodina.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
-Analítica: elevación de reactantes de fase aguda (PCR 123, procalcitonina 0.8), con leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 11670, neutrófilos 1027), sin eosinofilia. Virología respiratoria negativa.
- Radiografía de Tórax: patrón instersticial reticulonodular bilateral asimétrico con afectación hasta vértex derecho y hasta campos medios izquierdos. Aumento de densidad redondeado en lóbulo superior derecho presente en radiografía de hace 2 meses.
- Tomografía axial computarizada (TAC) torácico: Patología intersticial pulmonar bilateral con engrosamiento de septos inter e intralobulillares y aumento difuso de la densidad en vidrio deslutrado de distribución difusa. Pequeñas áreas de aspecto condensativo bibasales.

MANEJO EN URGENCIAS:
A su llegada se administran oxigenoterapia con reservorio, aerosolterapia y corticoterapia parenteral. Impresionando la radiografía de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) con datos analíticos de sobreinfección se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Se objetivan desaturaciones de hasta 79% iniciando oxigenoterapia de alto flujo manteniendo con flujo 60 litros/minuto y FiO2 50% una SatO2 94-95% y se ingresa para estudio.
DISCUSIÓN:
Las EPID son un cuadro variado de afecciones pulmonares que comparten clínica, radiología y alteraciones funcionales respiratorias. Existen más de 150 tipos, aunque no siempre se conoce su etiología. Las más frecuentes son la fibrosis pulmonar idiomática (FPI), la sarcoidosis, las enfermedades autoinmunes y las neumonitis por hipersensibilidad (NHS).
La NHS o alveolitis alérgica extrínseca es una enfermedad inflamatoria crónica desencadenada por antígenos inhalados que inducen inflamación linfocitaria en bronquiolos terminales, alvéolos e intersticio pulmonar y que puede variar en intensidad, presentación clínica e historia natural. La presentación clínica se ha dividido en 3 formas: aguda, subaguda y crónica en relación a la intensidad y la frecuencia de exposición antígeno.
Respecto al diagnóstico de EPID, el lavado broncoalveolar (LBA) se realiza cuando se sospechan sarcoidosis, NHS, histiocitosis pulmonar o infección según el patrón radiológico, y en patrones sugestivos de FPI excluye la NHS crónica. La prueba de imagen por excelencia es el TAC de alta resolución, donde predominan un patrón alveolar, infiltrados micronodulares difusos o el vidrio deslustrado.
Las pruebas de función respiratoria (PFR) orientan el pronóstico y evolución, destacando patrones restrictivos con disminución de la capacidad de difusión de monóxido de carbono por alteración de la ventilación/perfusión.
La esosinofilia es rara y es frecuente observar neutrofilia con desviación izquierda en formas agudas. La biopsia pulmonar se reserva para cuando las evaluaciones previas no permiten un diagnóstico de confirmación.
El aspecto más importante del tratamiento es el diagnóstico precoz y evitar la exposición. Los corticoides en pulsos aceleran la mejoría inicial y no suelen ser necesarios tratamientos prolongados.

CONCLUSIONES

La NHS es una enfermedad infradiagnosticada, siendo la sospecha clínica importante.
Se conocen antígenos desencadenantes aunque en el 60% no se logra su identificación, dificultándose el diagnóstico.
Existen múltiples criterios diagnósticos de NHS sin existir un acuerdo al respecto.
Los hallazgos sugestivos de fibrosis son el principal factor determinante de mal pronóstico.

P. #698

LA IMPORTANCIA DE REALIZAR PRUEBAS DIAGNOSTICAS A SÍNTOMAS PERSISTENTES

Sonia Beivide Arias, Javier Jalvo Lorente, Beatriz Fernández Figueroa

Hospital de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años, exfumadora (IPA 50) y con diagnóstico de probable EPOC fenotipo bronquitis crónica. Tras un mes de tos sin mejoría con tratamiento pautado, desde Atención Primaria se solicita radiografía de tórax visualizándose masa mediastínica. Tras esto, comienza con clínica progresiva de edema y rubor facial de 1 mes de evolución acompañado de telangiectasias en región torácica y ortopnea desde hace 15 días, por lo que se deriva a Urgencias para descartar posible Síndrome de vena cava.

En la exploración se visualiza edema en región facial, cervical y supraclavicular sin adenopatías, así como circulación colateral torácica. Manteniendo buenas constantes.

Se realiza analítica con mínima elevación de reactantes de fase aguda y se cursa ingreso a cargo del servicio de Neumología.

Durante el ingreso se realizan numerosas pruebas complementarias llegando al diagnóstico definitivo de masa pulmonar en LSD que tras realizar BAG y estudio de extensión con PET/TAC se diagnostica de carcinoma no microcítico estadio IIIB (T4 N0 M0) pendiente de resultado de inmunohistoquímica, causante del cuadro de Síndrome de vena cava de la paciente. Durante su estancia en planta recibe tratamiento con dexametasona, broncodilatadores y leves dosis de furosemida. Ante mejoría clínica se da alta hospitalaria.

Quince días después, acude de nuevo a Urgencias por clínica de disnea, astenia y aumento de edemas en MMII, cursándose ingreso a cargo de Oncología.

Con el resultado de la inmunohistoquímica, se confirma el diagnostico de carcinoma de células escamosas PDL1 30% estadio IIIB cT4N2M0, iniciándose tratamiento radioterápico y quimioterápico con Carboplatino + Paclitaxel semanal con posterior tratamiento de mantenimiento con Durvalumab.

Durante el ingreso se realiza radiografía y TAC de control apreciándose aumento de masa pulmonar respecto a previa, así como cavitación con importante necrosis y derrame pleural derecho. Tras realizar cultivos se aísla Streptococus pneumoniae multisensible, tratado con antibioterapia.

Al mes, acude de nuevo a Urgencias tras ciclo de quimioterapia los dias previos por empeoramiento de su disnea asociada a tos con expectoración. Se diagnostica de nuevo infiltrado neumónico cavitado con antigenuria positiva para Streptococcus pneumoniae y Aspergilosis pulmonar. Tras tratamiento recibido se aprecia importante mejoría clínica. Durante este ingreso se coloca stent en tercio medio de vena cava superior con buen resultado.

A día de hoy, la paciente se encuentra en seguimiento en consultas externas de Oncología con importante mejoría clínica y tumoral.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico reforzamos las principales complicaciones tumorales (en este caso del cáncer de pulmón) las cuales en muchas ocasiones se convierten en la puerta de diagnóstico a una patología oncológica. Así como reforzar la importancia de realizar pruebas de imagen a pacientes con clínica respiratoria de tiempo de evolución o sin mejoría tras tratamiento.

P. #700

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

Marina Sobreviela Albacete, Irene Inglés Mancebo, Laura Viaño Iglesias, Marta Herranz López, Ana Herrera Marinas, Rocío Ibáñez Del Castillo

Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 57 años que acude al servicio de urgencias por dolor en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, con febrícula asociada, termometrada en domicilio, sin síndrome miccional, vómitos ni diarrea. Se realiza exploración física, en la que impresiona dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, con datos de irritación peritoneal. Se realizaron pruebas complementarias: sistemático de orina (anodino) y analítica de sangre (leucocitosis con desviación izquierda, PCR 152). Dados los hallazgos, se decide solicitar TC abdominal para completar el estudio, con el siguiente resultado: "colecciones pélvicas centradas en margen posterior-fundus uterino, sin plano graso de separación con el mismo, en relación con absceso pélvico, probablemente enfermedad inflamatoria pélvica como primera posibilidad. Divertículos en sigma sin datos de diverticulitis". Se solicita valoración por ginecología, quien decide ingreso a su cargo, iniciando antibioterapia empírica con ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol. La paciente refería relaciones sexuales únicamente homosexuales, es decir, sin penetración.

Tres días más tarde, la paciente presenta evolución tórpida, ya que continua con fiebre y mal control del dolor a nivel de hipogastrio, por lo que ginecología solicita valoración por cirugía general, quienes acuden a revisar tanto a la paciente, como las imágenes con ayuda del servicio de radiología. Finalmente, concluyen que parece posible el origen diverticular del cuadro, por lo que se cambia el ingreso a manos de cirugía. Cambian pauta a ceftriaxona y metronidazol. Posteriormente, la paciente necesito escalar antibioterapia a meropenem porque continuaba sin responder favorablemente.

Unos días después, se repite TC de control para valorar evolución, el cual muestra una clara mejoría con respecto al inicial, y menciona diverticulitis aguda en evolución con colección adyacente (absceso perisigmoideo/parauterino) organizada que ha disminuido de tamaño con respecto al estudio previo.

Dada la mejoria clínica, analítica, y radiologica, la paciente pudo ser dada de alta con cefuroxima y metronidazol oral, y seguimiento en consultas de digestivo y TC de control.

CONCLUSIONES

Lo dicho..."no es oro todo lo que reluce". Siempre debemos tener en cuenta que los pacientes evolucionan y, ante un curso clínico que no corresponde a lo esperado cuando se ha manejado bien, quizá debamos replantearnos los diagnósticos realizados en un inicio. En este caso, el servicio de ginecología decidió consultar con sus colegas cirujanos, consiguiendo así reorientar el caso para el beneficio y finalmente resolución de la patología de la paciente.

P. #703

CUANDO EL SHOCK NO ES LO QUE PARECE

Jordi Canas Morales, Axel Muñoz Valls, Olga Lorena Chaux Lozano, Adam Vives Llimona, Taymia Bekkay Koubaa, Alba Salietti Rodríguez

Hospital de Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 84 años, sin alergias y con antecedente de doble neoplasia de mama tratada con quimiorradioterapia y actualmente en tratamiento con Letrozol, que consulta por síncope vasovagal en contexto de melenas y vómitos en poso de café.

A su llegada la paciente se encuentra consciente, taquipneica (FR 22rpm), pálida, fría con mala perfusión periférica. Presenta una frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto con una tensión arterial de 69/45mmHg, obteniendo un shock índex de 1.29, y con insuficiencia respiratoria SpO2 89% basal). En la exploración se realiza un tacto rectal donde se objetivan melenas, por lo que inicialmente se orienta como un shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta.

Analíticamente destaca lactato de 4mmol/L, NTproBNP de 985,9pg/mL. Respecto a la hemoglobina, su resultado es de 10.2g/dL manteniéndose estable respecto a analíticas previas, sugiriendo realizar un diagnóstico diferencial de otras causas de shock causante de la inestabilidad hemodinámica. Se amplía el estudio realizando un electrocardiograma donde se observa un patrón S1Q3T3 de novo. Bajo la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), se cursa una angiotomografía de tórax donde se evidencia TEP bilateral en silla de montar.

Así pues, el diagnóstico final fue de shock obstructivo secundario a TEP bilateral en silla de montar y hemorragia digestiva alta con inestabilidad hemodinámica. Se comentó en primera instancia con el servicio de radiología intervencionista del hospital de referencia; sin embargo, dados los riesgos asociados al traslado y el estado basal de la paciente, se consideró no tributaria de manejo invasivo. Alternativamente, se inició gastroprotección con bomba de infusión contínua (BIC) de Pantoprazol a 200mg/24h y anticoagulación mediante BIC de Heparina sódica al 1% (0.75mg/kg/h) en urgencias, asumiendo el riesgo hemorrágico. En un ecocardiograma posterior, se objetivó un ventrículo izquierdo hipertrófico, con signos dinámicos de sobrecarga derecha, con función de eyección conservada y un aneurisma del septo interventricular con desplazamiento de cavidades izquierdas. Además, se observó que presentaba una trombosis venosa profunda (TVP) fémoro-poplítea izquierda. Se realizó una fibrogastroscopia donde se observó esofagitis grado D de los Ángeles.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio y evitar la inercia en situaciones de diagnóstico complejo, especialmente en pacientes con múltiples condiciones comórbidas. A pesar de la sospecha inicial del shock hemorrágico, se debe revalorar y ajustar el diagnóstico según sus antecedentes, su evolución, respuesta

a los tratamientos y hallazgos. Las escalas predictoras de TEP (escala de Wells, regla PERC, puntuación de Ginebra revisada) pueden avalar la sospecha diagnóstica ante un paciente que presenta una taquicardia inexplicable, un bloqueo de rama derecha no conocido o una hipoxemia refractaria (debido a la alteración de la perfusión), así como en caso de parada cardiorrespiratoria con ritmo inicial de asistolia o actividad eléctrica sin pulso. Nuestra paciente presenta varios factores de riesgo protrombóticos: el cáncer, la edad y el tratamiento antiestrogénico. También presentaba una TVP en miembros inferiores, siendo el origen de la mayoría de trombos, según la literatura. La presentación en silla de montar es infrecuente (2.6-5.4%) y el patrón S1Q3T3, también (5%), lo que hace este caso singular. Según la escala sPESI presenta un TEP de alto riesgo. Dada la coexistencia de indicación y contraindicación para la anticoagulación, estaría indicada la anticoagulación bajo monitorización estrecha con BIC de Heparina y la colocación de un filtro de vena cava inferior, pero es necesario individualizar el manejo en función de la situación basal, el pronóstico y el estado actual. Se trata de una casuística infrecuente, para la cual no existen protocolos específicos, dada su baja incidencia.

P. #705

DOLOR LUMBAR PERSISTENTE SECUNDARIO A GASTROENTERITIS AGUDA

Ester Mora Bastante[1][2], BLANCA Villacañas Redondo[1], Irene Pedregal Cruz[1], Sara Ramón Gutiérrez[1], Sara Fernández Bravo[1]

1. Hospital Universitario El Escorial, San Lorenzo De El Escorial, España
2. Universidad Francisco De Vitoria, Pozuelo De Alarcon (Madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Dolor lumbar persistente secundario a gastroenteritis aguda:
Se trata de una mujer de 45 años de edad que acude a urgencias por cuarta vez por dolor lumbar bajo de tres meses de evolución. El dolor es de características inflamatorias, empeora por la noche , con el reposo y le impide conciliar el sueño . Refiere que por la mañana le cuesta empezar a moverse con importante rigidez articular que le va mejorando a lo largo de la mañana. Ha sido vista en varias ocasiones en urgencias , por su médico de atención Primaria y por traumatólogo que le ha hecho una resonancia magnética lumbar siendo normal. La paciente está con altas dosis de antiinflamatorios , analgésicos y opiáceos sin mejoría. La paciente no presenta antecedentes de interés únicamente qx de rodilla hace 10 años, persona activa que presenta importante limitación funcional y ansiedad por el dolor, acude a urgencias llorando pidiéndonos una solución.
A la exploración llama la atención que la paciente prefiere estar de pie que sentada, dice que no tolera la sedestación.
A la exploración objetivamos :
Lasegue y Bragard bilateral : Negativo . Maniobra de apertura de sacroilíacas : Positiva. Maniobra de Cierre de Pelvis : Positiva. Maniobra de Compresión iliaca y sacra bilateral muy positiva. Maniobra de Faber : Positiva.
Ante la sospecha de Sacroiletis Aguda realizamos Pruebas diagnosticas.
Analitica. 12.000 leucocitos , Pcr: 15. Resto normal.
Rx de Sacroiliacas : Erosión, esclerosis subcondral , ensanchamiento articular y anquilosis parcial.
Compatible con Sacroileitis Aguda tanto exploratoriamente como con confirmación Rx. Reinterrogada la paciente refiere no haber presentado previamente episodios de psoriasis , ni antecedentes familiares de Espondilitis Anquilosante.
Refiere episodio de Gastroenteritis Aguda documentada previa por Campylobacter que mantuvo a la paciente en observación 24 horas, un mes después empezó con la sintomatología.
JC
Espondiloartritis Reactiva secundaria a Toxicoinfección alimentaria .
Mantuvimos tratamiento con Antiinflamatorios no esteroideos remitimos a la paciente a la consulta de Reumatologia de manera preferente donde se le realizó HLA B27 positivo, RMN de sacroilíacas y confirmación diagnostica.
Se inició tratamiento con Adalimumab cediendo el dolor en 2 semanas.
La espondiloartritis (EsA) , comprende un grupo de enfermedades inflamatorias de las articulaciones y la columna, con diversas manifestaciones clínicas. Se reconocen cinco subtipos

- Espondilitis Anquilosante.
- Espondilo artritis reactiva.
- Artritis psoriásica,
- Artritis asociada a Enfermedad Inflamatoria intestinal.
- Espondiloartritis Juvenil e indiferenciada.

Las principales manifestaciones clínicas de la EsA son el dolor inflamatorio , rigidez e inflamación de las articulaciones y la columna.
Espondiloartritis Reactiva: Se define como una artritis que surge después de una infección, se considera una forma de espondiloartritis (SpA).
Se produce secundariamente a infecciones gastrointestinales, genitourinarias y respiratoria.
Infecciones Gastrointestinales:
Las bacterias entéricas comúnmente asociadas con la Espondiloartritis reactiva incluyen:
Salmonella .
Shigella, especialmente Shigella flexneri, pero también Shigella dysenteriae y Shigella sonnei
Yersinia,
Campylobacter, jejuni
Clostridium con mayor frecuenci C. difícille
Los hallazgos analíticos y radiográficos que podemos encontrar en la Espondiloartritis Reactiva:
Evidencia de infección previa o concomitante
Reactantes de fase aguda elevados
Prueba positiva de antígeno leucocitario humano (HLA) -B27
anomalías en las imágenes compatibles con espondiloartritis
Bibliografia:

- Reactive arthritis. David T Yu,MD; Astrid van Tubergen, MD, PhD. Joachim Sieper, MD, Paul L Romain, MD. Nov 202(1)
- Harrison. Principios de Medicina Interna 20 edicion . Capítulo 355: Espondiloartritis.
- Understanding the Pathogenesis of Spondyloarthritis. https://dx.doi.org/10.3390%2Fbiom10101461

.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de artritis reactiva es un diagnóstico clínico basado en el patrón de hallazgos y la exclusión de otras enfermedades, no existe una única prueba diagnóstica definitiva.
El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta mas frecuente en los servicios de urgencias , el no hacer un enfoque adecuado y remisón a consulta adecuada puede llevar a múltiples asistencias a urgencias, tratamientos inadecuados y sufrimiento del paciente.

P. #710

UNA CAUSA INESPERADA DE PROCTITIS: S. PYOGENES Y MONKEYPOX COMO ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Verónica Mate García, Diego Fernández González, María Rodríguez Armas, Marta Docio Alfayo, Pablo Palacio Alvare, Pol Duc Llorac

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 33 años con antecedente de abuso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y drogas psicodélicas) en seguimiento por psiquiatría. Ingresos previos para desintoxicación, hasta hace unos meses sobrio. Episodio de reciente recaída con pérdida de su estabilidad personal motivo por lo que se encuentra pendiente de ingreso en unidad de desintoxicación. A nivel social, casado con una mujer, vive en un domicilio de propiedad de ambos.
Acude a urgencias hospitalarias en contexto de dolor extremidad y glúteo izquierdos, así como proctitis, que ha ido aumentando en intensidad desde hace una semana. Dos consultas previas a urgencias de atención primaria, con intensidad progresiva, orientandose ambas ocasiones como dolor como de características musculares. El día de valoración hospitalaria, asociaba además, fiebre de hasta 39°C con episodio de tiritonas, secreciones perianales e intenso dolor a la defecación.
Se sospecha inicialmente de proctitis, solicitandose frotis rectal, hemocultivos y serologías. Se inicia tratamiento antibiótico profiláctico con Ceftriaxona 1g intramuscular y doxiciclina oral. El paciente niega relaciones sexuales de riesgo de forma inicial.
Evolución tórpida con significativa proctitis con irradiación a extremidad inferior izquierda, solicitándose interconsulta a cirugía para descartar absceso perianal, realizandose de urgencias una anoscopia, donde se descarta presencia de absceso, pero si se evidencian unas placas blanquecinas perianales compatibles con proctitis, para lo que se recogen muestras para estudio.
Se decide, ante intensidad del dolor y elevación significativa de reactantes de fase aguda en analítica, dejar al paciente en observación en urgencias.
Posteriormente estudio de serología y cribado de ETS resultan negativos. Al día después de la consulta, se obtienen resultados del cultivo del frotis rectal, resultando éste positivo para S.pyogenes.
El paciente evoluciona tórpidamente, presentando intenso dolor perianal que precisa analgesia de tercer escalón para control (recordar el abuso de sustancias del paciente). Ante intensidad clínica y aislamiento de S.Pyogenes, se consensua realización de TAC abdominal para descartar complicaciones como el síndrome de Fournier, que se descartan por imagen. Sin embargo, el TAC informa de fístula perianal con área flemonosa en vía de abscesificación.
Se decide conjuntamente con cirugía, valorar tratamiento quirúrgico en un segundo tiempo de la fístula e ingresar al paciente en el servicio de infecciosas.
Tras tres días de ingreso, avisan desde microbiología de positividad en la pus
y exudado anal cursado previemente de virus Monkeypox.

Pese a negativa del paciente a relaciones sexuales de riesgo de forma inicial, con los resultados que orientan hacia ETS, el paciente afirma una relación sexual de riesgo extramatrimonial homosexual con penetración anal, que podría ser el desencadenante del proceso infeccioso.
El paciente bajo cobertura antibiótica empírica con Ceftriaxona y Metronidazol presenta correcta evolución clínica, esperando decisión quirúrgica por parte de cirugía.

CONCLUSIONES

Las infecciones de transmisión sexual son un motivo de consulta cada
vez más frecuente en los servicios de urgencias, con aumento progresivo en las últimas décadas. Muchas de éstas ETS incluyen las proctitis, con sus posibles complicaciones. Los hallazgos endoscópicos pueden ser similares en la proctitis de causa infecciosa y en la ocasionada por EII, como eritema, friabilidad de la mucosa, erosiones y/o úlceras profundas con exudado mucopurulento. Quiero destacar a S.pyogenes como causa poco frecuente de proctitis, ya que hay casos de transmisión a nivel anogenital tras contacto con secreciones orales.
Tampoco hay que olvidar al virus monkeypox como causa de proctitis. La transmisión de dicho virus es persona a persona por contacto estrecho con las lesiones, fluidos corporales, gotas respiratorias y objetos contaminados. El periodo de incubación suele ser de 12 días con posterior aparición de lesiones de 1 a 5 días (lo que coincide con la posible relación sexual de riesgo del paciente previamente mencionado).

P. #711

PERO QUE ES LO QUE ME SALE DEL CUELLO?

Julieta Zlatkes Kirchheimer, Mario Agreda Fernández, Susana Pérez Antón, Noiva Díaz García, Audrey Morales Rodríguez, Javier Ayuso Iñigo

Hospital Ramón y Cajal, Alcobendas, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de varón de 58 años quien presenta desde hace 24 hs dolor cervical. Valorado por odontólogo y diagnosticado de flemón hace 12 hs, iniciando tratamiento con amoxicilina 750 mg. Acude a urgencias por disfonía y por salida de material purulento por zona cervical derecha desde esta mañana. No fiebre, no disnea
En la exploración el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril con tumefacción cervical bilateral indurada con fistulización a nivel cervical derecho de material purulento abundante. No crepitación de partes blandas. No disnea, no disfagia, no dislalia. No trismus, pero sí limitación a la apertura oral forzada máxima. Paresia de rama marginal derecha de nervio facial. Suelo de boca no indurado. No abombamiento
En Urgencias se recoge muestra del material purulento y se inicia tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam + clindamicina
Se solicita TAC de cuello con evidencia de absceso submandibular con extensión craneocaudal hasta el borde superior del lóbulo tiroideo derecho, secundario a proceso inflamatorio infeccioso en relación con la última pieza dental del cuadrante inferior derecho, con absceso subperióstico, fístula cutánea y signos de celulitis infecciosa submentoniana y en el suelo de la boca compatible con angina de Ludwig. Vía aérea permeable
Ingresa en Cirugía maxilofacial para intervención de drenaje quirúrgico de absceso submandibular y cervical derecho y exodoncia de pieza 47. Se realiza traqueostomía reglada
En aislamiento microbiológico se evidencia S. epidermidis, S. constelatum y Prevotella. Cumple tratamiento con piperacilina tazobactam + linezolid y es dado de alta a los 8 días con tratamiento oral con clindamicina presentando buena evolución.

CONCLUSIONES

La angina de Ludwig es un proceso infeccioso, rápidamente progresivo y muy grave del tejido blando del suelo de la boca.
Los abscesos en 2do y 3er molares pueden originar entre el 70 % al 90 % de los casos. Se extienden debajo por de la cresta del músculo milohiodeo y al espacio submaxilar alcanzando por continuidad el espacio parafaríngeo, retofraríngeo hasta mediastino. Existen otros factores que pueden causarla como la sialoadenitis de la glándula submaxilar, fractura mandibular abierta, laceraciones de tejidos blandos orales, cuerpos extraños (piercings), heridas en piso de boca e infecciones orales secundarias. Se trata de la causa infecciosa que con más frecuencia causa compromiso de la vía aérea, debido a su progresión rápida y silenciosa, pudiendo ocasionar insuficiencia respiratoria obstructiva, sepsis hasta muerte.
Los gérmenes que son mayormente aislados son anaerobios Gram positivos como Peptoestreptococos, anaerobios Gram

negativos como Prevotella, Porphyromona y Fusarium, así como aerobios Gram positivos y Gram negativos. La etiología polimicrobiana de las infecciones odontógenas favorece que se produzcan fenómenos de simbiosis y sinergia bacteriana. La producción de toxinas y su combinación promueven la rápida progresión de la infección.

Entre las potenciales complicaciones de la angina de Ludwig destacan: edema de la glotis, fascitis necrotizante y mediastinitis descendente necrotizante, la cual presenta muy elevada tasa de mortalidad.

Constituye una enfermedad poco frecuente, y muchas veces su diagnóstico se realiza de forma tardía, lo puede favorecer el desarrollo de complicaciones tempranas y potencialmente fatales de la vía aérea por lo que en urgencias se debe tener una alta sospecha clínica, solicitar pruebas e instalar tratamiento con la mayor brevedad para evitar el mal pronóstico debido a la rápida evolución que presenta el cuadro.

P. #713

PRIORIDAD 4, FARINGITIS: LA IMPORTANCIA DE LA INSPECCIÓN EN LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

Catalina Merenciano Delgado, Isabel Chicano Villatoro, Francisco Javier Nieto García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avenida Manuel Siurot, S/n, 41013, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, consulta por odinofagia progresiva de varias semanas, disfagia y esputos sanguinolentos. Múltiples consultas por el mismo motivo, siendo tratada como amigdalitis aguda, pese a ausencia de fiebre, con varios cambios de antibióticos.

La primera vez, consultó por odinofagia con diagnóstico de mucositis sin datos de alarma en el contexto de infección respiratoria por SARS-CoV-2, pautándose tratamiento anti-inflamatorio y enjuagues antifúngicos. Días después se añade fiebre, por lo que se inicia antibióticos orales. Varias consultas más con cambios de antibióticos.

Cuando la valoramos en Urgencias, presenta regular estado general, con marcada inflamación faríngea, sin objetivar placas exudativas. Nos llama la atención en la inspección externa el notable ensanchamiento cervical, que la paciente indica que tiene desde hace días pero en anterior visita le indicaron que podría ser que estuviera desarrollando un bocio tiroideo, y que a la exploración, se muestra doloroso y con palpación crepitante.

Se decide inicio de tratamiento anti-inflamatorio y se realizan pruebas complementarias, que son las siguientes:

Analítica sanguínea con PCR: leucocitos 16140 µL con neutrofilia de 13310 µL. Hemoglobina de 15 g/dL. Plaquetas dentro de la normalidad.

Bioquímica con función renal e iones en rango. PCR de 440 mg/dL.

Radiografía: presencia de niveles hidroaéreos en región pre-tiroidea que hace pensar en colecciones abscesificadas.

Ante los hallazgos, se decide realización de TC cervical y de tórax que demuestra colección abscesificada que se extiende a través de múltiples espacios cervicales y del mediastino, sin poder determinar mediante imagen el origen del proceso, concluyéndose como absceso cervical y mediastinitis necrotizante.

Se contacta con Cirugía Torácica y Otorrinolaringología, que valoran a la paciente e indican intervención quirúrgica urgente multidisciplinar para drenaje. Se realiza limpieza a nivel cervical con aspiración de gran cantidad de material purulento, objetivando esfacelos de tejido necrótico y musculatura ampliamente comprometida, requiriendo drenajes y traqueostomía; a nivel torácico, se realiza toracotomía lateral derecha, colocándose dos drenajes en mediastino y drenaje pleural antero apical.

En el postoperatorio inmediato ingresa en la UCI con datos de shock distributivo con hiperlactacidemia con lactato 4,8 mmol/l, precisando de soporte hemodinámico y respiratorio, permaneciendo un total de 18 días en la UCI, hasta su estabilización. En TC de control aparece mejoría radiológica con disminución en el volumen de las colecciones cervicales y

mediastínicas y el los cultivos operatorios se aíslan Streptococcus constellatum (grupo viridans) y Parvimonas micra (anaerobio), ambos sensibles a clindamicina y penicilinas (había realizado tratamiento Piperacilina/Tazobactam 4'5g cada 8 horas), suponiendo un probable origen odontógeno del proceso.
Tras estabilización, se procede a alta a planta de Otorrinolaringología, donde permanece otros 15 días más sin incidencias y con mejoría clínica y buena tolerancia oral, además de un descenso progresivo de los reactantes de fase aguda. Se procede a alta con manejo ambulatorio, donde tuvo buena evolución.

CONCLUSIONES

Los abscesos cervicales profundos son de difícil diagnóstico y requieren una anamnesis y exploración minuciosas, dado que el retraso diagnóstico se asocia a elevada morbi-mortalidad. En pacientes clínicamente inestables, con infección descendente, con más de dos espacios cervicales afectados y abscesos de más de 3 cm, son criterios para realizar tratamiento quirúrgico de forma inmediata, siendo el drenaje, la antibioterapia, el soporte vital y el control de la vía aérea los pilares fundamentales del tratamiento. Este caso es de utilidad para destacar la importancia de una correcta exploración física, donde hace que inspeccionar, palpar y percutir, sobre todo si nos encontramos con pacientes multiconsultantes, con datos clínicos de alarma y con fallo terapéutico pese a tratamiento antibiótico instaurado con varios cambios de principio activo.

P. #715

MANEJO INICIAL DE MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA EN EL ÁREA DE CRÍTICOS DE URGENCIAS: UN ENFOQUE SISTEMÁTICO

Cristina Tristán Calvo, María Teresa Sánchez Fernández, Elena Alcanda Renquel, Irene Sáez Sanz, Karina Lia Suárez López, Davide Luordo Tedesco

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 21 años, previamente sano, trasladado al servicio de Urgencias por un cuadro de 10 días de evolución caracterizado por tos, febrícula, artralgias y cefalea progresiva. En las últimas 24 horas, presentó fiebre alta (38°C), rigidez de nuca, irritabilidad, fotofobia, rechazo a estímulos sonoros y episodios de agitación psicomotriz alternados con somnolencia. La madre, quien acompañó al paciente, refiere que en horas recientes había vomitado en proyectil.
A su llegada al Box Vital de Urgencias, el paciente se encuentra desorientado, con disminución del nivel de consciencia y signos compatibles con hipertensión intracraneal. Ante la severidad del cuadro, se prioriza la estabilización inicial mientras se solicitan pruebas diagnósticas urgentes y se contacta con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para coordinar el manejo conjunto.
MANEJO EN URGENCIAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-ACTUACIÓN INICIAL EN BOX VITAL DE URGENCIAS:
Vía aérea y ventilación: Ante un Glasgow de 8 (apertura ocular 2, respuesta verbal 2, respuesta motora 4), se decide intubación orotraqueal para proteger la vía aérea y evitar el riesgo de aspiración (1). Se establece ventilación mecánica invasiva con parámetros protectores.
Monitorización avanzada: Se colocan accesos venosos periféricos y central para el control hemodinámico y extracción de analíticas urgentes.
Control metabólico: Se administra suero glucosado al identificar signos de hipoglucemia relativa.
-PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Mientras se estabiliza al paciente, se obtiene los resultados de manera progresiva, permitiendo una correlación clínica inmediata:
Analítica inicial:
Hemograma: leucocitosis (19,93 x10^3/µL) con neutrofilia (86%), compatible con infección bacteriana (2).
Gasometría arterial: acidosis metabólica con lactato elevado (5,6 mmol/L).
Bioquímica: glucosa 82 mg/dL, función renal y hepática normal.
Neuroimagen: Se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste para descartar lesiones ocupantes de espacio. Los resultados, muestran borramiento de surcos temporales sugestivo de hipertensión intracraneal, sin evidencia de hemorragia ni edema cerebral significativo (3).
Punción lumbar: Una vez descartadas contraindicaciones en el TC, se realiza la extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR). El análisis preliminar revela:
Aspecto: turbio.
Recuento celular: pleocitosis (765 células/mm^3, 95% polimorfonucleares).

Bioquímica: proteínas elevadas (451,3 mg/dL), glucosa disminuida (8 mg/dL) y lactato elevado (13,8 mmol/L).
Tinción de Gram: bacterias grampositivas compatibles con Streptococcus pneumoniae.
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
Meningoencefalitis bacteriana, probablemente neumocócica, con datos clínicos, analíticos y microbiológicos compatibles (1, 2).
TRATAMIENTO EN URGENCIAS:
Antibioterapia empírica: Se inicia de inmediato cefotaxima (2 g/8 h) asociada a vancomicina en perfusión continua (30 mg/kg/día), cubriendo los patógenos más frecuentes.
Corticoides: Administración de dexametasona intravenosa (10 mg/6 h) antes de la antibioterapia para reducir la inflamación meníngea y las posibles complicaciones neurológicas (2).
Soporte adicional: Corrección de la acidosis metabólica y monitorización estrecha de la presión arterial media para optimizar la perfusión cerebral.
EVOLUCIÓN Y TRASLADO
Tras la estabilización inicial, se observa mejoría de los parámetros hemodinámicos y reducción de la agitación psicomotriz. El paciente es trasladado de manera controlada a la UCI para continuar con el manejo avanzado, donde los cultivos de LCR confirman la presencia de Streptococcus pneumoniae. Se completa un tratamiento antibiótico de 14 días, con resolución clínica y recuperación neurológica total.

CONCLUSIONES

La meningoencefalitis bacteriana es una emergencia médica que requiere un manejo integral y coordinado inmediato. Este caso resalta la importancia de un abordaje sistemático que priorice la estabilización clínica, la realización de pruebas diagnósticas rápidas y el inicio precoz de un tratamiento empírico. La colaboración efectiva con la UCI resulta clave para optimizar el pronóstico en pacientes con enfermedades graves (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Van de Beek, D., et al. Bacterial meningitis. The Lancet. 2016;388(10063):3036-3047.
2. Brouwer, M. C., et al. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;Issue 9.
3. McGill, F., et al. Acute bacterial meningitis in adults. Lancet Infect Dis. 2016;16(6):e123-e131.

P. #720

ANTECEDENTE CLAVE PARA UN DIAGNÓSTICO

Beatriz Guerrero Molina, Enrique Noe Navarro Jiménez, Ana Soledad Benito Martín-Preciados, Irene Corral Flores, María Pérez Olmedo, María José Palomo Reyes

Hospital Universitario De Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo 1, hipertensión ocular y prótesis valvular aórtica mecánica por válvula bivalva congénita. En 2016 fue sometido a reemplazo valvular aórtico y de aorta ascendente, con implantación de un desfibrilador automático implantable-resincronizador (DAI-TRC). Último ecocardiograma (febrero 2024): fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) de 40%. En tratamiento con insulina degludec 200 UI, insulina asparta 100 U/ml, acenocumarol, brinzolamida 10 mg/ml, eplerenona 25 mg, ciclosilicato y zirconio 5gr, sacubitrilo/valsartan 97/103 mg, dapagliflocina 10 mg, rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg, nebivolol 5 mg, omeprazol 20 mg, acetilsalicílico 100 mg.
Acude a Urgencias por episodio de diplopía binocular vertical súbita y transitoria, sin otros síntomas neurológicos focales. Se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) craneal sin hallazgos patológicos, por lo que se optimizó el tratamiento de factores de riesgo y se programó una resonancia magnética (RM) cerebral, analítica y control en consultas de Neurología. Una semana después, acude nuevamente por presentar fiebre (38.6°C) durante la noche anterior y dolor laterocervical derecho con adenopatía palpable, junto con lesiones eritematosas puntiformes en el párpado derecho.
En la exploración física presentaba: TA: 149/83 mmHg, Tª: 36,8°, FC: 7lpm, FR: 14rpm, SatO2 basal: 98%. Orientado, con buen estado general. Destacaban petequias en el párpado derecho, adenopatía retromandibular no adherida. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos relevantes, y exploración neurológica sin alteraciones focales.
Tras la toma de las pruebas complementarias, incluidos cultivos, se inicia tratamiento con ceftriaxona 2gr iv y sueroterapia, y se monitoriza. Se realiza activación de Código Sepsis, aunque la escala qSOFA era 0.
En la analítica presentaba leucocitosis (26.7 x 10^9/L), PCR 151.2 mg/L, procalcitonina (PCT) 21.2 ng/mL y NT-proBNP 1536 pg/mL. El Test Ag COVID-19 resultó positivo. La radiografía de tórax y TAC craneal sin nuevas alteraciones. En TAC de cuello sólo se objetivaban adenopatías locorregionales de aspecto reactivo en niveles IIA y IIB, de predominio derecho.
Al tratarse de un paciente con fiebre, aumento del volumen del área cervical derecha y una focalidad neurológica transitoria. Pensamos en:

- Accidente isquémico transitorio (AIT) en la región de la carótida interna: puede producir amaurosis fugax y febrícula. Las adenopatías serían concomitantes.
- Fenómeno tromboembólico en relación con la infección por COVID-19, dado el estado protrombótico y los factores de riesgo. El episodio previo de amaurosis estaría en el periodo de incubación.
- Endocarditis infecciosa por sus antecedentes cardiológicos,

cuyos émbolos estaban dando los diferentes síntomas.
Se solicitaron:
- Eco-Doppler TSA: donde se identificó un defecto de repleción en la ACI derecha desde el bulbo carotídeo hasta el segmento clinoideo.
- Eco-cardiograma transtorácico: lesión filiforme hipermóvil en la válvula protésica aórtica compatible con vegetación.

Al presentar una vegetación protésica y cumpliendo los criterios de Duke, se añadió daptomicina y ampicilina.
Se procedió al ingreso con diagnóstico de: endocarditis infecciosa sobre válvula protésica aórtica, con sepsis secundaria. La evolución fue favorable, con desaparición de fiebre en las primeras 24 horas. Los hemocultivos fueron positivos para Cutibacterium acnes guiando el ajuste antibiótico con ceftriaxona durante seis semanas y de daptomicina y ampicilina durante cuatro semanas. Fue dado de alta tras 19 días de ingreso.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de realizar un diagnóstico temprano y preciso en pacientes con factores de riesgo cardiovascular con fiebre y manifestaciones neurológicas, donde debe sospecharse endocarditis infecciosa y cuyo retraso en el diagnóstico puede incrementar la mortalidad.
La aplicación de los criterios de Duke resulta fundamental para garantizar un manejo adecuado. Subraya la relevancia de un abordaje multidisciplinar, el uso temprano de pruebas de imagen y administración de antibiótico basado en las recomendaciones de las guías de la Sociedad Europea de Cardiología 2023.

P. #722

NO SIENTO LAS PIERNAS

Ana Soledad Benito Martín-Preciados, Javier Cabañas Morafraile, Irene Carmona García, Beatriz Guerrero Molina, Aitana Martínez Sebastián, María Pérez Olmedo
Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años de Marruecos, residente en España, con antecedentes de hipertensión, enfermedad renal crónica secundaria a vasculitis P-Anca en hemodiálisis, un episodio de bacteriemia intradiálisis sin germen identificado. Intervenida de hernia inguinal, histerectomía total vaginal y fractura patológica de L4 con daño vertebral leve. En tratamiento con Omeprazol, Amlodipino, Targin, Lyrica, Resincalcio, Renvela, Acfol y Optovite.
La paciente consultó en urgencias por hipoestesia de tres días de evolución en el abdomen extendiéndose hacia los miembros inferiores, acompañada de dolor dorsal creciente y estreñimiento de un día de evolución. No presenta fiebre ni otra sintomatología, negaba caídas recientes.
A la exploración destacó regular estado general por dolor, facies álgica, manteniendo las constantes estables. A la exploración neurológica se objetivó anestesia completa desde hemiabdomen inferior hasta ambos miembros inferiores. Fuerza y reflejos osteomusculares conservados.
Dada la clínica y la exploración física realizada, se valoró como diagnóstico diferencial la pesencia de síndrome medular agudo, de causa probablemente secundaria a fractura vertebral patológica, de origen neoplásico o infeccioso. Se realizaron pruebas complementarias de cara a certificar el diagnóstico y la posible etiología del mismo.
Se realizó radiografía de columna en la que no se visualizaron líneas de fractura, analítica sanguínea donde se encontraron cifras de función renal similares a las que manejaba la paciente, elevación de reactantes de fase aguda y acidosis metabólica con pH * 7.24; pCO2 49 mm Hg; pO2 * 24 mm Hg HCO3* 21 mmol/L . Además de lo anterior, y ante la sospecha de síndrome medular secundario a nueva fractura patológica o recidiva de la previa, se solicitó TC de columna vertebral que finalmente fue diagnóstica de Fractura D6 patológica con compresión de canal medular. Finalmente, solicitamos estudios microbiológicos con Hemocultivos y Quantiferon que a la postre resultó positivo, aislándose en posteriores cultivos Mycobacterium tuberculosis complex siendo la paciente diagnosticada por tanto de Tuberculosis Vertebral o Mal de Pott con fractura patológica en D6 secundaria. A la paciente se le realizó cirugía urgente y tras un posterior tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante dos meses, luego 4 meses con isoniazida y rifampicina con resolución de la sintomatología.

CONCLUSIONES

La tuberculosis extrapulmonar representa entre el 10 y 20% de los casos de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes, siendo la afectación osteoarticular frecuente, especialmente en la columna vertebral. El mal de Pott (tuberculosis vertebral) afecta con mayor frecuencia las vértebras torácicas.

La infección comienza con la inflamación de las articulaciones intervertebrales y se extiende al cuerpo vertebral y al disco intervertebral. Esto provoca estrechamiento y colapso vertebral, con la formación de cifosis estructural que puede condicionar un síndrome medular, causando secuelas neurológicas graves en los pacientes. El papel de Urgencias es crucial, la sospecha clínica y realización de estudios microbiológicos y pruebas de imagen constituye uno de los pilares fundamentales y no debe retrasar el tratamiento según la sospecha clínica. El diagnóstico diferencial incluye infecciones como osteomielitis, brucelosis, melioidosis, neoplasias y otras. El tratamiento principal es antimicrobiano, similar al de la tuberculosis pulmonar, con una duración de 6 a 12 meses, dependiendo de la gravedad. En casos graves, con déficits neurológicos avanzados o cifosis >40 grados, se justifica la intervención quirúrgica, como descompresión o estabilización de la columna. La cirugía también es necesaria si los déficits neurológicos empeoran a pesar de la terapia adecuada.

P. #728

ADENOPATÍAS TORÁCICAS EN CONTEXTO DE DISNEA SÚBITA

Jorge Blanco Briones, Noelia Arroyo Pardo, Juan Carlos Rivero Pigne, Xavier Xipell Font, Miguel Cuesta De Diego, Luis Saenz Casco

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:
Disnea
Antecedentes personales:
No RAMC
TVP, HTA. Asma
En 2016 la paciente había sido estudiada por adenopatía subcarinal metabólicamente patológica y valorada en 2023 por Comité de Tumores que decidió seguimiento no invasivo.
Enfermedad Actual:
Mujer de 88 años, natural de Ecuador, con antecedente de ingreso en otro centro hospitalario hace un mes por infección respiratoria, es traída al Servicio de Urgencias por sus hijas por un aumento progresivo de la disnea desde el alta, pérdida de apetito y sudoración nocturna.
Exploración Física:
Constantes: TA: 109/60 mmHg. FC: 88 lpm. Tª: 36 °C. SatO2: 93%
Consciente y orientada en las tres esferas. Bien nutrida, normocoloreada y normoperfundida. Buen estado general, eupneica y afebril.
AC: rítmico sin soplos ni ruidos patológicos.
AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: RHA presentes, blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. No signos de peritonismo. Signo de Murphy negativo. Signo de Blumberg negativo. Puñopercusión bilateral negativa.
Pruebas Complementarias:
• Análisis 25/11/2024:
PCR 2,47 mg/dl
Hemoglobina 11.60 g/dl. VCM 83.10 fl.
GGT:147 U/l
Leucocitos 3,32 (10^3/µl) 10^3/µl. Linfocitos % 17.50 %
INR 1.00 ratio. Fibrinógeno 511.00 mg/dl
• Rx: masa mediastínica anterior sin infiltrados parenquimatosos
• TC Body 28/11/24:
Lesión hipodensa en hemicerebelo derecho que sugiere posible lesión isquémica crónica. Adenopatías cervicales patológicas a nivel supraclavicular en ambos estados IV, de mayor tamaño en el derecho de 17 mm en eje corto. Múltiples adenopatías mediastínicas en espacio prevasular, paratraqueales derechas, ventana aortopulmonar, hiliares bilaterales y subcarinales, la de mayor tamaño de 44 mm en eje corto. Comparativamente con estudio previo significativo aumento tanto en tamaño como en número. Discreta dilatación de vía biliar tanto intra como extrahepática, ya visible en estudio previo sin alteraciones significativas. Adenopatías en hilio hepático de hasta 13 mm en eje corto no presentes en estudio previo.
Conclusión: progresión del proceso adenopático con respecto al TAC de marzo de 2013.

Evolución:
Ante los hallazgos de las pruebas radiológicas, se realiza interconsulta a S. de Medicina Interna, que valora al paciente y programa intervención quirúrgica urgente para biopsia de adenopatía.
Se manda muestra quirúrgica a cultivo, obteniendo resultado de granuloma no necrotizante, con tinción de Ziehl-Neelsen negativa. Se diagnostica a la paciente de sarcoidosis pulmonar.
Tras 20 días de ingreso, la paciente desarrolla un episodio de TEP, por lo que se inicia anticoagulación con clexane a dosis terapeuticas. Posteriormente desarrolla una infección de origen respiratorio por Pseudomona Koreensis que requiere de antibioterapia con meropenem y tazocel.
A los 81 días del ingreso la paciente continúa hospitalizada pendiente de alta próxima si continúa buena evolución.
Juicio Clínico:
Sarcoidosis
TEP
Infección nosocomial.

CONCLUSIONES

- La sarcoidosis es una enfermedad que cursa con granulomas no caseificantes de etiología desconocida. Cuyo diagnóstico de sospecha se inicia con prueba radiológica y se confirma mediante análisis histológico y de exclusión.
- Se caracteriza por el crecimiento de pequeñas acumulaciones de células inflamatorias o granulomas en cualquier parte del cuerpo, más comúnmente en los pulmones y en los ganglios linfáticos. Pero también puede afectar los ojos, la piel, el corazón y otros órganos.
- Importancia del abordaje multidisciplinar para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patología.

P. #729

DOCTORA, SE ME HA INFLAMADO EL BRAZO Y CADA VEZ A PEOR

Daniela Rosillo Castro, Carmen Hernández Martínez, Rocío López Valcarcel, María Luisa Fernández Albert, Rosa Ruiz García, Alejandro Sánchez Agüera

Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca De La Cruz, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo consulta: Dolor y edema cara anterior Miembro superior izquierdo (MSI).
Antecedentes Personales: No alergias. Hipertensa, EPOC, Enfermedad de Crohn en tratamiento con inmunosupresores (ustekinumab), ingreso reciente por bronquitis aguda.
Enfermedad actual: Mujer 56 años, ingresada hasta hace 10 días por cuadro de bronquitis, refiere desde el alta, tumefacción progresiva, eritema y dolor en cara anterolateral brazo izquierdo sin fiebre. Refiere que en ese brazo fue donde llevo la vía
Exploración física: normotensa. Frecuencia cardiaca 90 Saturación oxigeno 94%. Auscultación cardiopulmonar normal Miembros inferiores no edemas. MSI: Cordón varicoso de 6 centímetros a lo largo de flexura de codo y antebrazo, con edema, dolor e hiperemia desde codo hasta mitad de antebrazo.
Exploraciones complementarias: Analitica: Leucocitos: 24800 (neutrófilos 80,2%) Hemoglobina 12.3 Plaquetas 326000 Creat 0.76 Sodio 141 potasio 4 PCR 1.5 Dimero D 1375 INR 1
Ecografía doppler MSI: Material ecogénico intraluminal de predominio en vena humeral derecha desde tercio medio, así como en tercio proximal de vena cefálica del brazo y en vena basílica, con ausencia de flujo Doppler y de adecuada compresibilidad. Asocia aumento de la ecogenicidad en TCS en fosa del codo y en antebrazo proximal. Estos hallazgos son compatibles con Trombosis venosa profunda (TVP) aguda con tromboflebitis superficial (TVS)
Evolución: Ante los hallazgos la paciente fue ingresada iniciándose tratamiento anticoagulante con enoxaparina (heparina bajo peso molecular) con buena evolución dada de alta a los 2 días
Diagnostico al alta de Medicina Interna: TVP de vena humeral + TVS provocada (ingreso reciente por bronquitis, relación catéter venoso periférico y uso de ustekinumab)

CONCLUSIONES

La TVP tiene una incidencia de 116 por cada 100.000 habitantes en España, pero tan solo el 1-4% de los casos TVP son de miembros superiores (TVPMS).
La etiología de las TVPMS pueden ser de origen primario sin identificar causa desencadenante, o secundario, las cuales constituyen un 70% y están asociadas principalmente al empleo de catéteres venosos centrales y marcapasos, trombofilias o procesos hormonales, como toma de anticonceptivos, embarazo o puerperio y procesos neoplásicos
El dímero D puede resultar útil para excluir trombosis en pacientes de bajo riesgo, pero no excluye que pueda haber una estenosis u obstrucción venosa sin trombo. Además, su utilidad en el diagnóstico de TVPMS (especificidad 14-60%) es menor que en

el de inferiores.
Las medidas terapéuticas van dirigidas a aliviar los síntomas, evitar la progresión de la trombosis y reducir el riesgo de complicaciones. El American College of Chest Physicians (ACCP) recomienda, en las TVP más proximales (vena axilar a venas más proximales) tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular (HBPM), fondaparinux, heparina no fraccionada IV o SC, anticoagulantes orales o trombolisis. En cuanto a la terapia compresiva, las mismas guías se pronuncian contra el uso de terapia compresiva local.
El pronóstico de las TVPMS es mejor que el de las TVP de miembros inferiores ya que tiene menos complicaciones y la tasa de recidivas es menor
En nuestro caso concreto se trata de TVP secundaria a catéter. El hecho de haber llevado la vía en esa zona y la clínica impresionaba inicialmente de tromboflebitis superficial, ya que no presentaba dolor ni edema a nivel de zona proximal de miembro superior, ante el Dimero D elevado se solicitó la ECO-Doppler que nos llevó el diagnóstico final.
Dado lo infrecuente del cuadro es importante la sospecha diagnostica ante edema en miembro superior sin traumatismo, ni otra causa desencadenante y/o que tengan asociadas las causas secundarias

P. #733

DOCTOR, ME DUELE LA CADERA

Rebeca Díaz Cortés[1], María Eveline Nicolaita Colacel[2], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[2], Carmen Montejo González[2], Sara Isabel Cosío De Los Arcos[2], Noelia De Sousa Pérez[2]

1. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España
2. Hospital de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 83 años, con antecedente de linfoma B difuso de células grandes tratado y en remisión completa desde el año 2022 y sin otros antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias por coxalgia derecha aguda de cuatro días de evolución, asociado a febrícula de 37.3oC en domicilio. La paciente lo relaciona con sesión de punción seca a ese nivel hacía una semana que realizaba de manera habitual desde hacía ocho meses por coxartrosis. En anamnesis por aparatos no presentaba otra clínica a ningún nivel.
A la exploración la paciente se encuentra consciente y orientada con regular estado general, sudorosa y levemente deshidratada. Hipoperfundida, con frialdad distal y palidez mucocutánea. Hipotensa con cifras tensionales entorno a 70/50 mmHg, taquicárdica a 140 latidos por minuto y temperatura 37.4°C. La auscultación cardiopulmonar era normal, el abdomen distendido y timpánico pero no doloroso y sin defensa y, a nivel de miembro inferior derecho, no presentaba lesiones cutáneas, edema ni eritema. Presentaba dolor a la
palpación en región inguinal, con movilidad y neurovascular distal de la extremidad conservado.
En urgencias se realiza un electrocardiograma en el que se detecta una fibrilación auricular no conocida con respuesta ventricular rápida a 140 latidos por minuto. Se solicita también una radiografía de cadera en la que
se descartan lesiones óseas o afectación de planos blandos y una radiografía de tórax con un mínimo pinzamiento de seno costofrénico izquierdo y sin otras alteraciones. En la analítica destaca una leucocitos de
27.800 con desviación izquierda (neutrófilos 89%) y una proteína C reactiva de 533 con una procalcitonina de 4.83. Además insuficiencia renal aguda con creatinina de 2.88 y FG 15.53. Coagulación y gasometría normales. Se realiza sondaje vesical, encontrándose la paciente en oligoanuria pero pudiendo recoger una muestra de orina con hallazgo de bacteriuria intensa en el sedimento. Se extraen hemocultivos y urinocultivo, y ante analítica con reactantes de fase aguda muy elevados y abdomen con exploración patológica, se solicita TAC (tomografía axial computarizada) de abdomen con hallazgo de dilatación gástrica y de esófago distal sin signos de patología abdominal aguda.
Se mantiene en box monitorizada y se inicia fluidoterapia con 2000 ml de suero salino fisiológico al 0.9% por hipotensión con escasa mejoría de cifras tensionales (80/60mmHg), 1g de paracetamol intravenoso por
febrícula y antibioterapia empírica con 4g de piperacilina-tazobactam.
Ante sospecha de shock séptico de origen desconocido y, a pesar de pruebas complementarias normales, por antecedente

de punción seca a nivel coxal derecho se decide solicitar TAC de extremidad inferior derecha, que es informado como prueba sin hallazgos patológicos.
Ante empeoramiento clínico y hemodinámico de la paciente durante su estancia en el box de observación se comenta verbalmente con el servicios de radiología el el TAC de extremidad inferior realizado anteriormente, quienes refieren quizás una leve estriación en glúteo medio derecho compatible con miositis.
La paciente ingresa en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) como shock séptico de origen en partes blandas en relación con sesión de punción seca.

CONCLUSIONES

Recalcar, con este caso clínico, la importancia de correlacionar la historia clínica referida por la paciente y los familiares con el contexto clínico en el que nos encontramos para poder realizar un primer enfoque diagnóstico, a pesar de la ausencia de hallazgos significativos en las pruebas de imagen en el momento inicial.
Además, en relación a lo previo también resulta de vital importancia la reevaluación continua del paciente en los Servicios de Urgencias, analizando toda la información de la que disponemos en cada momento, con el fin de lograr una atención y un tratamiento lo más integrales posibles que garanticen en la medida de lo posible, la mejoría del paciente.

P. #734

DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR CON DÍMERO D NEGATIVO

Xiujun Wu, Maitane Cordero Rodríguez, Alba Hernández Marcos

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 33 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, fumador y consumidor ocasional de alcohol.
Acude a su médico de atención primaria por edema, inflamación y cambio de coloración del brazo izquierdo mientras hacía deporte hace 48h. Niega dolor pero asocia parestesias y picor. Se le pautan analgésicos y metilprednisolona intramuscular por sospecha de tendinitis pero a los 3 días acude de nuevo por escasa mejoría por lo que es derivado a urgencias para estudio. En urgencias se evidencia la inflamación del brazo, leve cianosis de la piel y destaca la circulación colateral que presenta en el lado izquierdo del tórax. Ante sospecha de patología vascular se solicita analítica con resultados normales incluido el dímero D y radiografía de tórax descartando lesiones. Dada la alta sospecha diagnóstica, se insiste al radiólogo en la realización de una ecografía Doppler del brazo que acaba confirmando la patología que presentaba el paciente: trombo en vena subclavia izquierda, sospecha de síndrome Paget-Schroetter. Se inicia tratamiento con heparina que a las 24h sin complicaciones cambia a anticoagulación oral y se deriva a consultas de tromboembolismo para continuidad de tratamiento y estudio.

CONCLUSIONES

El dímero D es una herramienta útil en el diagnóstico de la trombosis venosa profunda (TVP) por su alto valor predictivo negativo; sin embargo, su sensibilidad disminuye en ciertos escenarios, como en trombosis distales, pacientes anticoagulados o cuando la evolución de la trombosis supera los siete días. En este caso, el resultado negativo del DD generó dudas diagnósticas, pero la sospecha clínica y la realización de una ecografía permitieron identificar la TVP.
El síndrome de Paget-Schroetter es una entidad rara, pero potencialmente grave, que debe considerarse en pacientes jóvenes y atléticos con edema y cambios de coloración en un miembro superior tras ejercicio vigoroso. La interpretación del dímero D debe realizarse con cautela, especialmente en trombosis de evolución prolongada, y el diagnóstico debe confirmarse con ecografía Doppler ante una sospecha clínica fundada. La detección temprana es clave para prevenir complicaciones como el síndrome postrombótico y la embolia pulmonar.

P. #745

ESTE NO ES MI DOLOR LUMBAR DE SIEMPRE...

Aida Calonge Tudanca, Danae Moreno Alcaide
Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años acude por dolor lumbar bilateral irradiado a ambas fosas iliacas. No clínica miccional. Afebril. No clínica neurológica ni otra sintomatología asociada.
ANTECEDENTES PERSONALES:
- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2. Micoangiopatía diabética.
- Hiperuricemia.
- Enfermedad renal crónica estadio 3.
- Asma. Antecedente de tuberculosis. Apnea obstructiva del sueño.
- En noviembre 2023 enfermedad de las arterias coronarias (EAC) severa de la descendente anterior (DA) y circunfleja derecha (CD), ambas tratadas con stent farmacoactivos.
- Hace 1 mes, infarto agudo de miocardio inferoposterior Killip IV con reestenosis del stent de la CD proximal, que se reinterviene.
- Dolor lumbar crónico. RMN con cambios degenerativos crónicos y discopatía leve moderada L3-L5.
- Mala adherencia al tratamiento crónico e inasistencia a consultas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA 135/87 mmHg, FC 89 lpm, Sat O2 98 % basal, FR 20 rpm, Tª 36'2 °C
Consciente y orientada en las tres esferas. Eupneica en reposo. Afectada por dolor.
Auscultación cardiaca y pulmonar anodina.
Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.
Dolor a la palpación generalizada en musculatura paravertebral dorsolumbar. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Lassegue y Bragard no valorables por afectación de la paciente.
Extremidades inferiores: edemas bilaterales crónicos sin fóvea. Pulsos presentes y simétricos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm, Q ya conocida en III y aVF.
- Urocultivo y hemocultivos extraídos.
- Sistemático de orina: sin alteraciones.
- Rx tórax y abdomen: sin alteraciones significativas.
- Rx lumbar: discopatía L3-L4 con pequeños osteofitos.
- Analítica sanguínea: Glu 174; Cr 2; PCR 80; Hb 11'4; leucos 12690; D-Dímero 1140.
- AngioTAC abdomino-pélvico: sin hallazgos patológicos. Cambios degenerativos en el esqueleto axial, sin lesiones focales óseas.

Inicialmente, se orienta el caso como de posible origen vascular, motivo por el cual se realiza angioTAC, que no presenta alteraciones significativas. Se deja a la paciente pendiente de control evolutivo debido a la importante afectación por dolor, que precisa incluso mórficos.
Tras 36 horas, nos avisan por empeoramiento del estado general, tendente a la hipotensión arterial y realiza pico febril de 38'5 °C. Además, presenta elevación de PCR de 70 a 340.
Se habla con microbiología, quienes han observado crecimiento de cocos gran + en racimos. Al mismo tiempo, radiología revisa las imágenes del TAC y se objetiva una posible espondilodiscitis L2-L3 que posteriormente se confirma mediante RMN.
Se inicia tratamiento con Linezolid y Meropenem, y la paciente es trasladada al servicio de Reanimación.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es una infección del disco intervertebral y del cuerpo o cuerpos vertebrales adyacentes cuyo diagnóstico en multitud de ocasiones es difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas y la frecuencia con que se observa dolor lumbar en la población general.
De hecho, en esta paciente, dados los antecedentes de dolor lumbar cónico y mala adherencia al tratamiento, la sospecha era que el dolor era consecuencia de su discopatía crónica.
El diagnóstico de la espondilodiscitis se realiza en función de la sospecha clínica, niveles elevados de marcadores inflamatorios, un cultivo positivo de biopsia de tejido o sangre y hallazgos radiológicos.
Debido a su potencial gravedad, es muy importante descartar además endocarditis en pacientes con cardiopatía previa (como en el caso que nos ocupa), insuficiencia cardíaca, hemocultivos positivos e infecciones causadas por grampositivos.
La base del tratamiento es el manejo médico, con antibióticos adaptados al organismo relevante, así como la inmovilización.
Tras casi 3 meses y evolución tórpida por complicaciones como endocarditis sobre válvula mitral entre otros, la paciente ha sido recientemente de alta a domicilio.

P. #755

NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO ESPONTÁNEO: SÍNDROME DE HAMMAN

Paula Queizán García[1], Andrea Beatriz Bravo Periago[2], Leire Paramás López[3], Elena López De Las Heras[4], Estefanía Córdoba Canella[4], Leyre Queizán García[5]

1. Hospital General de Segovia, Segovia, España
2. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España
3. Hospita Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, España
4. Hospita Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España
5. Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 22 años, sin antecedentes personales de interés que es valorada en Urgencias por odinofagia, dolor cervical y presión retroesternal de 24 horas de evolución que ha asociado a estrés por exámenes. No describe otra clínica asociada en la entrevista clínica dirigida.

En la exploración física, presenta constantes estables, no taquipnea ni taquicardia. Destaca la presencia de enfisema subcutáneo a nivel cervical bilateral y torácico con crepitación a la palpación, no doloroso. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Resto de la exploración por aparatos y sistemas anodina. En la anamnesis la paciente niega consumo de tóxicos, no ha realizado ejercicio físico intenso las horas previas, no ha realizado desplazamientos en avión...

Tras la anamnesis y la exploración física se realiza electrocardiograma que no muestra alteraciones de la repolarización ni datos de isquemia; radiografía de tórax en la que se objetiva enfisema subcutáneo cervical sin datos de neumotórax y analítica sanguínea anodina, sin datos de infección ni elevación de reactantes de fase aguda.

Con todo ello se decide solicitar TAC de tórax para descartar lesión esofágica o de la vía aérea como causa del enfisema subcutáneo, objetivándose en el mismo extenso enfisema subcutáneo a nivel cervical y que se extiende a mediastino y a grasa pericárdica. No se objetiva neumotórax ni neumoperitoneo, ni fuga de contraste intravenoso a nivel esofágico. Se objetiva pequeña bulla subpleural de 18mm en lóbulo pulmonar inferior derecho.

Dados los hallazgos clínicos y radiológicos se solicita valoración por por cirugía torácica de guardia quien recomienda monitorización y vigilancia durante 24 horas en Urgencias, sin necesidad de tratamiento quirúrgico urgente, por lo que permanece en observación manteniéndose estable hemodinámicamente y asintomática, siendo dada de alta a las 36 horas con tratamiento analgésico y ejercicios de fisioterapia respiratoria, así como revisión ambulatoria en consultas externas de cirugía para control y seguimiento.

CONCLUSIONES

El neumonediastino espontáneo o síndrome de Hamman se define como la presencia de aire libre a nivel mediastínico sin evidencia de patología subyacente o factor predisponente desencadenante. El mecanismo de aparición es debido a la rotura alveolar espontánea secundaria a una hiperinsuflación traqueal. Es más frecuente en hombres jóvenes, de constitución delgada y talla alta y en mujeres embarazadas durante el parto, siendo el aumento de la presión intratorácica el principal factor predisponente.

El dolor torácico es el síntoma más llamativo, empeora con los movimientos y la respiración profunda y mejora en posición de sedestación y hacia delante, pudiendo manifestarse también como disfagia, dificultad para respirar, cervicalgia, disfonía... Es fundamental la exploración física completa siendo característica la presencia del signo de Hamman (crujido en la región precordial sincrónico con los latidos cardiacos), enfisema subcutáneo a nivel cervical o torácico y en la anamnesis es fundamental preguntar por consumo de tóxicos, drogas o la realización de ejercicio físico intenso. En el abordaje diagnóstico inicial, la realización de una radiografía de tórax es una de las herramientas más importantes para su detección, pudiendo encontrarse líneas o burbujas de aire alrededor de estructuras mediastínicas y enfisema subcutáneo, siendo la tomografía computarizada de tórax una herramienta más específica, destinada a detectar lesiones más pequeñas o la determinación de patología pulmonar subyacente.

En la mayoría de los casos, el neumomediastino espontáneo se maneja de forma conservadora, recomendándose un periodo de observación para prevenir y detectar complicaciones (neumotórax a tensión, neumopericardio, mediastinitis, neumoperitoneo...) y es de carácter autolimitado, con un curso benigno y un pronóstico generalmente excelente.

El neumomediastino espontáneo es una patología de presentación inusual, pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes que consulten en Urgencias por dolor torácico.

P. #761

AGRANULOCITOSIS EN PACIENTE DE 31 AÑOS CON ODINOFAGIA Y FIEBRE

Luis Zafra Iglesias, Inmaculada Morcillo Sillero
Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Mujer de 31 años. Sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentos conocidas. No hábitos tóxicos. Acude a Urgencias por odinofagia de 3 días de evolución, asociando fiebre termometrada de hasta 39 ° C y malestar general persistente. Ha sido valorada por su médico de atención primaria tras 24 horas de evolución de dicha sintomatología, con pauta de Ibuprofeno, Paracetamol y Metamizol, con nueva valoración a las 48 horas por persistencia de sintomatología y con pauta de Prednisona 60 mg/día y Fenoximetilpenicilina 500 mg cada 8 horas. A pesar de ello, refiere no mejoría, con aparición de bultomas cervicales bilaterales y fatiga generalizada. No refiere otra sintomatología de interés.
Exploración
Tensión arterial 89/54. Frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto. Temperatura 39 ° C. Saturación O2 100 % aire ambiente. Consciente, orientada, palidez mucocutánea, eupneica en reposo.
A la exploración, auscultación cardíaca con tonos taquicárdicos rítmicos, sin soplos, roces o extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración otorrinolaringológica con faringe hiperémica y amígdalas hipertróficas grado III con exudado bilateral. Se palpan 2 adenopatías submandibulares a cada lado, menores de 1 centímetro, dolorosas a la palpación. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.
Diagnóstico diferencial
Infección aguda por citomegalovirus, toxoplasmosis, faringitis aguda estreptocócica, VIH, leucemia, linfoma, aplasia medular, anemia hemolítica.
Pruebas complementarias
En analítica, destaca hemograma con leucocitos 0,08 x 10^3/µL , neutrófilos 0,01 10^3/µL 10, Hb 11,6 g/dL; coagulación con INR 1,41, fibrinógeno 845 mg/dL y actividad protrombina 62 %; bioquímica con Creatinina 2,53 mg/dL, urea 95 mg/dL y filtrado glomerular 24 ml/min, con iones normales; Proteína C Reactiva 422 mg/L y Procalcitonina 9,61 ng/mL.
Radiografía de tórax con índice cardiotorácico normal, sin evidencia de condensaciones neumónicas ni pinzamiento de senos costofrénicos.
TAC de cuello sin contraste intravenoso sin evidencia de abscesos, con ganglios latero-cervicales de hasta 1 centímetro de morfología normal.
Frotis de sangre periférica con anisopoiquilocitosis de serie roja, sin observar elementos nucleados ni agregados plaquetarios. Neutropenia real. No se observan elementos inmaduros.
Fibrobroncoscopia realizada por otorrinolaringología con hallazgo de cavum libre, faringe simétrica con exudado de aspecto fúngico que se extiende a las paredes laterales, amígdala lingual y cara lingual de epíglotis. Valléculas y senos piriformes libres, con cuerdas vocales móviles.
Hemocultivos y urocultivo extraídos en Urgencias normales.
Juicio clínico
Síndrome febril en contexto de síndrome mononucleósido.
Pancitopenia en relación a trastorno secundario farmacológico (pirazolonas, fenoximetilpenicilina).
Evolución
Tras inicio de antibioterapia empírica con Piperacilina/Tazobactam en Urgencias y estabilización de la paciente sin necesidad de drogas vasoactivas, se procede a ingreso a cargo de Medicina Interna. Una vez ingresada, se realiza estudio ampliado, con positividad para el Virus de Epstein-Barr y evolución favorable de la paciente. TAC de tórax y abdomen y pelvis sin hallazgos de interés.

CONCLUSIONES

El síndrome mononucleósido se caracterizada por odinofagia, fiebre, exudado amigdalino y adenopatías dolorosas submandibulares bilaterales. Las alteraciones hematológicas encontradas en la paciente (pancitopenia, aunque principalmente agranulocitosis) fueron secundarias al uso intenso de Metamizol y Fenoximetilpenicilina como reconoció la propia paciente durante su ingreso. Las adenopatías submandibulares encontradas durante la exploración fueron disminuyendo con el paso de los días, lo que, sumado al estudio realizado durante el ingreso descartando organomegalias y el frotis de sangre periférica descartando formas inmaduras, confirmó el diagnóstico definitivo.

P. #766

LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EXPLORACIÓN FÍSICA EN URGENCIAS

Zaida Provencio Del Olmo, Marina Sobreviela Albacete, Miriam Gómez Carracedo, Sara Vinat Prado, Carlos Bibiano Guillén, Irene Arnanz González

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 54 años, sin AP de interés, acude a Urgencias por comenzar con dos episodios de vómitos diarios junto con molestias abdominales de tipo cólico de 6 días de evolución. Se realiza una exploración clínica en Urgencias, en donde destacaban molestias abdominales en mesogastrio no irradiadas, que orientaban junto con la clínica a un posible cuadro de
gastroenteritis aguda junto con una auscultación pulmonar con crepitantes en base izquierda.
Dada la exploración, se decide pedir una radiografía de tórax en donde se objetiva un aumento de densidad en lóbulo inferior izquierdo (LII) con atelectasia y derrame plural asociado.
Se solicita analítica para descartar una posible infección y se reinterroga sobre síntomas constitucionales, afirmando la paciente haber sufrido pérdida de unos 3 kilos de peso en un mes y medio a los que ella no les había dado importancia.
Se obtienen resultados analíticos, todos dentro del rango de normalidad, descartando por tanto posible infección respiratoria asociada.
En TAC obtenido tras pruebas previas, se visualiza masa en LII que condiciona atelectasia completa junto con derrame pleural y adenopatías en hilio pulmonar izquierdo, compatible con neoplasia primaria.
Finalmente, la paciente tras resultados de anatomía patológica, fue diagnosticada de un carcinoma de célula no pequeña pudiendo comenzar con tratamiento.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra, la importancia de una buena exploración física aún estando en un servicio de Urgencias, reflejando claramente como un solo dato puede hacer que aunque la paciente consultase por otro motivo, pudiese ser diagnosticada de una neoplasia de pulmón, a pesar de la ausencia de clínica respiratoria, gracias a una auscultación pulmonar bien realizada.

P. #773

OJO CON LA TOS, QUE NO TODO ES CATARRO

Lorena Díez Domínguez[1], María Ángeles Moreno Planelles[2], Verónica Bueno Palomino[1], María Pilar Martín Doimeadios Fuentes[2]

1. Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, España
2. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
- No RAMC.
- Hábitos tóxicos: Fumador de 1-1.5 paq/día desde los 15 años de edad, Bebedor de 3 cervezas/día.
- Trabaja como librero ambulante. No animales domésticos.

ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente varón de 61 años que presenta desde hace un mes cuadro de malestar general, astenia, tos perruna con movilización de secreciones en vía aérea superior sin llegar a expectorar, sudoración nocturna y disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos . Asocia hiporexia con pérdida de al menos 5 Kg de peso desde diciembre.
Ha estado desde noviembre en Logroño por trabajo, previamente en Santoña. Residencia habitual en Madrid. No viajes al extranjero.
En los últimos meses ha estado arreglándose algunas piezas dentales.

EXPLORACIÓN FÍSICA
Aceptable estado general. Deshidratación mucocutánea. Normoperfundido. Caquéctico. Eupneico en reposo.Oral: ausencia de algunas piezas dentales, no claros signos de infección local. Afebril. SpO2 95% con GN 3lpm.
AC rítmico sin soplos. AP: MVC con algún roncus aislado en hemitórax derecho.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Hemograma. Leucocitos: 11.00 10^3/µL (3.90 - 10.20); Hematíes: 3.67 10^6/µL (4.30 - 5.75); Hemoglobina: 11.9 g/dL (13.5 - 17.2);Plaquetas: 355 10^3/µL (140 - 370)
- Estudio de Coagulación: normal
- Gasometría arterial basal. FiO2 21%: pH: 7.51 (7.35 - 7.45); PCO2: 27.1 mmHg (35.0 - 45.0); PO2: 60.2 mmHg (75.0 - 105.0); Bicarbonato: 21.1 mmol/L (21.0 - 26.0); TCO2: 21.9 mmol/L (22.0 - 29.0); BEb (exceso de bases en sangre): -0.4 mmol/L (-3.0 - 3.0); BEecf (Exceso de bases en líq. extracelular): -1.9 mmol/L (-3.0 - 3.0); SBC (Bicarbonato estándar): 24.0 mmol/L (21.0 - 27.0); sO2m (saturación medida de oxígeno): 93.6 % l
- Determinaciones bioquímicas: Glucosa: 172 mg/dl (70 - 110); Urea: 59 mg/dl (20 - 50); Creatinina: 0.83 mg/dl (0.60 - 1.20); Proteínas totales: 5.5 g/dl (6.4 - 8.3); Sodio: 123 mmol/L (136 - 145); Potasio: 4.0 mmol/L (3.5 - 5.3);Bilirrubina total: 0.8 mg/dl (0.3 - 1.2); LDH: 351 U/L (120 - 246); GPT (ALT): 23 U/L (10 - 49); GOT (AST): 40 U/L (< 37); Osmolalidad calculada (Khajuria y Krahn): 271 mOsm/kg (275 - 295); Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI): >90.0 ml/min/1.73m2 Clasif. G1 Normal o elevado, Proteina c reactiva: 193.4 mg/L (< 5.0);
- RX TORAX. patrón reticular en campos inferiores derechos, condensación con atelectasia y nivel hidroaéreo en LSD.

JUICIO CLÍNICO. Neumonía necrotizante en lóbulo superior derecho.

CONCLUSIONES

Dado el aspecto de la neumonía se decide realizar aislamiento del paciente, aunque aparentemente no ha tenido contacto con lugares con alta incidencia de TBC.
Se debe hacer el diagnóstico diferencial con neumonías de gérmenes atípicos, para lo cual se solicita esputo: Tincion de Gram: < 10 leucocitos
Tincion BK: No se observan BAAR.
Además por el cuadro constitucional y tabaquismo de posible neoformación, por lo que se completa estudio con broncoscopia y tomografia. Las muestras recogidas se envían para análisis, donde finalmente crece: Moraxella (Branhamella) catarrhalis.
Este tipo de germen es típico en infecciones de tracto respiratorio superior, pero en raras ocasiones producen neumonías, y menos de la gravedad de la del paciente.
Algunos factores propios del huésped, son importantes para desarrollar una infección por M. catarrhalis así se determinó que el EPOC aumenta el riesgo a la infección por este agente y la edad mayor de 60 años presentan un riesgo.

P. #778

LINFANGITIS: LA HISTORIA DE COMO UNA PEQUEÑA HERIDA ME LLEVO A UN GRAN DOLOR

Juan Miguel López González, Cristina Inmaculada Bejarano Roma, Inés Giménez Hurtado, Irene Serrano Pozas
Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 48 años como único antecedente personal de interés Fumador de 4 c/d Acude a urgencias por presentar herida interdigital, tercer y cuarto dedo del pie derecho, desde hace 4 días, inicialmente prurito que ha ido a más llegando hoy a tener dolor, impotencia funcional y adenopatías inguinales ipsilaterales de horas de evolución.
Refiere haber llevado botas apretadas durante 5 días de forma continuada en relación con un viaje con su familia dentro de la península.
No comenta otra clínica, no dificultad respiratoria. no fiebre ni sensación distérmica. No dolor testicular, no disuria.
Mejora tras Ibuprofeno 600MG en tiraje.
Exploración:
A su llegada a Urgencias Buen estado general, alerta consciente y orientado en tres esferas, Tensión arterial 145/87mmHg, frecuencia cardiaca 119 latidos por minuto y saturación 95%o2 basal, Tª 37.7
- Pie derecho: Herida interdigital en tercer y cuarto dedo de unos 2 cm, ligera superación, Pulso pedio, poplíteo y femoral conservado, Homans negativo, no aumento de perímetro respecto a contralateral, no aumento de temperatura, no signos de TVP. Trayecto inflamatorio en relación con conducto linfático en dorso del pie de unos 5cm, ganglio inguinal homolateral
- PIE IZQUIERDO: normal.

Primeras pruebas complementarias solicitadas:
-Analítica de sangre con: Leucocitosis de 27.760, con desviación izquierda, neutrófilos 25.4 x 10^3, coagulación, Bioquímica e iones sin alteraciones, PCR 1.27.
Le pasamos a boxes para recibir tratamiento antibiótico Iv con amoxicilina/clavulánico, analgesia con antipiréticos y analítica de control para valorar si puede realizar tratamiento ambulante o ingreso para continuar tratamiento IV.
- AS Control: Leucocitosis de 28.960, con desviación izquierda, neutrófilos 26 x 10^3, coagulación, Bioquímica e iones normales, PCR 5.20. Dímero DD 312
- GV: Normal.
- Hemocultivos Negativos.

Tras revaloración refiere dolor en muslo derecho y eritema en borde lateral de toda la pierna y aumento de volumen en región inguinal, con persistencia de fiebre.
- Ecografía de partes blandas: Adenopatías de carácter reactivo. No se definen colecciones.
- Eco Doppler: No hay signos de TVP en los territorios explorados.

JC:
- Linfangitis secundaria a herida sobre infectada interdigital pie derecho.
- Adenopatía inguinal derecha.

CONCLUSIONES

Se realiza control analítico con empeoramiento de leucocitosis y elevación de PCR junto con persistencia de clínica dolorosa se decide ingreso con heparina profiláctica y antibioterapia empírica con Augmentine que se cambia por Levofloxacino vo y Clindamicina 600 mg/8 horas iv.
Dada la buena evolución clínica procedemos al alta hospitalaria pendiente de completar ciclo antibiótico de 14 días.

- La linfangitis es una condición inflamatoria de los vasos linfáticos, a menudo provocada por una infección bacteriana. Aunque no es una patología frecuente, puede acarrear complicaciones significativas si no se aborda de manera oportuna y adecuada. Los factores de riesgo abarcan lesiones cutáneas, infecciones bacterianas preexistentes y sistemas inmunitarios debilitados. Los síntomas pueden variar desde sensibilidad y enrojecimiento local hasta fiebre, escalofríos e incluso la formación de abscesos. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y, en algunos casos, en pruebas de laboratorio. El tratamiento suele consistir en la administración de antibióticos y, en ciertas ocasiones, puede requerir drenaje quirúrgico. La bibliografía médica resalta la importancia de un diagnóstico y tratamiento tempranos para prevenir la propagación de la infección y minimizar el riesgo de complicaciones a largo plazo.
- En conclusión, la linfangitis es una condición que, si bien no es común, exige atención médica inmediata. Un enfoque proactivo que incluya el reconocimiento de los síntomas, una evaluación clínica exhaustiva y un tratamiento oportuno puede mejorar significativamente el pronóstico y reducir la probabilidad de secuelas. Es crucial recordar que no todas las lesiones cutáneas o el enrojecimiento local son condiciones benignas; a veces, pueden ser manifestaciones de una linfangitis subyacente que requiere intervención médica urgente.

P. #781

ISQUEMIA AGUDA ENMASCARADA

Rebeca Díaz Cortés[1], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[2], María Eveline Nicolaita Colacel[2], Noelia De Sousa Pérez[2], María Isabel Cosio De Los Arcos[2], Carmen Montejo González[2]

1. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España
2. Hospital de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 84 años, dislipémico y con antecedente de hábito tabáquico importante, con un índice paquetes-año acumulado de 30. No presenta otros factores de riesgo cardiovascular. Además, como otros antecedentes de interés destaca una isquemia crónica de miembros inferiores grado II y una lumbalgia crónica a seguimiento por Servicio de Traumatología y de la Unidad del Dolor, con muy mal control a pesar del tratamiento, motivo por el cual ha consultado en el Servicio de Urgencias diez veces en los últimos seis meses (la última cinco días antes).
El paciente acude de nuevo a urgencias por dolor en ambos miembros inferiores de cuatro días de evolución, dolor de características mecánicas que empeora con la flexión, y que asocia parestesias. Refiere que ha estado masajeándose ambas piernas y, que tras ello, el dolor del miembro inferior derecho ha cedido, no así del izquierdo.
A la exploración física la auscultación cardiopulmonar y el abdomen son anodinos. Al valorar los miembros inferiores se objetiva un dolor en región posterior de muslo izquierdo con la flexión, sin lesiones cutáneas, con el pie izquierdo ligeramente más pálido que el contralateral pero sin cambios de temperatura, ni empastamiento y con pulsos distales débiles, pero conservados y simétricos. El paciente es valorado por Traumatología, que solicita una radiografía de columna lumbosacra en la que no se objetivan hallazgos significativos salvo los cambios degenerativos ya conocidos y acordes a la edad del paciente. Ante intenso dolor deciden mantener al paciente en box de observación con analgesia intravenosa.
Se reevalua al paciente al cambio de turno y, ante persistencia del dolor y antecedentes del paciente, se decide solicitar un estudio analítico con dímero D, donde todos los parámetros se encuentran dentro de los límites de la normalidad, por lo que se decide alta del paciente con diagnóstico de dolor en miembro inferior izquierdo por radiculopatía.
Pasadas cuatro horas del alta el paciente consulta de nuevo por empeoramiento del dolor en miembro inferior izquierdo que le ha interrumpido el sueño. El paciente presenta las mismas características del dolor que las referidas anteriormente pero, además, asocia impotencia funcional con imposibilidad para la deambulación. A la exploración física el paciente presenta el pie izquierdo con frialdad distal, relleno capilar enlentecido y ausencia de pulso pedio palpable, con pulso tibial posterior débil. La ausencia de pulso objetivada en la exploración se confirma mediante el Doppler en el Servicio de Urgencias por lo que solicitamos un angioTAC (tomografía computarizada vascular) de miembro inferior izquierdo, con hallazgo de una obstrucción femoropoplítea izquierda de una semana de evolución que precisó de intervención urgente por parte de Cirugía Vascular para colocación de by-pass y revascularización.

CONCLUSIONES

Paciente con patología crónica de larga data e hiperfrecuentador de los servicios de urgencias en relación con dolor crónico agudizado de características mixtas (radiculopatía y vascular)
Recalcar la importancia de que, siempre que no encontremos pacientes con múltiples consultas a los servicios de urgencias, se realice una buena historia clínica en cada una de ellas, sin pormenorizar síntomas y estableciendo buenos diagnósticos diferenciales, dado que el contexto clínico y la sintomatología que presentan los pacientes esta en constante cambio, a pesar de presentar valoraciones recientes y estudios complementarios sin alteraciones ni hallazgos significativos.

P. #783

DOLOR ABDOMINAL SUBAGUDO, UN RETO DIAGNÓSTICO: SIEMPRE

Leonard Mihaita Román[1][2], María Del Rocío Martínez Cuenca[2], Paola Guevarra Agudo[2], Isabel Castillo Vázquez[2], Lara María Montes Andújar[2]

1. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
2. Hospital HM Sanchinarro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción y presentación de caso
La disección espontánea de la arteria mesentérica superior (AMS) es una enfermedad infrecuente en la práctica clínica habitual y un reto diagnóstico. La AMS es el lugar de disección aislada más frecuente, siendo la segunda arteria periférica en frecuencia después de la arteria carótida interna.
La presentación clínica más frecuente es dolor abdominal agudo debido a la isquemia intestinal, a la hemorragia intraperitoneal por rotura de la AMS o a la respuesta inflamatoria que provoca la propia disección estimulando el plexo nervioso visceral circundante.
Presentamos el caso de un varón de 64 años con APP de tabaquismo, HTA, DL, en tto Bisoplolol con acude al servicio de urgencias (SU) por presentar desde hace 4 días dolor abdominal epigástrico de tipo cólico, irradiado en todo el abdomen, más en región dorsal de intensidad alta Eva 7/(1)0, asociado nauseas, especialmente posprandial. Ha consulta hace 24hs en otro centro, por los mismos síntomas donde indicaron tratamiento (tto) sintomático (omeprazol, paracetamol) sin mejoría. Niega fiebre, nauseas o vómitos, no alteraciones del ritmo intestinal.
En la exploración en SU presenta buen estado TA: 130/70 mm Hg, FC: 60lpm, SPO2: 98%, equilibrado hemodinámico y circulatorio, exploración abdominal destaca dolor en región epi-mesogastrica en la palpación superficial y profunda, sin datos de irritación peritoneal, Murphy negativo.
Pruebas complementarias en SU:
ECG: RS, BIRD; sin alteraciones.
Analítica: Hemoglobina 15,40 g/dL Leucocitos 6,42 x10e3/µL, perfil básico, hepático, amilasa, lipasa normal, proteína C Reactiva 2.58 mg/L, resto de los parámetros solicitados sin alteraciones.
Ante la persistencia de dolor de alta intensidad se realiza TC abomino-pélvico: defecto de repleción parcialmente oclusivo en la arteria mesentérica superior, de1,6 cm de longitud x 1 cm de espesor, que afecta fundamentalmente a su pared anterior y a su paredes laterales y comienza a 1,3 cm de su origen, compatible con trombosis, identificando distal a la misma, una imagen lineal sugestiva de flap intimal que se continua distalmente hasta el origen de las primeras ramas yeyunales, sin observar compromiso de las mismas. Se observa leve trabeculación de los planos grasos circundantes, sugestivo de leves cambios inflamatorios. Permeabilidad del tercio distal de la arteria mesentérica superior y de sus ramas. Permeable la arteria mesentérica, vena mesentérica suoperio e inferior. Resto sin alteraciones.
Conclusión Hallazgos radiológicos sugestivos de disección de la arteria mesentérica superior con trombosis de la luz falsa, según se describe, con leves cambios inflamatorios en los planos grasos

circundantes.
El paciente recibe tto conservador con anticoagulación con HBPM, analgesia, dieta absoluta, analgesia nivel II OMS con buna evolución Evolución satisfactoria del paciente manteniendo anticoagulación durante 6 meses.

CONCLUSIONES

La patogénesis de la disección espontánea de la AMS es incierta, aunque se han identificado algunos factores de riesgo, como degeneración quística de la media, displasia fibromuscular, enfermedades del tejido conectivo, arteriosclerosis, hipertensión, aneurisma de aorta abdominal y traumatismos, aunque en general ocurre en pacientes previamente sanos.
El caso presentado es de disección espontanea de AMS en paciente con factores de riesgo cardiovascular sin ser necesario la intervención quirúrgica o rección intestinal.
El manejo endovascular engloba la fibrinólisis, embolectomía, angioplastia con balón o colocación de stent y, al ser procedimientos mínimamente invasivos, pueden controlar la progresión de las lesiones, evitando así la isquemia y estancias hospitalarias muy prolongadas. Son necesarios, sin embargo, seguimientos más estrechos de los pacientes a corto y medio plazo.

P. #792

TEP: CUANDO LAS PALABRAS FALLAN, EL CUERPO HABLA

Juan Miguel López González, Inés Giménez Hurtado, Cristina Inmaculada Bejarano Roma, Belén Chavero Mendez
Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, discapacidad intelectual por demencia vascular. Hernia de hiato, colecistitis en 2014, Pancreatitis aguda en 2019, divertículos en colon izquierdo.
Institucionalizada, DABVD. No se comunica. No camina desde hace 8 años.
Acude a urgencias en ambulancia derivada de residencia por agitación y desaturación hasta 85%basal remontando hasta 95% con GN 2L. Tos sin expectoración, afebril, dolor abdominal inespecífico. Anamnesis a través de acompañante.
Exploración:
A su llegada a Urgencias Buen estado general, alerta consciente y desorientada en tres esferas, Tensión arterial 150/53mmHg, frecuencia cardiaca 82 latidos por minuto y saturación 88%O2 basal remontando a 97% O2 GN 2L, No presenta tiraje, Tª 36,
Auscultación cardio pulmonar rítmica sin soplos y murmullo vesicular conservado crepitantes bilaterales en ambas bases, a nivel abdominal doloroso a la palpación profunda de forma específica mas acentuada en hipogastrio, sin claros signos de irritación peritoneal, miembros inferiores sin edemas, pulsos conservados, no signos de TVP.
Responde a estímulos verbales, Obedece ordenes simples, pupilas isocóricas y normo reactivas, con reflejo fotomotor directo e indirecto. Pares craneales normales.
Primeras pruebas complementarias solicitadas:
-ECG Ritmo sinusal FC 76 lpm, QRS estrecho sin alteración de la repolarización.
-Analítica de sangre sin leucocitosis, Creatinina 1.14 y FG 46 ligeramente peor que previas, enzimas hepáticas sin alteraciones, Na 133 K 5, PCR 0.28, ProBNP 190.
- Orina: Normal.
- Virus respiratorios: Negativos.
-Radiografía torácica: Rotada, SCF pinzados, sin infiltrados parenquimatosos agudos, hernia de hiato de gran volumen en hemitórax derecho.
-Radiografía abdominal: Anodina, aire y restos fecales en ampolla rectal.
Durante su estancia en urgencias, HD estable, persiste desaturación a 85 a pesar de nebulizaciones y corticoides sistémicos, Tras descartar patología infecciosa se sospecha de patología tromboembolica pulmonar, se amplía analítica con DD 1780, por lo que se comenta el caso con radiología realizando un Angio TC de arterias pulmonares con administración de CIV.
Angio TC: Atelectasia laminar/tractos cicatriciales de língula y LII Hallazgos compatibles con TEP izquierdo agudo sin signos de sobrecarga VD.
Paciente HD estable, se pauta analgesia tratamiento habitual y se inicia heparina a dosis terapéuticas.
JC:

- TEP secundario a inmovilidad
- Insuficiencia respiratoria
- Hernia diafragmática.

CONCLUSIONES

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología grave y frecuente, con una alta morbimortalidad. Los factores de riesgo incluyen inmovilización prolongada, cirugía reciente, cáncer, enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas, trombofilias, uso de anticonceptivos o terapia hormonal, obesidad y tabaquismo. Los síntomas varían desde disnea, dolor torácico, tos y palpitaciones hasta síncope y muerte súbita. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen como la angioTC pulmonar. El tratamiento incluye anticoagulantes, trombolíticos y, en algunos casos, procedimientos intervencionistas o cirugía.
En pacientes con limitaciones en la comunicación, como la paciente del caso, la exploración física puede ser difícil y la anamnesis por aparatos dudosa, lo que dificulta la identificación de síntomas específicos. Es crucial sospechar TEP ante pacientes con disnea, dolor torácico u otros síntomas sugestivos, especialmente en presencia de factores de riesgo y dificultades en la exploración. La anamnesis y exploración física completas, junto con la realización de pruebas complementarias dirigidas, son esenciales para un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, lo que mejora el pronóstico y reduce el riesgo de complicaciones graves e incluso la muerte.
Enfatizamos que no todos los dolores torácicos o la dificultad para respirar son causados por problemas cardíacos o pulmonares comunes. A veces, son emergencias médicas como el TEP las que debemos tener en mente, especialmente en pacientes con dificultades en la comunicación y la exploración física.

P. #798

UNA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA CON SOPRESA

Almudena Villa Marti, Rosa María Nieto Ortiz
Hospital La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años que acude a Urgencias que acude derivada por su médico de atención primaria por bradipsiquia y desorientación que se confirman durante la anamnesis.
Se trata de una paciente sin alergias medicamentosas, sin hábitos tóxicos, hipertensa y diabética en tratamiento con Enalapril 20 mg 1 comp/24h, Doxazosina 4 mg 1 comp/24h y Repaglinida 0,5 mg desayuno y cena.
La paciente había sido diagnosticada de parálisis facial periférica 7 días antes, por lo que además estaba en tratamiento con Valaciclovir 1 g/8 horas y Prednisona 60 mg cada 24 horas en pauta descendente.
En la anamnesis la paciente niega fiebre, cefalea o cervicalgia. Tampoco alteraciones motoras o sensitivas de nueva aparición. Niega otra clínica en la anamnesis por aparatos. Niega relaciones sexuales de riesgo, viajes recientes, vacunación reciente o contacto con animales.
En la exploración física la paciente presenta buen estado general. Se encuentra afebril y hemodinámicamente estable (35.7°C, 143/83 mmHg, 83 lpm y Sat02 96%). Destaca presencia de desorientación en tiempo y espacio. Asimetría facial con parálisis facial periférica izquierda. Hipoestesia en hemicara izquierda y debilidad proximal 4/5 en miembro superior izquierdo. Resto dentro de la normalidad.
Se realiza analítica sanguínea que resulta anodinda. Hemoglobina 14.8 gr/dL, Leucocitos 9.91Miles/mm3, Neutrófilos totales 6.55 Miles/mm3 (1.3 - 7.2), Linfocitos totales 2.42 Miles/mm3 (1 - 4). Coagulación en rango. Glucosa 123 mg/dL, Creatinina 0.80 mg/dL y Proteína C reactiva <0.10 mg/dL.
Se realiza TC cerebral basal que no muestra alteraciones patológicas. Posteriormente punción lumbar en condiciones de asepsia con un líquido de aspecto transparente, con 680 mm3 hematíes, 11 mm3 leucocitos con un 100% de mononucleares, glucosa normal (119 mg/dL) y discreta proteinorraquia con 55 mg/dL. Tinción Gram urgente negativa.
Ante sospecha de encefalitis viral probablemente por virus herpes zóster se inicia tratamiento con aciclovir 10 mg/kg/8h IV y se solicita test rápido de VIH que resulta positivo. Se cursa ingreso a Infecciosas. Durante el ingreso se confirma diagnóstico de VIH. La paciente presentaba una carga viral de 770 copias/mL y 294 CD4. Los cultivos y el filmarray con panel de meningoencefalitis del líquido cefalorraquídeo resultan negativos por lo que se descarta infección viral herpética como causante del cuadro. Durante el ingreso se completa el estudio con una RM cerebral que muestra extensa leucoencefalopatía con abundantes microhemorragias probablemente secundaria a la infección por VIH. Se inicia TAR con Dolutegravir/Lamivudina 1 comp/24h.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la encefalitis por VIH es una manifestación neurológica grave, poco frecuente, con una expresión clínica

muy diversa, que puede resultar inespecífica en sus etapas iniciales y por lo tanto es muy difícil de diagnosticar. Este caso subraya la importancia de seguir las recomendaciones del cribado del VIH y la importancia de realizar un enfoque clínico integral ante manifestaciones neurológicas.

P. #800

NEUROPATÍA ÓPTICA EN EL CONTEXTO DE INFECCIÓN POR SÍFILIS OCULAR: CASO CLÍNICO

María Isabel Puca Briones, Mónica Negro Rua, Rosa Nieto Ortiz, Blanca Ruata Lacaustra, Almudena Villa Marti

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Varón de 29 años, con antecedentes de uretritis por chlamydia, en tratamiento de PrEP desde 2019. Acude a urgencias por alteración de la visión de los colores del ojo derecho de 24 horas de evolución, sin alteración en la agudeza visual. Fue diagnosticado de sífilis secundaria hace una semana por lo que había recibido una dosis de penicilina G benzatínica I.M
Exploración física: a destacar en piel.- pequeñas máculas eritematosas y pruriginosas diseminadas sin afectación palmo-plantar. Adenopatías inguinales palpables bilaterales. FOD: papila con borramiento de bordes, edema casi completo, vasos congestivos sin hemorragias.
Pruebas complementarias: analítica de sangre, sistemático orina, TAC cerebral normal sin hallazgos relevantes. Serología positiva para sífilis (VDRL 1/128). Con la sospecha diagnóstica se realiza punción lumbar siendo la bioquímica normal y Gram negativo. VDRL negativo en LCR. Tomografía de coherencia óptica.- neuropatía óptica de ojo derecho.
Con la sospecha de sífilis ocular se empezó tratamiento con penicilina G en perfusión continua y posterior mediante PICC durante 14 días, con resolución completa de la clínica oftalmológica.

CONCLUSIONES

La sífilis ocular es una manifestación potencialmente grave que puede involucrar diversas estructuras oculares y no siempre se asocia con alteraciones en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Aunque frecuentemente se presenta junto con meningitis sifilítica, esta asociación no es constante. Ante una alta sospecha clínica junto con serología positiva, es fundamental iniciar el tratamiento antibiótico de forma inmediata, siguiendo los protocolos establecidos para la neurosífilis. Retrasar o no considerar el diagnóstico puede llevar a un deterioro significativo de la función visual y a un peor pronóstico general.

P. #801

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: PIENSA MAL Y ACERTARÁS

Mercedes Moreno López, Marina Esther Cillanueva Ortiz, Paula Queizan García, Arantxa Ramos Miravet, Francisco Ubet Barberá, María Gutiérrez De Antonio

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 66 años, sin antecedentes de interés, salvo fumadora de paquete diario. Acude a urgencias derivada desde atención primaria por cuadro de un mes de evolución de dolor en región laterocervical derecha, asociado a edema de cuello y facial. No disnea.Tos seca de varios meses de evolución. No disfagia. Cierta disfonía en los últimos días. No síndrome constitucional. Su médico pauta tratamiento con corticoide y analgésicos sin mejoría.

A la exploración presenta presenta edema facial y en esclavina sin circulación colateral. No ingurgitación yugular. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.

Se realiza analítica y radiografía de tórax en la que se evidencia engrosamiento hiliar derecho con sospecha de lesión tumoral. En analítica dímeros elevados, motivo por el cual se completa estudio con AngioTAC de arterias pulmonares, en el que se evidencian múltiples conglomerados adenopaticos en espacio prevascular, pretraqueales altos y bajos, subcarinal e hiliar derecho, que presentan efecto compresivo marcado sobre la vena cava superior, la cual es comprimida a nivel superior a acigos por un grupo de adenopatías del nivel 2R. Lesión solida espiculada en segmento lateral de lóbulo superior derecho de 14x11x14mm de aspecto sospechoso de etiología neoplásica. Con dicho diagnostico la paciente ingresa a cargo de neumología para completar estudio.

Durante el ingreso se realiza TAC abdominal evidenciando metástasis hepáticas y pancreáticas. Broncoscopia con masa tumoral en bronquio principal derecho, con anatomía patológica de carcinoma neuroendocrino de célula pequeña.

Valorada también por otorrinolaringologia se realiza fibroscopia objetivando lesión nodular en amígdala derecha sospechosa de malignidad y adenopatías hipermetabólicas laterocervicales derechas compatibles con malignidad.

La paciente finaliza el ingreso con diagnóstico definitivo de Carcinoma microcítico de pulmón estadio IV (metástasis hepáticas, pancreáticas, ganglionares y otorrinolaringológicas) con síndrome de vena cava asociado.

Valorada por servicio de oncología se decide inicio de quimioterapia con Carboplatino /Etopósido con buena tolerancia.

CONCLUSIONES

El síndrome de vena cava superior se produce por la compresión extrínseca o intrínseca de dicha vena, ocasionando un conjunto de signos y síntomas derivados de su obstrucción. La gravedad de los síntomas variará en función del nivel y de la totalidad de la obstrucción, así como de la velocidad de instauración.

En cuanto a su etiología, hoy en día la causa más frecuente es la maligna, situándose en un 60-80% de los casos. Dentro de dichas causas representa un 5% de los casos el carcinoma microcítico de pulmón, como es el caso de nuestra paciente.

El diagnóstico de dicho síndrome es clínico, basándose en un conjunto de signos y de síntomas. El síntoma más frecuente y de primera aparición sería la disnea, seguido de la triada clásica: edema en esclavina, circulación colateral y cianosis facial. Además según la localización del edema y del grado de obstrucción puede aparecer tos, disfonia, disfagia o estridor.

El hallazgo exploratorio más común es la ingurgitación yugular.

Ante nuestro diagnóstico de sospecha habrá que realizar radiografía de tórax. Si se evidencia masa o ensanchamiento mediastínico tendremos que completar estudio con TAC de tórax. Si nos encontramos con una masa tumoral completaremos estudio con fibrobroncoscopia y estudio de extensión para valorar pronóstico y posibilidad de tratamientos.

Anteriormente este síndrome era considerado una urgencia oncológica subsidiario de radioterapia urgente, pero actualmente se reserva para casos extremos, siendo simplemente subsidiario de diagnóstico rápido para inicio de tratamiento de causa subyacente cuanto antes.

Se trata de pacientes con pronóstico de vida limitado, la mayoría no superior a 6 meses, puesto que llegado su diagnostico la enfermedad se encontrará en situación muy avanzada.

P. #802

UNA FARINGITIS MUY DORSAL

Francisco Javier Ayuso Iñigo, Susana Pérez Anton, Macarena Campos Carreras, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Mario Agreda Fernández, Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 88 años con antecedentes personales de Diabetes, Dislipemia, Leucemia linfática crónica (sin tratamiento) que acude a la urgencia por dolor cervical anterior irradiado a región cervical de 48 horas de evolución asociando odinofagia y tos. Valorado inicialmente por Otorrinolaringología con sospecha de abceso faringeo que descartan en exploración con fibrobroncoscopia. Durante su estancia en la Urgencia presenta fiebre con gran impotencia funcional cervical y dolor que no cede con mórficos. Se realiza analítica con leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda, radiografía de tórax sin presencia de infiltrados, radiografia cervical con cambios crónicos de artrosis. Se solicita TAC cervical con hallazgo a nivel de C5-C6 de un aumento de volumen de ambos músculos largos del cuello y entre ambos una colección laminar de 29mm de extensión en el eje CC y 5mm de espesor; con sutil esclerosis de la médula ósea, cambios erosivos en los platillos vertebrales, disminución de la altura discal y leve retrolistesis del cuerpo de C5. Los hallazgos sugieren espondilodiscitis con cambios flemonosos que rodean a la arteria vertebral del lado derecho y asociado una colección laminar prevertebral. Se complementa el estudio en la Urgencia con una resonancia magnetica que corrobora los hallazgos del TAC previo. Además se toman hemocultivos x2 con bacteriemia por S. Aureus meticilin resistente. Iniciamos tratamiento antibiótico de amplio espectro con Piperacilina-Tazobactam para asegurar la cobertura de ambos focos infecciosos durante una semana. Posteriormente se continúa con antibiótico estafilocócico intravenoso con cloxacilina y posteriormente con cefazolina intravenosa durante 2 semanas más. Recibe en total 3 semanas de tratamiento antibiótico dirigido intravenoso, con mejoría radiológica, del dolor y de los síntomas.

CONCLUSIONES

1.Hay espondilodiscitis cuya manifestación inicial puede ser sintomatología orofaringea.
2.Los dolores cervicales anteriores y posteriores con mal control del dolor, necesidad de analgesia de tercer escalon, e impotencia funcional suelen involucrar a varias estructuras de la columna cervical.
3.Cervicalgias en la urgencia muy invalidantes precisan de pruebas radiológicas específicas, llegando a ser necesario incluso resonancia magnética de columna.

P. #809

SÍNDROME FEBRIL: DIAGNÓSTICO DE HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON VIH NO CONOCIDO

Alma Vázquez Serrano[1], Lara D'haene .[2], Núria Prieto I Herrero[1]

1. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
2. Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, Lanzarote, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 33 años, natural de Venezuela, se encuentra en España desde hace 2 años, sin antecedentes médicos de interés que acude al Servicio de Urgencias por cuadro febril de 3 semanas de evolución y tos no productiva acompañante. Niega consumo de tóxicos y relaciones sexuales de riesgo. En la exploración física presenta: fiebre de 39,5 °C, hipotensión de 85/57 mmHg, taquicárdico a 130 lpm, SpO2 basal al 100%. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos y resto de exploración anodina. Analítica sanguínea y radiografía de tórax normales. Es diagnosticado de fiebre de probable origen respiratorio y se pauta ciclo de antibioterapia empírica con Azitromicina.
Acude de nuevo, una semana después, por persistencia de síndrome febril a pesar de tratamiento pautado, pérdida ponderal de 5 kg en el último mes con astenia e hiporexia asociadas. Niega disnea o clínica a otros niveles. A nuestra valoración se encuentra afebril con tendencia a la hipotensión, presenta palidez cutánea y adenopatía submandibular izquierda. Resto de exploración sin hallazgos destacables.
En analítica sanguínea destaca anemia con hemoglobina 10,8 g/dl, plaquetopenia de 93.000/ L, linfopenia de 300/ L, alteración de la función renal (creatinina 1,46 mg/dl con filtrado glomerular 62) y proteína C reactiva 8,6. Serología urgente con resultado de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) reactivo (15 CD4+, carga viral 1.388.799 copias). Por lo que se comienza terapia dirigida y se amplía estudio con el resto de las serologías, cultivos y cribado de infecciones de transmisión sexual. Tomografía axial computarizada (TC) cerebral normal y toraco-abdominopélvico con adenopatías supra e infradiafragmáticas y esplenomegalia. En biopsia de ganglio axilar se observaron levaduras en el examen directo con PCR (reacción en cadena de la polimerasa) positiva para Histoplasma; de igual manera, en biopsia de médula ósea y ganglio supraclavicular.
El paciente fue diagnosticado de histoplasmosis diseminada en contexto de infección por VIH. Se comenzó tratamiento con anfotericina B liposomal durante 2 semanas e itraconazol como tratamiento de consolidación.

CONCLUSIONES

La histoplasmosis es una infección oportunista mundial y una de las más comunes en pacientes con enfermedad avanzada de VIH en América Latina, además se trata de una enfermedad definitoria de SIDA. La mayoría de las personas que inhalan las esporas de Histoplasma spp. son asintomáticas o desarrollan síntomas que no requieren atención médica. Sin embargo, los pacientes inmunodeprimidos pueden desarrollar formas diseminadas graves y la mortalidad puede ser alta. Este hongo

se encuentra en el suelo enriquecido con guano de murciélago o excrementos de aves y tiene preferencia por áreas oscuras y húmedas. Presenta un periodo de incubación entre 3 y 21 días. La infección primaria puede permanecer latente y la gravedad depende del huésped y el inóculo. El tratamiento se basa en anfotericina B liposomal a una dosis de 5 mg/kg/día durante 2 semanas; tras esto, se continúa con itraconazol 200 mg cada 12 horas durante 3-6 meses en la forma pulmonar aguda y durante 12 meses en las formas diseminadas.

El programa "Deja Tu Huella" promovido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha permitido realizar en los Servicios de Urgencias más del 20% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH durante el año 2022. Aunque estos datos son gratamente favorables, aún existe margen de mejoría. Por ello, en las últimas recomendaciones del proyecto, se han definido nuevos criterios de solicitud de serología: trombopenia de etiología no aclarada, fiebre sin foco y procedencia de país endémico. Estos cambios impulsarán aún más el proyecto y optimizarán los resultados obtenidos hasta el momento.

P. #824

LA GRAN SIMULADORA

Elsa López Sánchez, Sandra Aldea Bravo, Neyky Sofía Obando García, Ricardo Andrés Zorrilla Alarcón, Ana Rojas Romero, Lituania Milenka Gargurevich Araujo

Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años, fumador de 40 cigarrillos al día durante 30 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, linfoma de Hodgkin tratado, hiperuricemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Acude al servicio de urgencias por malestar general, astenia, anorexia, dolor lumbar y disnea.

En la exploración física destacan roncus dispersos en ambos hemitórax, sin otros hallazgos relevantes.

Por el mal estado general del paciente, se decide realizar las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica: Sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda, anemización con hemoglobina de 6,9 g/dL.
- Tacto rectal: Negativo.

Debido a la sospecha de sangrado activo, se decide su paso a observación para monitorización continua y transfusión de concentrados de hematíes.

Al tumbarlo, refiere dolor torácico opresivo con cortejo vegetativo e intensa disnea, sin llegar a detectarse presión arterial ni lograrse palpar pulsos femorales.

Se realiza un electrocardiograma en el que se objetiva taquicardia sinusal con descenso generalizado del segmento ST y ascenso en aVR.

Se inicia la transfusión de dos hemoconcentrados y coloides, persistiendo la sintomatología y la sensación de muerte inminente.

Gasometría venosa en ese momento: acidosis mixta de predominio respiratorio (pH 7,15, pCO_2 63 mmHg, HCO_3 21 mEq/L).

El paciente comienza con bradicardia progresiva extrema y posteriormente sufre una parada cardiorrespiratoria con actividad eléctrica sin pulso, por lo que se inicia soporte vital avanzado. Se administran en total 1 miligramo de atropina, 14 miligramo de adrenalina y 250 mEq de bicarbonato.

A pesar de la ventilación con Ambú FiO_2 al 100% y la administración de bicarbonato, persiste la acidosis mixta con iones normales. En las gasometrías seriadas se observa un descenso de hemoglobina de 6,9 g/dL a 6 g/dL, a pesar de la transfusión.

Se realiza una ecografía abdominal que muestra una mínima contracción ventricular no efectiva y una imagen sugestiva de disección aórtica tipo B.

Juicio clínico:

- Disección aórtica tipo B con anemización progresiva, a pesar de la transfusión de hemoderivados.
- Parada cardiorrespiratoria por actividad eléctrica sin pulso.

Tras 42 minutos de reanimación cardiopulmonar, no se logra recuperar un pulso efectivo.

CONCLUSIONES

La disección aórtica aguda es una patología poco común,

pero potencialmente mortal. Se produce cuando se genera un desgarro en la capa íntima de la aorta, lo que da como resultado una separación de sus capas. Se describe comúnmente con la clasificación de Stanford. En nuestro caso, la disección es tipo B, lo que indica que se limita a la aorta descendente, comenzando distal a la arteria subclavia izquierda.

La hipertensión es el factor de riesgo principal presente en la mayoría de los pacientes. Otras causas menos frecuentes pueden ser la edad avanzada, el sexo masculino, antecedentes de arteriosclerosis, aneurisma aórtico y colagenopatías, entre otras.

La manifestación clínica más común es un dolor torácico súbito e intenso. Si la disección afecta a la aorta ascendente, el dolor suele localizarse en el tórax, mientras que si se extiende más allá de la arteria subclavia izquierda, es más común en la región dorsolumbar.

Además del dolor, pueden presentarse otros síntomas como síncope, mareo, disnea y astenia. En la exploración se pueden encontrar ausencia de pulso, hipertensión o hipotensión, edema pulmonar y signos neurológicos, entre otros.

Para confirmar el diagnóstico, es necesario realizar estudios de imagen que permitan visualizar la extensión de la disección aórtica, identificar los puntos de entrada y salida, evaluar el compromiso de las arterias afectadas y detectar posibles complicaciones como insuficiencia aórtica y derrame pericárdico.

En el servicio de urgencias, es fundamental realizar una historia clínica detallada, considerando los factores de riesgo y la exploración física, para orientar la sospecha clínica y proceder con las pruebas de imagen que lleven al diagnóstico correcto

P. #825

VIAJE AL INTERIOR DEL DIAGNÓSTICO: UN CASO DE MALARIA

Sandra Aldea Bravo[1], Elsa Lopéz Sanchéz[1], Juan Muñoz-Mingarro Molina[2], Alexandra Junco Carreño[1], Andrea Fernandéz Casado[1], Roberto Martínez Bravo[1]

1. Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 33 años, nativa de Pakistán, con el único antecedente relevante de hipotiroidismo. Refiere haber realizado un viaje reciente a su país de origen. Acude al servicio de urgencias tras ser valorada en varias ocasiones por deterioro del estado general y síndrome febril, sin mejoría clínica a pesar de antibioterapia empírica.

En la exploración física destaca un estado general regular, hemodinámicamente estable e ictericia cutánea. Presenta una adenopatía cervical izquierda, auscultación cardiopulmonar normal y, en la exploración abdominal, dolor difuso a la palpación, Blumberg negativo y Murphy negativo. Se palpa borde esplénico.

Pruebas complementarias (PPCC):

Laboratorio

- Analíticamente destaca hiperbilirrubinemia de 3.2 mg/dL, trombocitopenia de 43,000 /µLy hemoglobina de 13 d/dL. Frotis de sangre periférica: Trofozoítos de Plasmodium, con un índice de parasitemia en torno al 1-2%. Confirmado con extensión de sangre periférica previo al inicio de tratamiento. Índice de parasitación: 1-3%.
- Sistemático de orina: Anodino.
- Test rápido de mononucleosis: Positivo.

Microbiología

- Urocultivo: Negativo.
- Hemocultivos: Negativos.
- TDR antígeno de Plasmodium falciparum: Positivo.
- Antígeno de Plasmodium vivax: Positivo.
- Antígeno común de Plasmodium: Negativo.
- Segundo TDR:

Antígeno de Plasmodium falciparum: Negativo.
Antígeno de Plasmodium vivax: Positivo.
Antígeno común de Plasmodium: Positivo.

- Extensión de sangre periférica previa al inicio de tratamiento: Índice de parasitación 1-3%. Se observan trofozoítos y/o gametocitos de Plasmodium vivax/ovale.

Imagen

- Ecografía abdominal: Esplenomegalia homogénea de 16.9 cm; el resto de la exploración sin alteraciones patológicas.
- Radiografía de tórax: No se observan claras consolidaciones ni infiltraciones. Senos costofrénicos libres.

Juicio clínico (JC):

Malaria por Plasmodium vivax

Plan

Se ingresa a la paciente en el servicio de medicina interna, donde se trata con piperaquina/dihidroartemisina durante 3 días, con mejoría lenta pero progresiva del estado general. Permanece afebril en las últimas 48 horas y, tras la confirmación

de niveles normales de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, se añade primaquina al tratamiento. Antes del alta, la parasitemia no es detectable.

CONCLUSIONES

La malaria o paludismo es una enfermedad causada por protozoos y transmitida por la picadura del mosquito Anopheles hembra infectado.
Existen seis especies del género Plasmodium, entre las que se encuentran Plasmodium falciparum y Plasmodium vivax. La prevalencia de estas dos especies es más o menos similar en el subcontinente indio y en Asia oriental.
Los síntomas iniciales son inespecíficos y muy similares a los de cualquier enfermedad viral leve. Aunque son infrecuentes los paroxismos palúdicos, nuestra paciente presentaba este cuadro a su llegada a urgencias, caracterizado por crisis febriles, escalofríos y sensación de frialdad a intervalos regulares, a menudo con recidivas por Plasmodium vivax.
El tratamiento para la malaria por Plasmodium vivax incluye, además de piperaquina/dihidroartemisina, primaquina durante 14 días para prevenir recaídas. Está indicado solicitar los niveles de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y, en caso de deficiencia grave, no se debe administrar primaquina por el riesgo de hemólisis intravascular.
En este caso, el test rápido de mononucleosis fue positivo. Esto es posible debido a la respuesta inmune inespecífica y a que algunos de los antígenos de Plasmodium comparten características estructurales con los detectados en el test, lo que puede resultar en una reactividad cruzada.
La tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos 15 años como consecuencia de los programas de erradicación a nivel mundial.
En el servicio de urgencias, es importante considerar el paludismo como diagnóstico diferencial en personas que han viajado recientemente a una zona endémica y que presentan fiebre u otros síntomas previamente mencionados.

P. #832

¡CUIDADO CON LA GARGANTA! LA ANGINA DE LUDWIG Y SUS RIESGOS INESPERADOS

Paula María González Medina, Liuva Déniz Déniz, María Ferrando Feliu, Lidise Rocío Arbolaez León
Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 60 años sin alergias medicamentosas. Fumador de 1 paquete de tabaco/día. Antecedentes de dislipemia y esquizofrenia residual. No antecedentes quirúrgicos.Tratamiento habitual: Simvastatina 20 mg, omeprazol 20mg, aripiprazol 15 mg, olanzapina 10 mg, sertralina 100 mg.
MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 60 años que acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de 48 horas de evolución de tumefacción, eritema y calor en región submandibular, asociado a disnea y fiebre con picos hasta 39°C.
EXPLORACIÓN FÍSICA
FC:96 lpm, SatO2: 94%,, T:38°C
Mal estado general, diaforético, voz gangosa, sialorrea y estridor audible
Orofaringe: edema submandibular con eritema y aumento de la temperatura, trismus de dos traveses de dedo, no es posible visualizar glotis ni úvula, faltan piezas dentales, boca séptica, suelo de la boca dolorosa a la palpación.
Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica sin soplos, murmullo vesicular disminuido sin ruidos sobreañadidos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analitica: Glucosa: 138 mg/dl, Creatinina 0.81, TFG: >90 (CKD-EPI), Na: 136mmo/L, K:4.3mmol/L, PCR: 48.46mg/dl. Hemograma: Leucos: 24.000, N: 22.000, 94.2%, L: 300, 1.2%, HB: 14.7 gr/dl, HCT:43%, plaquetas: 244.000, vsg:66 mm 1° hora. INR:1.02.
- TAC de cuello: Edentulia subtotal con gran colección en suelo de la boca de bordes anfractuosos que presenta diámetros aproximados de 64x80x34mm, comprimiendo y desplazando la vía aérea hacia el lado posterolateral derecho. Conclusión: Se confirma angina de Ludwig con efecto de masa sobre la vía aérea.

EVOLUCIÓN
Dado el mal estado del paciente, taquipnea, estridor audible y el compromiso de la vía aérea evidenciado en el TAC de cuello se contacta con médico intensivista, quien considera inviable la IOT, se llama al otorrinolaringólogo de guardia, este acude para realizar traqueostomía percutánea en quirófano sin incidencias. Se inicia manejo con amoxicilina/clavulánico y tobramicina y se deriva al paciente a un hospital de tercer nivel para valoración por cirugía maxilofacial. Allí se realiza drenaje profuso, lavado y colocación de penrose a pie de cama, se recoge cultivo que sale positivo para Streptococcus anginosus y se mantiene manejo con amoxicilina/clavulánico. Tres días después el paciente presenta clínica de insuficiencia respiratoria, con oxigenoterapia a alto flujo por traqueostomía, se realiza fibrobroncoscopia aislando E. Coli no Blee en el estudio, en TAC del mismo día se evidencia colección residual periamigdalina izquierda de 16x15x28mm así como atelectasia del lóbulo medio y ambos lóbulos inferiores. Se ingresa en UCI y se continúa manejo con meropenem.

CONCLUSIONES

La angina de Ludwig es una infección bilateral del suelo de la boca en sus tres compartimentos: los espacios submandibulares, sublingual y submentoniano; la cual surge a partir de un molar mandibular infectado, se caracteriza por falta de adenopatías y formación de absceso. Se presenta con fiebre, escalofríos, rigidez del cuello, disfagia, voz apagada, trismus, entre los signos de gravedad se encuentra el estridor y la cianosis. Se palpa induración dolorosa, simétrica y leñosa del área submandibular, suelo de la cavidad bucal elevado,eritematoso y doloroso a la palpación. El diagnóstico es clínico y mediante TAC que confirme el absceso y el estado de la vía aérea.

El tratamiento se centra en el manejo precoz de la vía aérea y tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, es posible que se requiera intervención quirúrgica para drenaje del absceso.

En pacientes inmunocompetentes el tratamiento antibiótico se suele iniciar con Ampicilina/ sulbactam 3 gr iv cada 6h o Ceftriaxona 2 gr iv cada 12 h + metronidazol 500 mg iv cada 8 h. También Levofloxacina 750 mg al día +metronidazol o Ertapenem 1 gr al día.

BIBLIOGRAFÍA

- UptoDate. Angina de Luwdig
- Boscolo-Rizzo, P., & Da Mosto, M. C. (2009). Submandibular space infection: a potentially lethal infection. International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases, 13(3), 327–333

P. #838

DE LA SOSPECHA A LA CONFIRMACIÓN: DIAGNÓSTICO DE ADENITIS TUBERCULOSA

María Albero Albero, Immaculada Tomás Caballero, Yandy Mariño Navarrete

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un hombre de 23 años natural del Sáhara occidental, que radica en España desde hace 3 años. Desde hace 7 semanas nota leve dolor cervical (submandibular derecho) que se acompaña de tumoración laterocervical derecha. Acude a centro odontológico y tras realizar radiografía recomiendan tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. A pesar del tratamiento el paciente refiere aumento progresivo de la tumoración, que ahora se torna indolora y se acompaña de febrícula, hiporexia y pérdida de peso. Además, aparecen dos lesiones ulcerosas en bolsa escrotal derecha (la mayor) y otra en bolsa escrotal izquierda, ambas indoloras, con secreción amarillenta. Niega relaciones sexuales, viajes y mascotas.

Exploración física: Tensión arterial 142/93 mmHg. Frecuencia cardiaca 127 lpm. Saturación de oxígeno 97%. Temperatura 36.5°C. Caquéctico con regular estado general. Normocoloreado con múltiples lesiones de rascado. Orofaringe anodina. Se palpa gran tumoración laterocervical derecha, de 10 cm x 6 cm, de consistencia aumentada y superficie lisa, indolora y asociada a adenopatía, dura e indolora. No adenopatías axilares. Auscultación cardiaca sin soplos ni roces audibles. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Genitourinario: 2 úlceras genitales, la mayor escasamente exudativa e indolora a nivel de bolsa escrotal derecha. Otra úlcera no exudativa e indolora a nivel de bolsa escrotal izquierda. Adenopatías inguinales infracentesimales de consistencia aumentada, indoloras y móviles. Neurológico: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Glasglow 15. Sin focalidad neurológica ni signos meníngeos.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax: No cardiomegalia ni evidencia de infiltrado/condensación parenquimatosa. Senos costofrénicos libres. Analítica sanguínea: bioquímica, hemograma y coagulación con resultados dentro de la normalidad. Serologías infecciosas negativas. Ecografía de cuello: múltiples adenopatías laterocervicales derechas, destacando una por tamaño en nivel IIa derecha de 23 mm (eje corto) que presenta en su interior focos hipoecoicos que podrían sugerir abscesificación, sugiriendo adenitis cervical, a valorar etiología infecciosa. Microbiología absceso cervical: Bacilos alcohol-resistentes en tinción Ziehl-Neelsen. PCR de C. trachomatis/N. gonorrheae en frotis uretral y faríngeo: Negativos. Reacción de Mantoux: induración de 15 mm de diámetro.

Se inicia tratamiento anti-TBC ganglionar con RIMSTAR (Etambutol 275 mg + Isoniazida 75 mg+ Pirazinamida 400 mg + Rifampicina 150 mg) 4 comprimidos cada 24 horas que deberá mantener durante 2 meses y luego cambiar a RIFINAH (Rifampicina 300 mg + Isoniazida 150 mg) 2 comprimidos cada 24 horas que deberá mantener durante 4 meses más.

CONCLUSIONES

La adenitis tuberculosa debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de linfadenopatías persistentes, especialmente en pacientes con antecedentes epidemiológicos relevantes. Es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que otras patologías como linfomas, infecciones bacterianas o enfermedades autoinmunes pueden presentar síntomas similares. En algunos casos, la presentación clínica puede ser atípica, lo que subraya la necesidad de realizar pruebas diagnósticas complementarias, como la biopsia de ganglio linfático. El diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y seguimiento estrecho son fundamentales para lograr una resolución completa y prevenir complicaciones.

P. #858

¿Y ESAS MANCHAS?

Marta Pérez Crespo, María José Martínez Nicolás, Ángel Guillén Meseguer, Emilio Jesús Bermejo Molina, Mabel Coromoto Suárez Pineda, María José Carrillo Burgos

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años, natural de Ecuador, con hipertensión arterial y migraña como únicos antecedentes destacables. Acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal de 20 días de evolución, que ha empeorado las últimas 24 horas. Lo localiza en hipocondrio izquierdo con irradiación a región dorsal izquierda, es continuo y no se relaciona con la ingesta. Asocia nauseas, no vómitos. Afebril. A la exploración, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Destaca a la exploración la presencia de lesiones petequiales localizadas de forma generalizada en abdomen, brazos y piernas, que no desaparecen a la vitropresión, sin afectar palmas y plantas. Al preguntar a la paciente por dichas lesiones, refiere que las presenta desde hace meses y que han empeorado los últimos días, sin prurito ni dolor asociado. No las relaciona con ningún desencadenante. Consultó con su médico de atención primaria la aparición de estas lesiones pero no ha llevado tratamiento para esto.

Ante la sospecha de Púrpura de Schonlein-Henoch se realiza analítica de sangre con bioquímica, hemograma y coagulación. Dado que no presenta alteraciones, se descarta afectación renal u otras complicaciones y la paciente es dada de alta con tratamiento con corticoides en pauta descendente y analgesia habitual. Se deriva a la paciente a la consulta de Medicina Interna para completar estudio.

CONCLUSIONES

La paciente presenta un cuadro clínico compatible con Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH), una vasculitis sistémica que afecta principalmente a los vasos pequeños, y que se caracteriza por la tríada clásica de púrpura, dolor abdominal y artralgias.

Aunque la PSH es más frecuente en niños, su presentación en adultos puede ser más sutil o atípica, lo que hace que su diagnóstico sea más desafiante. Este caso es interesante porque una mujer adulta de 59 años, sin antecedentes relevantes de infecciones o factores desencadenantes obvios, presenta un cuadro típico de PSH, lo que subraya la importancia de considerar esta patología en adultos con signos vasculíticos y dolor abdominal.

En este caso, la paciente presenta petequias generalizadas en abdomen, brazos y piernas. La aparición de un exantema purpúrico es lo más característico de esta enfermedad. El exantema suele afectar fundamentalmente a glúteos y miembros inferiores. La purpura es con frecuencia palpable y puede durar desde unos días hasta 4-6 semanas, las recaídas suelen ser frecuentes. Entre el 10-20% de los pacientes, se presentan únicamente con dolor abdominal y hasta el 85% tiene dolor abdominal junto con otros síntomas. Es frecuente el dolor abdominal tipo cólico, acompañado de nauseas, vómitos y

diarrea. En el caso de nuestra paciente, la ausencia de fiebre, y los síntomas gastrointestinales no tan graves (solo náuseas sin vómitos) también sugieren que no hay una afectación severa de los órganos internos hasta el momento.
Esta entidad es autolimitada en la mayoría de los casos, pero es importante descartar complicaciones. Para ello, se solicita analítica de sangre con hemograma y bioquímica que incluya determinación de glucosa, urea, creatinina e iones.
El tratamiento se basa en el reposo, Antinflamatorios no esteroideos (AINES) y en casos más graves o recidivantes, está indicada la administración de una pauta corta de corticoides. En nuestro caso, dada la extensión de las lesiones y el tiempo de evolución de las mismas, se optó por una pauta descendente de corticoides como tratamiento.
Este caso clínico resalta la importancia de un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado en la Púrpura de Schönlein-Henoch, una enfermedad autolimitada en muchos casos, pero que requiere un seguimiento estricto para evitar complicaciones graves.

P. #864

¿TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS POR COVID19+?

Andrea Cantos López[1], María Teresa Benavent Company[1], María Cardells Peris[1], Sonia Losada Figarella[2], Laura Isabel Tarrat Alcalde[1], Francisco José Salvador Suárez[1]

1. HFB, Gandia, España
2. Marina Salud, Denia, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a nuestro servicio de Urgencias, una mujer de 31 años traída en soporte vital básico por dos episodios convulsivos en presencia de su marido con pérdida de conocimiento, rigidez y mordida de lengua junto con vómitos y deposiciones diarreicas. Desde hace varios días refiere cefalea hemicraneana derecha y desde ayer, pérdida de fuerza y sensibilidad de extremidades derechas. Asocia cuadro catarral de varios días de evolución.
Como antecedentes personales, migrañana en tratamiento con preventivo con Amitriptilina y para la crisis con Zolmitriptan y Naproxeno, obesidad tipo II con índice de masa corporal (IMC) de 35, fumadora de cannabis esporádicamente y en tratamiento anticonceptivo con Levonorgestrel/Etinilestradiol.
A la exploración, la paciente presenta tendencia a la somnolencia, consciente y orientada, con Glasgow 15, pupilas normorreactivas y midriáticas, sin nistagmo ni diplopía, alteración en confrontación de ojo izquierdo, lenguaje conservado y coherente, bradipsiquia, con pérdida de fuerza en extremidades derechas, 3/5, tanto superior como inferior, sin otra focalidad.
Se solicitan pruebas complementarias, analítica y orina sin hallazgos patológicos excepto positivo para cannabis y Ag COVID19 y PCR COVID19 positivos con radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. En tomografía computarizada sin contraste, se observa hiperdensidad en ramas corticales venosas izquierdas y seno sagital que tras estudio con contraste, no muestra relleno de las mismas ni en el estudio vascular dinámico ni en el arterial post-perfusión, todo ello altamente sugestivo de infarto venoso.
Ante diagnóstico de trombosis de senos venosos se decide ingreso hospitalario añadiendo al tratamiento sintomático, tratamiento con heparina de bajo peso molecular.
En resonancia magnética mononuclear, se confirma dilatación y defecto de repleción en seno sagital superior, seno transverso, sigmoideo izquierdo, yugular interno y venas corticales parietales y frontales superiores bilaterales. Estudio de trombofilia negativo. Al alta se inicia tratamiento oral con acenocumarol y posteriormente, tras varios meses y seguimiento por Neurología y Hematología, se modifica a Dabigatran cada doce horas. Junto con Levetiracetam cada doce hasta resolución del cuadro e imágenes anodinas.

CONCLUSIONES

La trombosis de senos venosos es una entidad que representa <1% de todos los accidentes cerebrovasculares. Su prevalencia es mayor en mujeres de 34-40 años. Un diagnóstico precoz y preciso puede reducir la tasa y gravedad de las complicaciones, debe entrar en el diagnóstico diferencial de mujeres jóvenes con cefalea inusual o reciente que asocia otra focalidad neurológica

y sobre todo si asocia factores de riesgo, como el consumo de anticonceptivos orales o actualmente, infección por COVID19+ ya que han aumentado los casos de este tipo de fenómenos desde que se declaro la pandemia. Las complicaciones trombóticas en esta infección por COVID19+ se asocian a una hiperrespuesta del sistema inmunitario que puede generar sustancias procoagulantes. Los síntomas se producen por consecuencias locales (infartos venosos y edema cerebral) y trombosis de los senos venosos cerebrales, donde se alojan las granulaciones de Pachioni (seno sagital superior y seno lateral), encargadas de la reabsorción de líquido cefalorraquídeo, produciéndose por tanto hipertensión intracraneal. La prueba principal ha de ser una tomografía computarizada (TC) sin y con contraste, en la mayoría de casos será anormal pero inespecífico.
El tratamiento se basa en tratamiento sintomático como crisis comiciales o hipertensión intracraneal, el de la causa y antitrombótico. La elección del tratamiento antitrombótico es una de las tareas más controvertidas en el manejo. Inicialmente, al ingreso, pautaremos heparina de bajo peso molecular. Una vez superada la fase aguda, está indicada anticoagulación oral.

P. #867

JOROBA DE HAMPTON, UN SIGNO RADIOLÓGICO POCO HABITUAL PERO SUGESTIVO DE EMBOLISMO PULMONAR

Rebeca Huerga Delgado, Juan José Martínez Rivas, Fernando Rodríguez Lucas

Hospital General de Granollers, Granollers, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años, sin alergias, antecedentes de herpes zoster y tuberculosis pulmonar a los 33 años correctamente tratada. Consulta por dolor costal derecho y febrícula de tres días de evolución, con tos expectorativa que progresa a hemoptoica el día de la consulta. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, frecuencia cardiaca 82lpm, eupneico (16rpm), afebril, saturación O2 99% aire ambiente, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, resto de la exploración sin hallazgos destacables. En analítica destaca Filtrado Glomerular 61, Creatinina 1,1mg/dL, PCR 7,32mg/dL, D-dímero 1433, resto de bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones. En radiografía de tórax se observa opacidad de morfología triangular cuya base contacta con pleura, sin broncograma aéreo asociado, localizada en lóbulo inferior derecho compatible con "Joroba de Hampton". Ante estos hallazgos, se solicita angioTC que confirma presencia de embolismo pulmonar agudo segmentario, asociado a infarto pulmonar, sin signos de repercusión hemodinámica. Se inicia anticoagulación e ingresa para completar estudio.

CONCLUSIONES

Aunque la radiografía de tórax es una prueba poco específica para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, en ocasiones, podemos encontrar en ella hallazgos que nos sugieran dicha sospecha diagnóstica.

P. #868

SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

Vanisha Lilaram Lachmandas, Aitana Barrios Trujillo, Marta Cabrera Vera, Celia Herrera González, Raquel Pérez Jiménez
HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 33 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Acude a urgencias remitida desde centro extrahospitalario por malestar general e hipotensión arterial refractaria a infusión de cristaloides. La clínica comienza 48 horas antes, con vómitos, diarreas y odinofagia asociada, sin fiebre. Refiere contexto epidemiológico (hija con clínica similar)
A su llegada, entra en sala de reanimación, y se procede a monitorización cardiorrespiratoria. Presenta TA 90/57 mmHg, FC 130 lpm, SatO2 93% con mascarilla reservorio a 15L. FR 30 rpm, afebril. Escala NEWS2 estimado 15 puntos. En la exploración física destaca:
- Hiperemia conjuntival y edema palpebral. Exantema en tronco anterior.
- GCS 15/15. Pupilas isocóricas normorreactivas. No signos meníngeos o fotofobia. No focalidad neurológica aguda
- No ingurgitación yugular a 30°. ACP: Ruidos cardiacos rítmicos. Hipofonesis bibasal
- Abdomen anodino.
- Extremidades: pulsos periféricos presentes y simétricos.

Dado el cuadro clínico descrito, se solicitan las pruebas complementarias:
- Analítica: creatinina 1,45 mg/dL, FA 87 U/L, LDH 433 U/L, resto de perfil hepatobiliar no alterado. PCR 4,95 mg/dL, procalcitonina>100 ng/mL. Hb 13 g/dl, plaquetas 211000/mm3, Leucocitos 25720 /mm3 con neutrofilia. Coagulación: TP 21,5s, ATP 43%, INR 1,79, T 52,7.
- Radiografía de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales en lóbulos posteriores
- ECG: Taquicardia sinusal a 135 lpm.
- Test virológicos: Gripe A y B, VRS y SARS-CoV2 negativos. Estreptococo grupo A POSITIVO
- Hemocultivos y urocultivo
- Ecografía pulmonar: patrón C bilateral (consolidaciones en ambas bases)

Desde el punto de vista hemodinámico, se inicia de reposición volumétrica con cristaloides e inicio de aminas vasoactivas (Noradrenalina) y se administra antibioterapia empírica con Amoxicilina clavulánico endovenoso.
Ante refractariedad hemodinámica pese a noradrenalina 0,1 mcg/kg/min, y cuadro clínico, se decide ingreso en UCI.
En las primeras horas, presenta gran inestabilidad hemodinámica que requiere ascenso progresivo de noradrenalina y asociación de vasopresina y corticoides de estrés, así como deterioro respiratorio, requiriendo cánulas de alto flujo. Ante esta situación se realiza TC de cuello- tórax, informándose como proceso neumónico bilateral.
Asimismo, presentó oligoanuria y empeoramiento de función renal, sin requerir técnicas de depuración extrarrenal.
Durante su estancia en dicho servicio, se confirma estudio microbiológico positivo para STREPTOCOCCUS PYOGENES y se realiza desescalada antibiótica desde Ceftriaxona + clindamicina a Penicilina G.
Dada la estabilidad clínica de la paciente se decide traslado a la planta de Medicina Interna para continuar evolución y tratamiento.
JUICIO DIAGNÓSTICO
SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES CON DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA:
- Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a Neumonía adquirida grave bilateral, con derrame para-neumónico bilateral.
- Fracaso renal agudo AKIN I
- Anemia por consumo. Coagulopatia secundaria

CONCLUSIONES

- En este caso, el cuadro clínico descrito, y el contexto epidemiológico, nos permitió, gracias a un test rápido, un planteamiento diagnóstico terapéutico dirigido desde el servicio de urgencias, a la espera de confirmación microbiológica.
- El síndrome del shock tóxico estreptocócico y la fascitis necrotizante son las formas más graves de enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes, siendo potencialmente mortales.
- Se caracteriza por un inicio súbito, con fiebre alta, inestabilidad hemodinámica, eritrodermia macular difusa y compromiso de, al menos, otros dos sistemas/aparatos, destacando la alteración de la función renal.
- El diagnóstico se basa en la clínica y el aislamiento del microorganismo por hemocultivo o cultivo de zona infectada.
- El tratamiento se basa en el soporte vital (reposición hidroelectrolítica y apoyo cardiocirculatorio), prevención de fallo multiorgánico y antibioterapia empírica de amplio espectro

P. #873

FIEBRE Y VIAJE RECIENTE: UNA PISTA HACIA EL DIAGNÓSTICO OCULTO

Rosa Luna Zamora[1], Flora Luna Zamora[2], Ana María Moyano Sánchez[3]

1. Hospital Costa del Sol, Málaga, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
3. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 38 años acude a Urgencias por fiebre intermitente de tres semanas de evolución, astenia y dolor abdominal inespecífico. Antecedentes personales: sin antecedentes médicos relevantes. No cirugías previas. No alergias conocidas. Antecedente epidemiológico: viaje reciente a la India por tres meses, donde consumió alimentos en mercados locales y tuvo contacto con animales en zonas rurales.

Exploración Física: Tensión arterial: 110/70 mmHg. Frecuencia cardíaca: 95 lpm. Temperatura: 38.2°C. Consciente, orientada, eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, murmullo conservado. Abdomen: Blando, dolor difuso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: sin lesiones cutáneas ni edemas.

Pruebas Complementarias: analítica sanguínea con leucocitosis (12,500/µL) con eosinofilia (8%), proteína C reactiva elevada (50 mg/L), pruebas hepáticas: aumento leve de transaminasas. Ecografía abdominal: Lesión quística de 8 cm en lóbulo hepático derecho, con imágenes en "rueda de carro" sugerentes de quiste hidatídico. Tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste: Estructura quística con membranas flotantes dentro, compatible con quiste hidatídico estadio CE2 de la clasificación de la OMS.

Dada la sospecha de quiste hidatídico hepático, se consulta a Medicina Interna, quienes confirman el diagnóstico y descartan afectación pulmonar o peritoneal mediante radiografía de tórax y TC de abdomen.

Juicio clínico: Quiste hidatídico hepático confirmado, probablemente por Echinococcus.

Diagnóstico diferencial:

1. Absceso hepático piógeno o amebiano Excluido por ausencia de historia de disentería y serología negativa para Entamoeba histolytica.
2. Neoplasia hepática quística Poco probable dado el aspecto en imagen.
3. Enfermedad poliquística hepática Lesiones quísticas múltiples sin antecedentes infecciosos.

Bibliografía:

- Craig PS, Larrieu E, Zeyhle E, et al. Echinococcosis: control and prevention of cystic echinococcosis. In: Chiodini PL, editor. Helminths and Human Disease. Cambridge University Press; 2017. p. 189-202.
- Del Rio L, Chaves J, Uceda F, et al. Hidatidosis hepática: diagnóstico y manejo clínico. Rev Gastroenterol Perú. 2016;36(4):302-310.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de considerar la hidatidosis en pacientes con quistes hepáticos y antecedentes de viaje a zonas endémicas. La hidatidosis, causada por Echinococcus granulosus, es una zoonosis frecuente en regiones rurales con contacto con perros y ganado. El diagnóstico se basa en la combinación de imágenes (ecografía y TC) y serología. El tratamiento incluye terapia antiparasitaria y procedimientos como PAIR o cirugía en casos complejos. La prevención es importante mediante educación sanitaria y manejo adecuado de alimentos.

A modo de conclusión, hay que recordar que las enfermedades parasitarias aún representan un desafío en la medicina global y que la sospecha clínica basada en el contexto epidemiológico es clave para un diagnóstico y manejo oportunos.

P. #883

MÁS ALLÁ DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: UN CASO DE FLEGMASIA CERULEA DOLENS

Lucía Linares Obarrio, Marta Giraldez Villar
SERGAS, Pontevedra, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años que acude al Punto de Atención Continuada por dolor, enrojecimiento y frialdad en la pierna izquierda de inicio súbito hacía una hora. A tratamiento con hierro oral y duloxetina. Niega otros antecedentes de interés.
En la exploración física presenta palidez cutánea. Se encuentra normotensa, afebril y saturaciones en torno a 97%. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos y en el electrocardiograma no presenta alteraciones en la repolarización. A nivel del miembro inferior izquierdo objetivamos livideces generalizadas con frialdad hasta la zona inguinal. El pulso pedio está presente pero disminuido con respecto al contralateral.
Reinterrogando a la paciente nos comenta que en días previos presentó sensación de malestar general acompañado de náuseas ocasionales, pero no le dio mayor importancia.
Además, en el último mes refiere pérdida de peso y apetito para lo cual su médico le había pautado hierro oral.
Realizamos una ecografía clínica objetivando a nivel del cayado de la safena izquierda una ocupación no comprimible en el territorio venoso. Administramos enoxaparina a dosis anticoagulantes de 150UI/kg y analgesia intravenosa.
Con la sospecha de una trombosis venosa profunda en probable relación con enfermedad neoplásica derivamos al Hospital de referencia para tratamiento y completar estudio.
En la analítica obtenemos reactantes de fase aguda y dímero D elevado. En el TC se confirma extensa trombosis venosa profunda con afectación iliofemoral bilateral y de la vena cava inferior en relación con trombosis tumoral por invasión por contigüidad de extensa
masa renal derecha con invasión hepática y suprarrenal.
Se realiza fasciotomía urgente del miembro y se deriva al centro de referencia en su comunidad.

CONCLUSIONES

La Flegmasia Cerulea Dolens es una complicación rara y grave de la trombosis venosa profunda masiva que conduce a isquemia venosa y puede resultar en necrosis tisular si no se maneja de manera oportuna. Este caso clínico enfatiza la necesidad de un diagnóstico rápido y un tratamiento agresivo, que incluya anticoagulación, fibrinolisis o, en algunos casos, intervención quirúrgica para restaurar la circulación y prevenir la amputación. La evaluación de la presión compartimental y la corrección de la hipoxia tisular son fundamentales para mejorar el pronóstico. El manejo multidisciplinario y la intervención temprana son cruciales para reducir la morbimortalidad asociada a esta entidad.

P. #889

DOCTORA, NO VEO BIEN

Georgina Golachi Ionescu[1][2], Anna Santano Soler[1], M. Angels Gispert Ametller[1]
1. Hospital Universitario Josep Trueta, Gerona, España
2. CAP Montilivi - Girona 3, Gerona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 21 años, fumador de 2-3 cigarrillos/día, con antecedente de gonorrea correctamente tratada, que acude por visión borrosa en el ojo izquierdo acompañada de cefalea hemicraneal izquierda de características opresivas, de 10 días de evolución. No presenta otra sintomatología sistémica y niega haber mantenido nuevas relaciones sexuales de riesgo.
En la exploración física destaca agudeza visual de 0.7 en el ojo afectado y de 1 en el contralateral. La biomicroscopía óptica revela hiperemia ciliar, córnea con precipitados queráticos finos y medianos granulomatosos, queratitis punteada superficial, cámara anterior amplia, fenómeno de Tyndall positivo y nódulos de Koeppe. La presión intraocular en el ojo afectado es de 34 mmHg. Se administra acetazolamida, timolol y dorzolamida, logrando un descenso de la presión intraocular hasta 29 mmHg.
El fondo de ojo muestra vitritis, focos de coriorretinitis en la región temporal superior y presencia de "bolas de nieve" en el temporal inferior. La tomografía de coherencia óptica de la mácula no evidencia alteraciones. Se complementa el estudio con analítica sanguínea, incluyendo parámetros inflamatorios y serologías para infecciones TORCH e infecciones de transmisión sexual, con positividad para Toxoplasma gondii.
Se establece el diagnóstico de panuveítis unilateral secundaria a toxoplasmosis, iniciándose tratamiento con Sulfametoxazol/Trimetoprima vía oral durante 6 semanas y prednisolona oftálmica. Asimismo, se mantiene tratamiento con betabloqueantes e inhibidores de la anhidrasa carbónica con el objetivo de disminuir la presión intraocular.
El paciente fue seguido en consultas externas de uveítis por un equipo multidisciplinar (oftalmología, reumatología y medicina interna), presentando una evolución clínica favorable.

CONCLUSIONES

La disminución de la agudeza visual de manera aguda o subaguda es un motivo de consulta frecuente en urgencias que requiere una evaluación detallada.
La panuveítis unilateral es un hallazgo clínico que debe estudiarse exhaustivamente para determinar su etiología, ya que puede relacionarse con enfermedades infecciosas, autoinmunes o sistémicas. En el contexto de urgencias, es fundamental una alta sospecha clínica, una exploración oftalmológica minuciosa y la realización de pruebas complementarias, incluidas serologías, para orientar el diagnóstico. En este caso, el diagnóstico temprano permitió instaurar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones.
Toxoplasma gondii es una causa frecuente de uveítis posterior en pacientes inmunocompetentes. Su presentación clínica puede incluir vitritis, coriorretinitis activa y "bolas de nieve".
La inflamación intraocular puede generar un aumento de

la presión intraocular, como se observó en este caso, lo que resalta la importancia de un manejo conjunto con hipotensores oculares para prevenir complicaciones.
Los pacientes con uveítis de origen infeccioso requieren un seguimiento evolutivo estrecho, a menudo en un enfoque multidisciplinar, para evaluar la respuesta terapéutica, prevenir recurrencias y detectar posibles secuelas estructurales o funcionales.

P. #891

EN TODO EDEMA NO FUNCIONA LA METILPREDNISOLONA: UN CASO DE TROMBOSIS YUGULAR

Rosalía Vidal Baño[1][2], Andreea Irimia[1], Ester García Solivelles[1], Lucía López Martínez[1], Cristina Gasós García[1], Laura Lafuente Muñoz[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. Consultorio auxiliar Paterna Campamento, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años con antecedentes médicos de esquizofrenia residual y EPOC moderado que acude al servicio de urgencias hospitalarias por edema facial y cervical de cinco días de evolución, de inicio súbito y sin mejoría a pesar de inyección intramuscular de corticoides en dos ocasiones.
El paciente no refiere dolor, prurito facial, disnea ni otra clínica acompañante.
No asocia fiebre ni sintomatología infecciosa.
No inicio de nuevos tratamientos recientemente ni relación de inicio de la clínica con alimentos.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Tensión arterial: 132/81 mmHg; Frecuencia cardíaca: 90 lat/min; Saturación. O2: 98 %; Temperatura: 36,5°
Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico en reposo. Lenguaje fluido y coherente. Sin tiraje intercostal.
Edema en zona cervical, región facial inferior y en ambos labios, predominando edema en labio inferior.
No asocia aumento de la temperatura local o eritema.
Telangiectasias en zona supraclavicular derecha.
Adenopatía supraclavicular izquierda de aproximadamente 1-2cm, adherida a planos profundos.
No se palpan adenopatías cervicales o axilares.
Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos ni roces.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con sibilantes aislados en base izquierda, buena entrada de aire bilateral.
Auscultación carotídea: No soplos en carótidas.
Orofaringe: normocoloreada, amígdalas eutróficas, úvula centrada sin edema.
Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Sin signos de peritonismo en elmomento actual.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica de sangre sin hallazgos de interés salvo por leve aumento de proteína C reactiva (17,2 mg/L;)
Radiografía de tórax: aumento de opacidad en hilio pulmonar izquierdo, compatible con masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo.
Tomografía computerizada (TC) cervical, torácica, abdominal y pélvica:
Trombosis de vena yugular interna derecha que se extiende hasta la confluencia con tronco braquiocefálico derecho, asociando circulación colateral en cuello y tórax derechos.
Adenopatías supraclaviculares bilaterales, la mayor de 17 mm

izquierda.
Masa hiliar izquierda de 62 mm de diámetro mayor que infiltra mediastino y arteria pulmonar principal izquierda asociando linfangitis carcinomatosa focal en lóbulo superior izquierdo.
Adenopatias mediastinicas bilaterales, las mayores paratraqueales bajas.
Mínimo derrame pleural izquierdo y pericárdico.
Hígado sin lesiones focales salvo quistes simples. Bazo, páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones. Sin adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni pélvicas.
No se identifican lesiones óseas agresivas. Callos de fractura costales derechos.
Conclusión: Neoplasia pulmon T4 N3 M0/1 (si se confirmase derrame pleural/pericardico maligno). Trombosis yugular y de tronco braquiocefálico derechos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La trombosis de la vena yugular interna es una patología vascular infrecuente, pero potencialmente grave, que se relaciona con factores de riesgo como neoplasias, infecciones o presencia de catéter venoso central. En ocasiones su aparición es idiopática y es la manifestación inicial de patología neoplásica, por lo que ante un hallazgo de una trombosis yugular debemos descartar la presencia de una neoplasia oculta. Ante un edema cervico-facial sin mejoría tras tratamiento en un paciente con factores de riesgo como es el caso de nuestro paciente, debemos plantearnos como diagnóstico diferencial la trombosis de las venas cervicales.
La clínica dependerá de la rapidez de instauración, la gravedad, la ubicación y la extensión de la obstrucción. Los síntomas pueden incluir edema y dolor en extremidades superiores y cuello; patrón venoso colateral y dificultades respiratorias.
Sospechar esta patología nos permitirá realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento para evitar las posibles complicaciones, como la progresión de la trombosis o un tromboembolismo pulmonar.

P. #892

NEUMOMEDIASTINO: NO LO VI VENIR

Marina Esther Cillanueva Ortiz, Mercedes Moreno López, Paula Queizán García, Arantxa Ramos Miravet, Patricia González Cuadrado, Francisco Ubet Barberá
Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 33 años sin antecedentes de interés salvo hábito tabáquico activo que acude a Urgencias Hospitalarias por disfagia y sensación de hinchazón facial que se extiende hacia el cuello desde hace 24 horas. Comenzó estando en reposo. Niega traumatismos previos ni infecciones respiratorias. No ha presentado accesos de tos ni dificultad respiratoria. No viajes recientes ni sobreesfuerzos, de hecho, actualmente se encuentra en búsqueda activa de empleo. En la exploración física llama la atención la presencia de enfisema subcutáneo que se palpa desde la zona submandibular descendiendo de forma lateromedial hasta ambos huecos supraclaviculares. La analítica sanguínea no mostró ninguna alteración, sin embargo, en los tóxicos en orina se halló para presencia de cocaína. Así mismo, se completó el estudio con una tomografía axial computarizada de tórax y cuello evidenciando un enfisema subcutáneo cervicofacial sin identificar causa aparente y neumomediastino que diseca el plano faríngeo, musculares y planos grasos sin colapso de estructuras nobles adyacentes. Rehistoriando a la paciente, refiere que hace dos noches consumió cocaína esnifada durante una fiesta.
La paciente es valorada por los Servicios de Otorrinolaringología y Neumología que recomiendan observación hospitalaria hasta reducción del enfisema, antibioterapia empírica de amplio espectro y oxigenoterapia como terapias complementarias. No precisa ninguna intervención urgente en el momento inicial. Se mantiene bajo monitorización continua, permaneciendo en el área de Urgencias las 12 horas posteriores con reducción significativa del enfisema. Tras mejoría clínica evidente, se procede al alta médica y seguimiento ambulatorio por parte de Neumología.

CONCLUSIONES

El neumomediastino por consumo de tóxicos como cocaína o heroína constituye una de las causas más infrecuentes de dicha etiología pese al incremento de consumo que hay en nuestro medio actualmente. Su fisiopatología está relacionada tanto con las maniobras de Valsalva como con la vasoconstricción de los vasos de la pared de los alvéolos que producen una necrosis y comunicación del aire con el mediastino. Suponen etiologías diagnosticas a plantear sobre todo en ausencia de causas justificables y población joven con hábitos recreativos. Las pruebas complementarias buscan descartar patología pulmonar de base o neumotórax que requiera actuación urgente. El tratamiento se centra en la oxigenoterapia para favorecer la reabsorción ya que en la mayoría de los casos se trata de un proceso autolimitado. Las complicaciones son excepcionales pero el consumo continuado puede perpetuar los episodios y empeorar el pronóstico.

P. #896

TOXICIDAD PULMONAR SECUNDARIA A BLEOMICINA

Daniel Puente López, Abel Varela Herrero, Raquel Martín López, Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Juan Manuel Santos Escudero, Saúl Escudero Álvarez

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Nuestro paciente es un varón de 48 años, sin factores de riesgo cardiovascular y sin enfermedades crónicas de interés, que fue diagnosticado hace 8 meses de un tumor germinal testicular de tipo seminoma, estadio I, de buen pronóstico, resecado al mes siguiente. En un control posterior se objetiva regresión tumoral del 60%, limitado al testículo, sin infiltración de epidídimo ni invasión vasculo-linfática, pasando a considerarse un estadio II, por lo que se inicia quimioterapia sistémica según esquema BEP (bleomicina, fosfato de etopósido y cisplatino). Hasta el día de su visita a Urgencias, el paciente había recibido tres ciclos de quimioterapia.

Enfermedad actual: El paciente refiere desde el inicio del tratamiento con BEP, episodios de tos seca no productiva y desde hace 15 días, disnea que ha aumentado progresivamente hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Niega fiebre, nauseas, vómitos, dolor torácico u otra clínica asociada.

Exploración física y pruebas complementarias: Saturación de oxígeno 88%, aumentando a 94% con oxígeno suplementario. Buen estado general. Buena coloración y perfusión de piel y mucosas, afebril y eupneico en reposo. Auscultación cardiaca sin alteraciones. Auscultación pulmonar: hipofonesis generalizada, crepitantes finos en ambas bases pulmonares.

Se realiza analítica sanguínea, en la que destaca: leucocitosis de 14200 µL (80% neutrófilos y 9% linfocitos), hemoglobina 11.2 g/dL, proteína C reactiva 47 mg/dL. Resto de valores en rango. En la radiografía de tórax se observan opacidades bilaterales, de aspecto en vidrio deslustrado, con patrón reticular grueso, y dilataciones bronquiales sobre todo en las áreas centrales de las bases pulmonares.

Sospecha diagnóstica y evolución:

Nuestra primera sospecha diagnóstica, dada la clínica del paciente y las pruebas radiológicas es una neumonitis por toxicidad por bleomicina. Se consulta a Neumología de guardia, que ingresa al paciente a su cargo para administrar el tratamiento y completar el estudio con el fin de confirmar nuestra sospecha y descartar una infección respiratoria activa.

Durante su estancia en planta, el paciente se mantiene estable clínica y hemodinámicamente. Se realiza TACAR de tórax, en el que los hallazgos sugieren una neumonía organizativa por toxicidad farmacológica como primera opción, siendo su principal diagnóstico diferencial una neumonitis por hipersensibilidad no fibrótica. Por ello, se trata al paciente con Metilprednisolona 60 mg/día vía IV. El paciente es dado de alta diez días después con Prednisona 45 mg/día durante un mes y, posteriormente, en pauta descendente hasta completar seis meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

- Este caso clínico subraya la necesidad de un seguimiento estrecho de los pacientes bajo tratamiento quimioterápico, especialmente cuando presentan síntomas inespecíficos como tos y disnea. La bleomicina es un antineoplásico citostático que puede lesionar el endotelio pulmonar y epitelio alveolar, provocando un proceso inflamatorio y fibrótico del intersticio de manera insidiosa, por lo que un control regular mediante exploraciones radiológicas y pruebas complementarias es fundamental para su manejo oportuno.
- En la actualidad, el único tratamiento con posible efectividad clínica es el empleo temprano de corticoides para prevenir el fallo respiratorio agudo y el desarrollo de la fibrosis pulmonar, pero su uso queda reservado para pacientes con toxicidad pulmonar sintomática, ya que se ha descrito la resolución espontánea de las opacidades radiográficas en pacientes asintomáticos.
- El caso clínico pone de manifiesto la importancia de realizar un diagnóstico diferencial en pacientes en tratamiento con quimioterapia, ya que los síntomas respiratorios pueden deberse tanto a infecciones como a efectos secundarios de los fármacos, en este caso, la neumonitis por toxicidad de la bleomicina.

P. #901

FIBRILACIÓN AURICULAR, UN RITMO PELIGROSO

Júlia Barriga Marín, Raúl Gabriel Jordà Sánchez, José Canela Goma, Ana Matas García, Rafael Perelló Carbonell

Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

La paciente era una mujer de 81 años sin alergias ni hábitos tóxicos conocidos, independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin deterioro cognitivo. Como antecedentes destacaban la presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento médico) y una enfermedad renal crónica (estadio G3A1) sin estudio etiológico realizado. Acudió a urgencias por dolor abdominal de brusca aparición y de carácter continuo a pesar de toma de analgesia de primer escalón junto con un episodio transitorio de disminución del nivel de consciencia, debilidad generalizada y dificultad para el habla. A la exploración física en urgencias se encontraba taquicárdica a 110 lpm, sin focalidad neurológica en ese momento y con dolor a la palpación en el hipocondrio (Murphy negativo) y flanco derecho.

Se realizó un electrocardiograma en el que se constató una fibrilación auricular no conocida previamente. En la analítica sanguínea se observó una elevación de los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 16 mg/dl y 20x10^9 leucocitos/L a expensas de neutrófilos), un deterioro la función renal con creatinina 2 mg/dl (siendo la previa de 1 mg/dL) y una lactato deshidrogenasa (LDH) de 1250 U/L. El sedimento de orina fue negativo y la excreción fraccionada de sodio en orina menor al 1%. Se realizaron una radiografía y posteriormente una ecografía abdominal que no mostraron hallazgos patológicos de interés. La tomografía computarizada (TC) cerebral no mostró patología intracraneal aguda

Dada la discordancia entre el dolor abdominal y las pruebas de imagen, el debut de la fibrilación auricular y los datos analíticos sugestivos de isquemia, se solicitó un angio-TC de abdomen. Dicha exploración confirmó la presencia de infartos renales bilaterales de predominio derecho siendo sugestivo de probable origen embólico con un defecto de repleción parcial en una rama segmentaria de la arteria renal derecha. Se orientó como una fibrilación auricular de inicio incierto con fenómenos cardioembólicos secundarios; infartos renales bilaterales posiblemente sobreinfectados con insuficiencia renal aguda prerenal y probable accidente isquémico transitorio. Se inició una estrategia de control de frecuencia con bisprolol y anticoagulación con enoxaparina ajustada a la función renal. Además, se inició hidratación con suero fisiológico, antibioterapia empírica con ceftriaxona y analgesia e ingresó en sala de Medicina Interna.

Durante el ingreso se completó el estudio con una resonancia magnética cerebral que mostró infartos subagudos sincrónicos en territorio de la arteria cerebral media derecha. El ecodoppler de troncos supraórticos descartó placas de ateromas significativas y en el ecocardiograma no se observaron vegetaciones ni trombos intracavitarios. En cuanto a la función renal, presentó datos compatibles con una necrosis tubular aguda, presentando una mejoría parcial tras hidratación y medidas de nefroprotección, siendo al alta con Cr 1.6 mg/dl (estadio G4A1).

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de infarto renal debe ser considerado en pacientes que desarrollan dolor abdominal o en el flanco súbito con función renal reducida, niveles elevados de LDH, hematuria o proteinuria, y que no tienen litiasis urinaria ni ninguna otra explicación diagnóstica para sus síntomas. Las probabilidades aumentan si el paciente tiene enfermedad cardíaca, especialmente fibrilación auricular o si tiene más de 60 años.
- Según las nuevas guías de 2024 de manejo de la fibrilación auricular de la European Society of Cardiology, se debe considerar una puntuación CHA2-DS2-VA de 1 como un indicador de riesgo tromboembólico elevado para las decisiones sobre el inicio de la anticoagulación.
- Se recomiendan los inhibidores de SGLT2 para pacientes con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular independientemente de la fracción de eyección ventricular izquierda para reducir el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular.

P. #902

¡¡PIELONEFRITIS MÁS INFECCIÓN RESPIRATORIA DE VIAS ALTAS, TODO UN RETO DIAGNÓSTICO!!

Leonard Mihaita Román Xx, Marcelo Roomel Zevallos Romero, Paloma Gallego Rodríguez, Celia Ferro Miguel, María Jesues Estevez Rueda, José Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
La tuberculosis continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública a nivel mundial.
EA: Presentamos caso clínico de una mujer de 27 años, sin APP de interés, Natural de Perú, en España desde hace 7 meses que acude al servicio de urgencias (SU) por fiebre con tiritona/ escalofríos de 24 horas de evolución, asociando sd miccional (disuria, polaquiuria) y dolor en fosa renal izquierda irradiado hacia flanco ipsilateral con náuseas sin vómitos. Episodio de ITU previa hace unos meses tratada en domicilio.
Además, refiere tos habitual con expectoración mucosa de varios meses de duración (prácticamente desde su llegada a España hace 7 meses), ocasionalmente con componente hemoptoico. No fiebre recurrente ni clínica constitucional. Mantiene buen estado general. En las últimas semanas también nota disfonía.
Evolución más examen físico:
Tª 36°. TA 120/70. FR 16 rpm. SpO2: 98%. Peso 62 Kg , leve disfonía sin adenopatías palpables
Analítica: Hb 11.70 g/dL (11.8 - 14.8), Leucocitos 4.54 10^3/µl (3.9 - 11.1), Neutrófilos 2.27 10^3/µl (1.8 - 7.4), resto sin alteraciones
Rx de tórax PA y lat: ICT conservado, SCF libres, consolidación parenquimatosa en LSD con otros focos de consolidación parcheados y aspecto de tractos fibrocicatriciales difusos.
TC cérvico-tóraco-abdómino-pélvico: Afectación pulmonar bilateral de predominio en campos pulmonares superiores sugerentes reactivación de proceso tuberculoso previo. Signos de pielonefritis izquierda no complicada probablemente también de origen tuberculoso. Quistes anexiales bilaterales. Hallazgos compatibles con una laringitis supraglótica tuberculosa
Evolución:
Se completa estudio del cuadro pulmonar con bacilo de Koch (BK) esputo (-) y PCR-TBC en esputo que resulta (+), sin mutaciones de resistencia a fármacos de primera línea. Se realiza TAC body que confirma afectación pulmonar bilateral de predominio en campos pulmonares superiores, con alguna área de cavitación, sugerentes de enfermedad tuberculosa activa. A nivel cervical se identifican hallazgos sugestivos de TB laríngea con engrosamiento difuso irregular de la epiglotis y de la membrana cuadrangular, sin afectación glótica. Sin afectación ganglionar cervical. A nivel abdominal signos de pielonefritis aguda izda.
Es valorada por ORL con fibroscopia que confirma hallazgos compatibles con afectación laríngea de la tuberculosis.
Tras confirmar microbiológicamente el dx de enfermedad TB pulmonar y estudio de extensión completo, se inicia cuádruple terapia tuberculostática (rimstar 4cp) con buena tolerancia inicial. Baciloscopia de esputo control a los 7 días de inicio de tto + (< 5BAAR/100campos).

Diagnóstico principal:
Tb pulmonar. BK esputo al dx (-) y PCR-TBC (+) sin mutaciones de resistencia a rifampicina
TBC laríngea concomitante
Pielonefritis aguda bacteriana izda con buena respuesta al tto atb (urocultivo decapitado por inicio previo atb)

CONCLUSIONES

Los pacientes con TB pulmonar y/o laríngea deben permanecer en aislamiento respiratorio, mientras se sospeche capacidad contagiante.
Se puede realizar el aislamiento respiratorio en el domicilio siempre que sea posible, excepto en los casos de enfermedad grave o con complicaciones.
En este caso la paciente tras confirmación de tuberculosis pulmonar permaneció en su domicilio hasta la negativización de dos baciloscopias y realizó tratamiento con tuberculostáticos durante 6 meses.

P. #904

NEUMONÍA ATÍPICA Y ALGO MAS...

Ana María Pereira Rodríguez[1][2], Rafael Fernando García Espinosa[1], Josep Riera Reina[2], Rosa María Serrano Martos[1][2], César Octavio Covarrubias Guzman[1], Jorge López Navarro[1]

1. Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España
2. CAP Maria Fortuny, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 41 años de edad de profesión jardinero, fumador, sin otros antecedentes patológicos conocidos, que acude a urgencias tras una semana de evolución de sintomatología respiratoria. A su llegada refiere disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, tos con expectoración mucopurulenta, dolor torácico y fiebre de 39ºC. Inicialmente acude al centro de atención primaria donde indican tratamiento con amoxicilina-acido clavulanico y dada la escasa mejoría acude a urgencias. Al examen físico presión arterial de 108/74mmHg, frecuencia cardiaca de 136lpm, temperatura 38,6ºC, saturación basal de oxígeno 91%; discreta ictericia mucocutánea; disnea en reposo con tiraje subcostal; a la auscultación hipofonesis generalizada con crepitantes bibasales de predominio izquierdo; abdomen blando y depresible con leve dolor a la palpación en hipocondrio derecho con murphy negativo. Se solicitan pruebas complementarias donde analíticamente destaca una PCR de 19,30mg/dl, anemia macrocítica e hipercromica con hemoglobina de 4,6mg/dl más crioaglutininas, leucocitosis de 29,12x10 con neutrofilia de 25,53x10, hiperbilirrubinemia de 5,36mg/dl, reticulocitos de 5,69%, LDH de 1330U/L, Haptoglobina <10, Coombs directo positivo, IgG positiva, C3 positivo y frotis sanguíneo con presencia de esferocitos. Antigenuria y PCR de virus negativos. Se realiza rayos X de tórax donde se observa condensaciones basales bilaterales de predominio izquierdo, ecografía abdominal sin alteraciones y TAC toracoabdominal que reporta signos de bronconeumonía bilateral y difusa con extensa área consolidativa en lóbulo inferior izquierdo. Cuadro sugestivo de anemia hemolítica inmune por anticuerpos fríos tipo IgG secundaria a neumonía adquirida en la comunidad de germen no filiado. Se inicia tratamiento con ceftriaxona, azitromicina y se transfunden 3 unidades de concentrados de hematíes a 37ºC. Es valorado en conjunto con servicio de hematología, quienes recomiendan añadir metilprednisolona 1mg/kg/día. Debido al empeoramiento progresivo, inestabilidad hemodinámica y necesidad de oxigenoterapia ingresa en la unidad de cuidados intensivos donde completan estudio con serologías, autoinmunidad e identifican IgM positiva para Mycoplasma pneumoniae. Tras estabilidad ingresa en planta de hospitalización presentando mejoría clínica y paraclínica.

CONCLUSIONES

- La anemia hemolitica autoinmune (AHAI) por anticuerpos fríos es menos frecuente que la producida por anticuerpos calientes, representando el 20% de las AHAI.
- En la AHAI por anticuerpos fríos el mecanismo de la hemólisis suele ocurrir por IgM a diferencia de nuestro caso donde se objetivó IgG.
- Se puede presentar de forma aislada (idiopática) o asociada a infecciones (particularmente mononucleosis infecciosa e infecciones por Mycoplasma pneumoniae) y síndromes linfoproliferativos.
- El test antiglobulina o de Coombs es la principal prueba para su estudio.
- El tratamiento se realiza con corticoides, transfusión y en algunos casos esplenectomía, hoy en día es controvertido ya que en muchos casos no ha resultado favorable.
- En la AHAI por anticuerpos fríos de ser imprescindibles las transfusiones deben ser a temperaturas de 37ºC (ya que es fundamental evitar el frio).
- Siempre tratar la causa: en nuestro caso antibioticoterapia con macrólidos (azitromicina o claritromicina). Áreas con resistencia: doxiciclina/minociclina u otros: levofloxacino/moxifloxacino.

P. #910

¡DOCTORA, TENGO EL CUELLO COMO UN TORO!

Flora García Sánchez, Pablo Olivares Carril, Mauro Bosi .
Hospital Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

-Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Dislipemia en tratamiento con Atorvastatina 40mg/24h.MTrastorno ansioso-depresivo en tratamiento con Escitalopram 20mg/24h.
-Enfermedad actual: Varón 54 años de edad acude a servicio de urgencias por fiebre y afectación del estado general de 4 días de evolución. Refiere fiebre de hasta 39ºC axilar, que no cede a antitérmicos habituales. Refiere odinofagia y dolor-inflamación en región mandibular. Además, asocia disfagia a sólidos y líquidos de aparición en las últimas 24 horas. No disnea. Niega otra sintomatología asociada.
-Exploración física: TA 100/60mmHg, 70 lpm. SatO2 97 % basal. T 38.5ºC. Regular estado general. Eupneico. Gran empastamiento de zona mandibular con trismus. No presencia de adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
-Pruebas complementarias: Durante su estancia en servicio de urgencias se solicitó cultivos y analítica sanguínea, con leucocitosis 18.000 con desviación a la izquierda, aumento de reactantes de fase aguda, trombopenia leve (112.000), sin coagulopatía asociada. Se indicó ecografía cervical, que no se pudo realizar por gran inflamación, por lo que se solicitó TC cuello con contraste, objetivándose fascitis necrotizante con abundante gas a nivel del espacio masticador y mucoso faríngeo derecho de probable origen retrotrigonal ipsilateral que provocaba compresión orofoaringea-supraglótica con extensión del componente inflamatorio y del gas al espacio submandibular y sublinguial bilateral.
-Evolución: Tras los hallazgos en las pruebas complementarias solicitadas, se contactó con ORL de guardia, decidiéndose intervención quirúrgica urgente mediante cervicotomía izquierda y lavado , con posterior colocación de Penrose mediano.

CONCLUSIONES

La angina de Ludwig es una infección bilateral del suelo de la boca que consta de tres compartimentos: el submandibular, el sublingual y submentoniano. Es típicamente una infección polimicrobiana que afecta a la flora de la cavidad oral, y surge más comúnmente de un segundo o tercer molar mandibular infectado. Clínicamente los pacientes suelen presentar fiebre, afectación del estado general, así como dolor en la boca, rigidez en el cuello, babeo y disfagia, y pueden inclinarse hacia adelante para maximizar el diámetro de las vías respiratorias. En la exploración física destaca induración dolorosa, simétrica y "leñosa", a veces con crepitación palpable, en el área submandibular ("cuello de toro"), así como un marcado edema en región bucal ("signo de la doble lengua"). El diagnóstico de la angina de Ludwig se establece sobre la base de la presencia de hallazgos clínicos sugestivos generalmente con el apoyo de estudios de imagen. El tratamiento de la angina de Ludwig implica la evaluación y el manejo oportunos de la vía aérea, así como el drenaje quirúrgico y empleo de antibióticos empíricos de amplio espectro.

P. #914

TROMBOSIS ARTERIAL PERIFÉRICA

Oleg Kyrychenko Kostenko, Ángela Pedreño Lorente, Patricia Martínez Cañavate, Ingrid María Muñoz Serrano, Elena Belda López, Fernando Guil Giménez
Hospital, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
La trombosis arterial periférica se refiere a la formación de un coágulo en las arterias que suministran sangre a las extremidades, lo que puede provocar isquemia y daño tisular. Es más común en personas con factores de riesgo cardiovasculares. La prevalencia varía aproximadamente el 5-10% de la población mayor de 60 años.
Descripción del caso:
Varón de 60 años es traído a urgencias por el SUAP por parestesia, perdida de sensibilidad y fuerza en MMII derecho distal a la rodilla. Refiere que tras dormir la siesta comienza a notarse la pierna adormecida con pérdida de fuerza desde la rodilla para abajo y un dolor intenso desde la zona lumbar derecha irradiado hacia la cara posterior del muslo derecho. No presenta dolor torácico, ni disnea. Como antecedentes personales encontramos: HTA, DM2, Dislipemia, fumador, bebedor, IAM pasado, ICC, Ictus isquémico lacunar anterior. Tratamiento crónico: Adiro, Omeprazol, Emconcor, ramipril, eplerenona.
En la exploración física destaca tensión arterial de 189/100, frecuencia cardiaca y saturación normales. La auscultación cardiopulmonar es normal, en cuanto a los miembros inferiores encontramos parestesias, disminución de sensibilidad y fuerza distal en pierna derecha de la rodilla para abajo con incapacidad para la dorsiflexión de la planta del pie. Reflejos Aquileo y Babinski en pierna derecha abolidos. No palpación de pulsos pedios ni maleolares ni poplíteos en pierna derecha y muy débiles en pierna izquierda. Fuerza, pulsos y sensibilidad conservador a partir de la rodilla hacia proximal. Dolor muy intenso, Eva 9, irradiado desde la zona lumbar hasta la cara posterior del muslo derecho. La exploración neurológica es normal.
Las pruebas complementarias encontramos, un ECG normal. En la analítica sanguínea destacamos, troponinas 10,2, CK 225, HB 17.9, plaquetas y tiempos de coagulación normales. Por último, se realiza se contacta con el servicio de radiología donde se realiza ECO Doppler arterial y AngioTAC de MII objetivándose isquemia arterial aguda de MID, con trombo a nivel de art. Femoral común y desde tercio distal de art. Femoral superficial hasta art. pedía.
En este punto contactamos con el servicio cardiovascular del hospital de referencia de la región, que nos da el visto bueno para realizar el traslado, administramos 5000u de heparina en bolo y procedemos a realizar el traslado del paciente en UME. El servicio de CCV procede a realizar angioplastia percutánea con balón y aspirado del trombo sin éxito. Por ello posteriormente se suministra 250 000 UI uroquinasa intratrombo en FP con permeabilidad parcial, decidiendo colocar stents con buen resultado morfológico. Tras la buena evolución del paciente con recuperación de fuerza y sensibilidad del miembro afecto se decide dar el alta a domicilio con doble antiagregación con

AAS y Clopidogrel.
Discusión:
Nuestro paciente presenta antecedentes que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades vasculares, además del tabaquismo y el consumo de alcohol que agravan aún más su situación.
Observamos disminución de la perfusión en el miembro afectado, con la ausencia de pulsos distales y una intensa sensación de dolor. Las pruebas complementarias, incluyendo el ECO Doppler y AngioTAC, confirman la presencia de un trombo en la arteria femoral común y sus ramas.
El traslado urgente con posterior angioplastia percutánea, la colocación de stents y la administración de uroquinasa resultó en una recuperación significativa del flujo sanguíneo y la funcionalidad del miembro.

CONCLUSIONES

Resaltar la importancia de una evaluación rápida y un manejo adecuado de la patología, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades. La identificación temprana de los síntomas y la intervención oportuna pueden marcar la diferencia en la recuperación. Además, subrayar la necesidad de un seguimiento y la implementación de medidas preventivas como el control de los factores de riesgo cardiovascular y la adherencia a la terapia antiagregante.

P. #915

NO ES CELULITIS AGUDA TODO LO QUE PARECE

Fátima Tárraga Galdón, Marta Reyes Álvarez, Lucía Sánchez Rodríguez

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia venosa crónica (IVC), que consulta desde Atención Primaria por eritema y ampollas generalizadas en ambos miembros inferiores, con mala evolución clínica a pesar del tratamiento prescrito, de 8 días de evolución.
Refiere sensación distérmica desde hace 2 días, sin fiebre termometrada. Niega otra sintomatología acompañante.
Valorada en su Centro de Salud al comienzo del cuadro, prescribiéndose antibioterapia empírica con Amoxicilina/Clavulánico, dado que las lesiones sugerían una posible celulitis aguda.
A la exploración física destaca eritema y edema marcado desde las rodillas hasta los dedos de ambos pies, con flictenas serosas, de color violáceo, distribuidas en zonas pretibiales; placa necrótica de 4 centímetros de diámetro en región gemelar derecha, en el contexto de úlcera por presión; afectación máculo-papular con vesículas que avanza hacia raíz de miembros; y estigmas evidentes de insuficiencia venosa crónica.
En la analítica general realizada en Urgencias, como hallazgos de interés destacan PCR 130 y leucocitosis de 9.000, sin neutrofilia ni otras alteraciones reseñables.
Dada la ausencia de mejoría y la mala evolución clínica a pesar del tratamiento prescrito, se interconsulta el caso con Dermatología, que determina que dichas lesiones se enmarcan en el contexto de una dermatitis de estasis.
Se realiza cura intensiva de las heridas, se aplica pomada antibiótica y de corticoides, se cubren las lesiones con los correspondientes apósitos, se trata la placa necrótica y se cita a la paciente en sala de curas de Dermatología a lo largo de la semana siguiente, para control evolutivo estrecho.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de las lesiones eritemato-ampollosas en miembros inferiores abarca entidades como la celulitis aguda, el pénfigo vulgar, la dermatitis irritativa o alérgica de contacto, o el liquen plano, así como otras patologías por su localización típica en región pretibial, más que por su semejanza clínica, como el mixedema pretibial.
La dermatitis de estasis es una dermatitis inflamatoria de las extremidades inferiores, típica de pacientes con insuficiencia venosa crónica. Clínicamente se presenta con lesiones eritematosas, descamativas con erosiones, exudación o costras, e incluso vesículas o flictenas, de distribución bilateral y localizadas en región supramaleolar medial, aunque pueden variar en su extensión.
Estas lesiones son susceptibles de sobreinfección bacteriana o fúngica, asemejándose en estos casos a patologías de presentación habitual en Urgencias, como la celulitis aguda.

El manejo del paciente con dermatitis de estasis incluye el tratamiento de la IVC y el tratamiento sintomático de la sequedad de la piel, el prurito y la inflamación, así como la prevención de la ulceración.
La terapia compresiva y las medias elásticas siguen siendo la piedra angular del tratamiento, especialmente en aquellos pacientes que presentan o han presentado úlceras venosas.
A su vez, el cuidado de la piel mediante lavados con agua y jabones, y la aplicación de emolientes son fundamentales para evitar el desarrollo de eccemas, complicaciones infecciosas o inflamatorias.
En el caso de nuestra paciente, el diagnóstico diferencial era complejo, dada la presentación poco habitual en forma de flictenas generalizadas y sus múltiples antecedentes personales. Sin embargo, presentó una buena evolución clínica con el abordaje completo de las lesiones y de la IVC subyacente, tras el fracaso del tratamiento inicial.

P. #932

A PROPÓSITO DE UNA GARRAPATA...

Manuela De Blas Rodríguez, Deborah Prats Florez, Paula Medina Alcalde, Fuensanta Casas Galán, Loreto Rueda Zaldívar, Gema Cabrera Domínguez
Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No tratamiento domiciliario. No enfermedades. No ingresos ni intervenciones de interés. Natural de Colombia. Vive en España desde hace unos 4 años, con su familia. Pareja estable. Hábitat urbano. Trabaja los fines de semana.
ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente mujer de 19 años que acude a Urgencias por fiebre, astenia y lesiones cutáneas tras picadura de insecto cinco días atrás en región tibial anterior derecha.
Tras la picadura y con motivo de aparición de erupción cutánea, la paciente acude a ambulatorio y, 48h más tarde, comienza con fiebre termometrada de hasta 40°C, artromialgias y cefalea, por lo que vuelve a consultar en centro de salud. Al siguiente día presenta lesiones cutáneas generalizadas (no pruriginosas ni dolorosas), malestar general y astenia intensa, por lo que finalmente solicita asistencia en urgencias hospitalarias.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
La paciente presenta regular estado general (postrada en sillón), temperatura de 38,5 grados, ligera hipotensión, frecuencia cardiaca dentro de la normalidad. Consciente, orientada, correctamente hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Sin adenopatías. Sin ingurgitación yugular, pulsos carotídeos rítmicos y simétricos. Sin lesiones en mucosa oral. A la auscultación se encuentra rítmica, sin soplos audibles, y con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando, indoloro, sin masas ni megalias. Sin edemas periféricos. Lesión papulosa con región central necrótica. Múltiples lesiones maculopapulosas eritematosas generalizadas que respeta regiones palmo-plantares.
EVOLUCIÓN:
Se solicitan pruebas complementarias (analítica de sangre con hemograma, bioquímica, coagulación y serología), y se pauta tratamiento sintomático.
En primera analítica, se objetiva leve aumento de reactantes de fase aguda, con perfil hepatorrenal y resto de parámetros dentro de la normalidad. Se comenta el caso con Medicina Interna y la paciente pasa al área de observación. Siendo interpretado el cuadro como fiebre exantemática, se inicia tratamiento con doxiciclina y ceftriaxona. A la mañana siguiente, se consensua alta con tratamiento domiciliario. Sin embargo, ante evolución tórpida, se vuelve a contactar con Medicina Interna y se decide ingreso a su cargo. A lo largo de esa tarde, la paciente comienza a presentar molestias centrotorácicas, por lo que se solicita analítica con troponinas, que comienzan a seriarse. Esa misma noche, ocurre un empeoramiento clínico; la paciente se encuentra con fiebre, malestar general, sudorosa y con dolor abdominal intenso de predominio en hemiabdomen derecho, hipotensa, taquicárdica y taquipneica, por lo que pasa a área

de observación de camas. Mientras tanto, se extrae nueva analítica sanguínea, donde destaca empeoramiento de función renal, coagulopatía, péptido natriurético elevado, incremento de reactantes de fase aguda y acidosis metabólica con hiperlactacidemia. Se avisa a servicio de Cuidados Intensivos. Acude Cardiología para realización de ecoscopia a pie de cama, donde se objetiva hipoquinesia generalizada que condiciona función sistólica severamente deprimida.
Durante su estancia en UCI la paciente recibe cobertura antimicrobiana con meropenem y doxiciclina, además de drogas vasoactivas (noradrenalina y dobutamina) que se van retirando progresivamente tras mejoría hemodinámica y cardiológica. Tras 7 días de ingreso en este servicio la paciente sale a planta. Desde el punto de vista infeccioso, permanece afebril desde segundo día de ingreso, con descenso progresivo de reactantes de fase aguda y resolución casi completa de las lesiones cutáneas. Ante excelente evolución clínica y analítica, se decide alta a domicilio con revisión en consultas externas.
JUICIO CLÍNICO:
- Fiebre exantemática a filiar (probable fiebre botonosa mediterránea)
- Shock mixto (séptico + cardiogénico) con requerimiento de estancia en UCI.
- Fracaso renal agudo.
- Coagulopatía leve.

CONCLUSIONES

Importancia de sospechar patologías y de vigilar el curso clínico de nuestros pacientes en una patología tan dinámica como la que se ve en urgencias.

P. #940

NO TODO ES VÉRTIGO

Elodia Pascual Pastor, Cristina Martínez Espert, Marta García Zurita, Laura Pérez Griñán, Alonso Rizo Guerrero, Juan García Prieto

Hospital de Manises, Manises, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 62 años que llega al Servicio de Urgencias por la mañana por presentar cefalea frontal pulsátil desde hacía 2 horas, aproximadamente. Se dirigió al centro de saludo donde se le administró diclofenaco y dexametasona intramuscular sin mejoría . Más tarde presenta un episodio emético con sensación de giro de objetos y marcha inestable. Refiere el esposo que la ve más desorientada. Como hallazgo casual desde hace 2 días presenta edema en mano derecha,diagnosticado de rizartrosis. Además refiere un cuadro de tos seca y malestar general desde hace 2 semanas, valorada en Centro de Salud hace una semana donde le pautan levofloxacino y symbicort con lo que mejora levemente aunque persiste tos seca. No ha realizado viajes recientes
La paciente presentaba como antecedentes personales episodios de vértigo periférico e hipotiroidismo. Como tratamiento la paciente tomaba serc 16 mg 1 comprimido cada 12 horas y eutirox 25 mcg 1 comprimido al día.
A su llegada a Servicio de Urgencias la Tensión sistólica (mm Hg) 135, Tensión diastólica (mmHg)73, Frecuencia cardíaca (latidos/minuto): 78, saturación oxígeno (%)98%. Eupneica en reposo
Destaca regular estado general bradilalia por dolor. Neurologicamente: Pares craneales normales. Glasgow15. Dudosos signos meníngeos (poco valorable por cefalea que presentaba la paciente)
Auscultación pulmonar y cardíaca sin alteraciones
Exploración abdominal anodina.
Edema y leve eritema en zona tenar de mano derecha dolorosa a la movilización.
Se realizan exploraciones de laboratorio donde destaca una PCR de 300, junto a una leucocitosis de 21.000 con 90% de neutrófilos y plaquetas de 122,000
Sedimento de orina negativo
Radiografía de tórax sin alteraciones.
El TAC de cerebro : Línea media centrada. sistema ventricular de morfología y calibre normal,no hemorragias ni signos de isquemia aguda,no lesiones focales, fosa posterior sin alteraciones, estructuras óseas sin alteraciones.
Durante su estancia en sala de observación la paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Clínicamente destaca el empeoramiento del estado general con desorientación y cefalea junto a cuatro vómitos. Además presenta varios picos de febrícula de 37.5ºC por lo que se decide toma de hemocultivos. Además se aplica paracetamol junto con sedante vestibular y tratamiento antiemético.
La paciente no mejora por lo que se decide reexplorarla. Destaca abundante dolor a nivel cervical con signos meningeos dudosos. otoscopia sin alteraciones
Ante la sospecha de meningitis bacteriana se realiza una punción lumbar con líquido claro. Sin embargo, en el análisis del LCR

destacaban un recuento celular elevado Aumento importante (> 1,000-5,000 células/µL) con más del 80% de neutrófilos,con proteínas Elevadas (> 100-500 mg/dL) y glucosa disminuida. Llaman de laboratorio al realizar la tinción GRAM porque se observa gran cantidad de cocos grams positivos coincidentes con una meningitis pneumocócica
Se instaura tratamiento antibiótico con ceftriaxona (2 g IV cada 12 horas) o y Vancomicina (15-20 mg/kg IV cada 8-12 horas)
Además se añada Dexametasona (0.15 mg/kg IV cada 6 horas, por 2-4 días)
Tampoco olvidemos que se mantienen antieméticos y analgesicos para el dolor.
La evolución de esta paciente fue favorable, no presentó ninguna de las complicaciones de dicha meningitis y no precisó de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES

- Durante todo el caso clínico nos hemos centrado mucho en el vértigo y poco en el dolor cervical y la fiebre. Además con unos signos meníngeos dudosos.
Ésto ha retrasado el diagnóstico varias horas.
- No se administró antibioterapia empírica, ya que el líquido cefalorraquídeo resultó ser claro, a pesar de tener una analítica completamente bacteriana. Lo que retrasó la administración de tratamiento. Las guías abogan claramente por una antibioterapia precoz

P. #946

HEMOPTISIS Y CAVERNAS EN PACIENTE CON MAI RECIDIVANTE

María Isabel Martín Estévez, Manuel Pérez Figueras, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz
Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 62 años, con antecedentes personales de bronquiectasias e infección por Micobacterium avium intracellulare (MAI) en julio de 2013, que fue tratada con rifabutina, claritromicina y etambutol hasta octubre de 2014. Tras la negativización de los esputos, la paciente tuvo un nuevo episodio de infección cavitada por MAI en febrero de 2018, que requirió ingreso, y con la que fue tratada con etambutol, claritromicina, rifampicina y amikacina hasta julio de 2019, con negativización de el esputo, mejoría radiológica y no nuevos episodios de hemoptisis hasta la fecha actual.
La paciente acude a urgencias por aumento de su tos habitual y hemoptisis no amenazante de 12h de evolución. La paciente no refería ninguna otra clínica respiratoria ni sistémica. Presentaba una exploración física sin alteraciones y constantes dentro de la normalidad. Se solicitó una analítica de sangre, una radiografía de tórax y un cultivo de esputo. La analítica resultó anodina (PCR negativa, no leucocitosis ni signos de anemia), en la radiografía de tórax se observó una imagen radiológica compatible con cavernas localizada en lóbulo superior derecho, no presentes en radiografías previas. Con el esputo pendiente y ante el estado de la paciente y sus antecedentes se decidió ingreso en neumología para estudio en mayor profundidad.
En la muestra de esputo se obtuvieron escasos bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) con aislamiento de MAI. Se amplía estudio con un TC tórax en donde se confirma la presencia de cavernas y de bronquiectasias y se realiza una broncoscopia dónde se observa sangrado en lóbulo medio pulmonar derecho que se controla mediante instilación de adrenalina. En dicha intervención se realiza un broncoaspirado en la que se aísla Klebsiella pneumoniae BLEE, con PCR para TBC negativa. Con todos estos resultados se inicia tratamiento con rifampicina, etambutol, azitromicina y moxifloxacino para MAI recidivante durante 10 días y meropenem para Klebsiella BLEE durante 14 días (tras realizar antibiograma previamente). Se pauta además terapia inhalatoria con Foster y nebulizaciones con amilkacina. Dado el control de la hemorragia, la mejoría de los síntomas, la estabilidad clínica y de las pruebas complementarias del paciente se decide alta con control clínico-radiologico en consultas externas.

CONCLUSIONES

MAI es una bacteria ambiental que puede causar infecciones pulmonares crónicas, especialmente en personas con enfermedades pulmonares o inmunosupresión. A pesar del tratamiento adecuado, la recurrencia es frecuente y representa un reto terapéutico.
Ayudar al diagnóstico temprano de MAI en urgencias es crucial para evitar retrasos en el tratamiento y prevenir complicaciones.

Pacientes con síntomas respiratorios crónicos, inmunosupresión o enfermedades pulmonares deben ser evaluados con cultivos de esputo y estudios de imagen. Identificar MAI oportunamente permite iniciar una terapia adecuada y reducir el riesgo de progresión y recidivas.
La presencia de cavernas en una radiografía de tórax debe hacer sospechar una infección micobacteriana, incluyendo MAI. Estas lesiones sugieren enfermedad avanzada y pueden estar asociadas con síntomas como tos crónica, fiebre y pérdida de peso. En estos casos, es esencial realizar estudios microbiológicos para confirmar el diagnóstico y diferenciarlo de tuberculosis u otras patologías pulmonares. La detección temprana mediante imágenes permite iniciar tratamiento oportuno, evitando complicaciones graves y reduciendo el riesgo de recidivas.
La sospecha clínica y la colaboración con especialistas facilitan una intervención precoz, mejorando el pronóstico y evitando hospitalizaciones prolongadas.

P. #956

UN CASO MÁS DE LAS CONSECUENCIAS DEL TABACO

Andrea Lorda Valle, Cristina Rey Martínez-Armero, Macarena Campos Carreras, Laura Codina Carballo, Yolanda Aranda García, Adela Florinda Braña Cardeñosa
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años, en cuyos antecendentes personales destacan ser fumadora de 30 paquetes/año y estar apendicectomizada. Acude a urgencias derivada de otro centro que no disponía de pruebas de imagen por sospecha de isquemia aguda de miembro inferior izquierdo, siendo el motivo de consulta inicial dolor abdominal y del miembro inferior izquierdo.
Previo a la sospecha diagnóstica y a la derivación, se realizó una analítica donde destaca dímero D de 17000 ng/mL
Rehistoriando a la paciente, describe cuadro de dolor abdominal de inicio súbito hace unas 12 horas que se irradia a región lumbar y posteriormente, dolor y frialdad intensa en pie izquierdo. No presenta náuseas ni vómitos ni inicio del cuadro tras la ingesta de comida.
A la exploración física, el abdomen está blando, depresible, doloroso a la palpación en meso e hipogastrio con signos de irritación peritoneal. El miembro inferior izquierdo presenta cianosis plantar con relleno capilar enlentecido e impotencia funcional en dedos, así como hipoestesia de todo el pie izquierdo.
En las pruebas analíticas, destaca, Lactato en gases 6.10 mmol/L, Creatinina 1.49 mg/dL , Proteina C-reactiva 121.9 mg/L; Hemoglobina 18.00 g/dL, Plaquetas 156.000, Leucocitos 4.83 10^3/µl I.N.R. 1.14. D Dimero 19000 ng/mL
Con la sospecha de isquemia aguda de miembro inferior izquierdo y abdomen agudo se solicita TC toraco-abdomino-pélvico y extremidades inferiores, cuyo resultado fue la presencia de una perforación gástrica probablemente debida a ulcera a dicha nivel. Hallazgos sugestivos de peritonitis. Absceso en el espacio de Douglas. Infarto renal isquémico establecido de los dos tercios inferiores del riñón izquierdo con defecto de repleción en la arteria ipsilateral. Irregularidad de la aorta abdominal y arterias iliacas compatible con una tromboangeitis obliterante (Enfermedad de Buerger). Arterias de miembros inferiores de calibre disminuido sin visualizarse la arteria tibial y peroneal izquierdas desde la mitad inferior de la pierna y la peroneal derecha desde el tercio inferior de la pierna.
Tras el informe de la TAC, se vuelve a rehistoriar dirigidamente a la paciente, que comenta ingesta durante dos semanas de ibuprofeno 600 mg cada 8 horas por un problema dental durante 15 días.
Se comenta el caso con Cirugía Vascular y General de guardia, decidiéndose intervenir únicamente la perforación gástrica en un primer tiempo e iniciar antibioticoterapia y anticoagulación a dosis terapéuticas para la peritonitis y la isquemia de miembro inferior y reevaluar a las 24h para valorar intervenir quirúrgicamente en un segundo tiempo.
Tras una buena evolución y quince días de ingreso, se decide alta a domicilio.

CONCLUSIONES

Este caso representa la sucesión de diagnósticos que podemos encontrarnos en nuestras urgencias. Muchas veces, los pacientes acuden por un determinado motivo de consultan y acaban saliendo con otro diagnóstico y tratamiento, por lo que es muy importante intentar ver al paciente desde un punto de vista más global y no centrado específicamente en lo que le ha llevado a consultar.

En este caso, tenemos varios diagnósticos:

- Isquemia de miembro inferior en relación con la enfermedad de Buerger, una vasculitis de mediano y pequeño vaso, cuyo principal factor de riesgo es el tabaquismo.
- Perforación de úlcera gástrica + peritonitis en relación con el consumo de AINES de forma prolongada y a dosis máximas diarias.
- Infarto renal, cuya etiología en este caso no queda muy clara, aunque se achacó inicialmente, tras revisando la bibliografía, a la enfermedad de Buerger, quedando pendiente un estudio más amplio durante la hospitalización.

P. #958

DOLOR ABDOMINAL AGUDO TRAS REALIZACION DE EJERCICIO INTENSO EN DOMILCIO

Jonathan Martín Gutiérrez[1], José Luis Cano Muñoz[2], Sara Alonso Lema[3]

1. Residente MFYC Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba, Cabra, España
2. Médico adjunto Dispositivo Cuidados Críticos y Urgentes, Priego De Córdoba, España
3. Médica adjunto Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Priego De Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años de edad que acude al hospital comarcal derivado por servicio de Urgencias (SU) de Priego con motivo de dolor abdominal irradiado a espalda y a escapula tras realización de press de banca en domicilio.

Alergia a medicamentos conocidos: Antiinflamatorio no esteroideo

Antecedentes personales: sin antecedentes de interés

Medicación activa: inhaladores a presión, Lorazepam 1 mg

Constante al ingreso: Tensión Arterial (TA) 160/95, Frecuencia cardiaca (FC) 77 latidos por minutos, Saturación de oxígeno (Sat O2) 95%

A la llegada dolor 9/10 según Escala Visual Analógica (EVA) a pesar de analgésicos y relajantes musculares en punto de urgencias. Exploración ACR y abdominal sin alteraciones

Se realiza ecografía no reglada a pie de cama con dudoso flash ecográfico intimal con pulsos en miembros inferiores presentes y llenos en todos los niveles corroborado con tomas de tensiones arteriales en los cuatro miembros sin cifras diferenciales mayor de 20% comparadas entre las mismas. Se solicita RX de tórax y abdomen, ecocardiograma 12 derivaciones (ECG) y analíticas.

Para control de TA se pauta captopril 25 mg sublingual y para control del dolor se pauta tramadol + paracetamol IV con resultado post analgésico 7/10 según Eva

Resultados prueba radiológica previa y ECG sin alteraciones. Resultados analíticos del hemograma, BQ y coagulación, CK-MB sin alteraciones, troponinas 3.3 y PCR 0.50.

Tras persistencia de dolor se pauta fentanilo 50 mg + perfusión de 100 mg con puntación Eva final de 3/10 decidiéndose ingreso en observación para control del dolor y vigilancia por aparición de dolor torácico.

En el área de observación se cifra SatO2 del 90% que precisa gafas nasales a 2 litros/minuto, realizándose analítica de control cuyo Dímero D es de 4400 µg/mL solicitándose Tomografía computarizada (TC) de arterias.

Avisan desde el servicio de radiología, dada la gravedad, por aneurisma de aorta y solicitan ampliación de TC abdominal.

Dicha prueba diagnóstica refleja: "Disección aortica aguda desde salida arteria subclavia izquierda (tipo B Stanford y tipo III de Bakey). Disección arteria mesentérica superior con trombosis de su tercio distal y repermeabilización de sus ramas distales con afectación del tronco celiaco. Arterias renales se originan desde luz falsa de aorta".

Tras resultado del TC se contacta con el servicio de cirugía

cardiovascular (CCV) del Hospital de referencia para solicitar y aceptar traslado emergente, donde ingresa con control de la TA con labetalol
Pasada 48 horas desde el inicio de los síntomas se inicia ingesta de alimento liquido con paso a tolerancia a dieta blanda e inicio de la movilización. Dos días después se realiza la intervención quirúrgica de reparación endovascular torácica (TEVAR) y by pass.
En Tc de control previo al alta refleja derrame pleural de nueva aparición pautando medicación y controles a tal efecto.
Al tercer día del alta acude de nuevo al SU con realización de TC describiendo cambios postquirúrgico y disección de aorta sin cambios significativos respecto al previo. Ante los resultados se trasladó al servicio de CCV donde se descartar complicaciones posts quirúrgicas.

CONCLUSIONES

La principal manifestación de la disección aortica es el dolor torácico en un 95% que define como desgarrador. Según el tipo de disección tipo A o B la localización del dolor se establece en tórax/lumbar/abdominal en el 78,9%/46,6%/21,6% y 62,9%/63,8%/42,7% respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.
En este caso al no haber una clínica clara, pero una ecografía no reglada de sospecha, el despistaje precoz por medio de TC abdominal seria determinante para el tratamiento, control de la frecuencia cardiaca y tensión arterial con betabloqueantes para mantener objetivos inferiores de 60 latidos por minutos y una TA de 120/80

P. #962

SÍNDROME CONFUSIONAL Y DISNEA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA PLÁSTICA. UN RETO DIAGNÓSTICO

Laura Pérez Griñán, Cristina Martínez Esper, Elodia Pascual Pastor, Marta García Zurita, Alonso Rizo Guerrero, Juan Fortunato García Prieto

Hospital De Manises, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años, antecedente de carcinoma infiltrante mama izquierda (MI) T1 grado I + mastectomía en 2022, portadora expansor en MI. Reintervenida 15/1/25: recambio expansor prótesis MI + lipotransferencia MI + reducción simetrizadora MD.
Síndrome ansioso-depresivo.
Tratamiento habitual: sertralina, alprazolam, diazepam, paracetamol, omeprazol, tamoxifeno 20mg al día, hidroxicina.
La paciente es valorada en urgencias tras encontrarla la hija en la cama desorientada, confusa, con discurso incoherente, si poder explicar que le ha ocurrido. La hija comentaba que desde el día antes había intentado contactar con ella por teléfono y llamando a domicilio y no contestaba, comenta además la posibilidad de sobre medicación por antidepresivos y ansiolíticos pautados.
Si que refiere la paciente que 2 días antes le habían intervención de una cirugía plástica de mama con lipoinjerto.
Exploración física: Temperatura 36,7°C. Tensión arterial 108/72mmHg. Frecuencia cardíaca 108 latidos por minuto. Saturación de oxígeno 89% aire ambiente (se coloca oxigenoterapia con gafas nasales a 2l), glucemia capilar 101 mg/dl. Consciente, desorientada con discurso incoherente. Pupilas isocóricas con tendencia a mióticas pero reactivas a la luz. Obedece órdenes sencillas. Movilizaciones de extremidades y sensibilidad sin alteraciones. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: roncus diseminados, con crepitantes bilaterales. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venos profunda.
Gasometría venosa: pH 7.51, pCO2 31, Sodio 131, potasio 3.1, Glucemia 125, lactato 1,7 mmol/L, hematocrito 42%, bicarbonato 24.8, exceso de bases 2.3
Electrocardiograma: taquicardia sinusal.
Bioquímica: Urea 26 mg/dl, Creatinina 0.97, Filtrado Glomerular 65, Creatinquinasa 1124, Proteína C reactiva 158, GOT 204, GPT 77, NT-proBNP 1108, Leucocitos 6.220, Hemoglobina 12.2, plaquetas 140.000.
Coagulación básica sin alteraciones.
Orina sin alteraciones, benzodiazepinas positivas.
Radiografía de tórax: buena aireación bilateral con infiltrados intersticiales bilaterales y consolidación alveolar de predominio en base izquierda y parahiliar derecha
Tomografía computarizada (TC) craneal: sin alteraciones significativas. Meningioma calificado 8x6mm.
Test rápido covid y gripe negativos. Antigenuria para neumococo y llegionela negativos.
Durante su estancia en urgencias la paciente pasa a observación, se monitorizan constantes, se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona, corticoterapia y tratamiento broncodilatador,

además de fluidoterapia.
Posteriormente presenta empeoramiento clínico con aumento de trabajo respiratorio y desaturación por lo que se coloca ventilación mecánica no invasiva y ante posible sincope, se solicita angioTC para descarta TEP.
Angio-TC describe múltiples consolidaciones periféricas y panlobal con , patrón de empedrado, que ante el antecedente de infiltración de lipoinjerto en mama izquierda 2 días antes, son compatibles con tromboembolismo pulmonar graso, no pudiendo descartar neumonía por COVID/bronconeumonía bacteriana.
La paciente ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos con soporte ventilatoria invasivo hasta mejoría clínica, por lo que pasa a Medicina Interna evolucionando favorablemente.

CONCLUSIONES

El síndrome de embolia grasa es una consecuencia clínica infrecuente, severa y poco comprendida que se presenta como un desorden multisistémico, afectando principalmente a cerebro y pulmón. Tiene una gran variedad de asociaciones, siendo las más frecuentes fracturas de huesos largos y daño del tejido blando debido a traumatismo grave. Las causas no traumáticas pueden estar vinculadas a procedimientos (liposucción, biopsia y trasplante de médula ósea o renal, transfusión sanguínea), enfermedades (quemaduras, osteomielitis, pancreatitis, cetoacidosis diabética, esteatosis hepática, alcoholismo o hepatitis) y drogas (corticoides, anestésicos inhalados, ciclosporina A o nutrición parenteral total rica en ácidos grasos). En cuanto al diagnóstico diferencial, en este caso, la ausencia de fiebre, leucocitosis y test rápidos negativos podrían descartar neumonía bacteriana/COVID. El uso de benzodiazepinas, podrían explicar la confusión, pero no el resto del cuadro respiratorio.
Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar en urgencias para identificar complicaciones postquirúrgicas raras y potenciales mortales, siendo importante una identificación temprana, manejo inicial adecuado y soporte ventilatoria avanzado.

P. #969

NO TODA DISNEA EN INTOXICADO ES UNA BRONCOASPIRACION

Irene Inglés Mancebo, Laura Viaño Iglesias, Andrea González Morante, Sara Solis Moreno, Marina Sobreviela Albacete, Sonia López Lallave

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años traída por el SUMMA por bajo nivel de consciencia y disnea con saturación basal 85% y febrícula de 37.7. Su acompañante refiere días previos tos con expectoración verdosa, y consumo de benzodiacepinas por ansiedad.
Se trata de una mujer fumadora, consumidora de alcohol en tratamiento con fentanilo transdermico y benzodiacepinas por múltiples dolores y cuadros de ansiedad. La paciente a su llegada se encuentra somnolienta e imposibilita la historia clínica. Objetivamos en su historia reciente cambio de medicación de tapentadol por fentanilo. Pautamos una ampolla de flumazenilo y naloxona con escasa respuesta. Al realizar radiografía de tórax portátil, por sospecha de infección respiratoria en el contexto de broncoaspiración secundario al bajo nivel de consciencia, se objetiva neumotórax derecho moderado, por lo que se interconsulta con cirugía y se decide tubo de tórax con posterior ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

Me parece un caso muy interesante dado que en Urgencias atendemos todos los días pacientes que en contexto de intoxicaciones o deterioros cognitivos presentan broncoaspiraciones. En esta paciente, lo inicial era pensar que se trataba de algo infeccioso dados los síntomas que relataba el acompañante. No obstante, lo destacable en este caso está en la exploración física del paciente: taquipneica, desaturación, murmullo vesicular abolido en hemicampo derecho y escasa mejoría con aerosolterapia y corticoterapia.
Ante un paciente con bajo nivel de consciencia, y falta de colaboración es fundamental realizar una exploración completa, y no caer en la rutina.

P. #972

CEGADOS POR LA PROCALCITONINA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SHOCK

Marta Guillamón Caixàs, Anna Felip Palaus, Marc Monteagudo Gimeno, Mar Domingo Dalmau, Anna Gill Martínez, Domingo Sanfiel Zurita

Hospital Santa Caterina (Institut d'Assistència Sanitària), Salt, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual:
Dolor abdominal de 24 horas de evolución con vómitos y diarrea sin productos patológicos.
Antecedentes de interés:
Hombre de 75 años. Ex-fumador, hipertenso y dislipémico. Antecedente de neoplasia de vejiga tratada con prostatectomía radical y radioterapia, libre de enfermedad.
Exploración física:
Paciente afebril con bradicardia a 58lpm. Saturación basal 98%. Frecuencia respiratoria 25 rpm. Tensión arterial 95/55mmHg. Auscultación normal y abdomen anodino. Sin otros hallazgos.
Actitud inicial:
Con qSOFA de 2 y NEWS2 de 5, se activa código sepsis pese a paciente afebril. Se colocan 2 vías periféricas y sondaje vesical y se recogen cultivos de sangre, heces y orina. Se inicia resucitación con cristaloides y cobertura antibiótica empírica para foco infeccioso abdominal con piperacilina-tazobactam.
Pruebas complementarias:
La radiografía de tórax no muestra condensaciones y el electrocardiograma presenta QS en cara septal con infradesnivel del ST en V3 y V4.
Se obtiene analítica con leucocitosis de 25k/mcL, PCR de 20.5mg/dl, procalcitonina >100 y leve alteración del perfil hepático con patrón mixto. Se objetiva creatinina de 2,95mg/dl (filtrado glomerular de 19,8ml/min) y urea 90.1mg/dl junto con sedimento de orina patológico. La gasometría muestra acidosis metabólica y lactato de 62mg/dl.
La ecografía a pie de cama evidencia hidronefrosis izquierda, la tomografía axial computerizada no añade otros hallazgos.
Evolución:
Por persistencia de anuria y TAM<65mmHg durante las primeras 3 horas de observación pese a fluidoterapia a 30ml/kg, se inicia perfusión de noradrenalina en urgencias. Ante hipotensión sin fiebre ni taquicardia y electrocardiograma con alteraciones de la repolarización, se amplía estudio con troponinas que presentan elevación inicial de 86 a 352pg/mL. Comentado con cardiología, se considera la elevación del marcador miocárdico secundaria a la sepsis y se prioriza el tratamiento del foco infeccioso. El paciente ingresa en semicríticos y se realiza nefrostomía izquierda, retirando drogas vasoactivas 3 días después del procedimiento.
A los 4 días de ingreso y tras pico de troponinas a 6000pg/ml, se realiza ecografía cardíaca que diagnostica infarto subagudo de miocardio y disfunción ventricular moderada-severa con fracción de eyección (FEVI) del 37% que se recupera parcialmente (hasta el 53%) durante el ingreso.
El paciente se alta a los 18 días con medicación para insuficiencia cardíaca con FEVI deprimida, pendiente de ampliar estudio con cardiología.

CONCLUSIONES

El caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial del shock así como la identificación y manejo precoz de su causa.
Por un lado, se expone un shock séptico atípico sin fiebre en qué las escalas de screening resultan cruciales para identificar la gravedad del cuadro en triaje. Asimismo, el SOFA calculado de 7 y los niveles elevados de procalcitonina y lactato anticipan la necesidad de drogas vasoactivas e ingreso en unidad de intensivos. También se ilustra la necesidad del drenaje del foco para la resolución del cuadro.
Por otro lado, se presenta un shock cardiogénico concomitante que probablemente se infravaloró ante la gravedad de los parámetros sépticos. La revisión del caso sirve para preguntarnos hasta qué punto influye la procalcitonina a la hora de identificar la causa del shock y plantearnos si el paciente se hubiera beneficiado de una ecocardiografía más temprana y el uso de inotropos como la dobutamina. Con todo, cabe recordar que la sepsis es posible causa de shock cardiogénico y que la procalcitonina se eleva también en casos de hipoperfusión sistémica. En este sentido, la bibliografía apoya que niveles muy augmentados de este biomarcador se relacionan más con la severidad del shock que con la etiología infecciosa del mismo.
En conclusión, el caso realza la necesidad del tratamiento integral ante el fracaso multiorgánico que conlleva la sepsis y enfatiza la obligación de descartar siempre otras posibles causas concomitantes del shock.

P. #977

UN MALESTAR GENERAL QUE FUE MÁS DE LO QUE PARECIA. PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VIH QUE SE TRASLADÓ PARA ECMO

María Del Carmen Canóniga Gómez, Marta Puigcercós Teixell
Hospital Moises Broggi, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años residente en España desde hace 7 meses.
Sin alergias medicamentosas conocidas, ni antecedentes patológicos.
Acude a urgencias vía SEM por cuadro de disnea y fiebre, con diaforesis profusa nocturna y disnea progresiva hasta volverse en reposo.
Refiere visita al centro de atención primaria 8 días antes, por cuadro clínico de 1 mes con expectoración purulenta, mal estar general, escalofríos, perdida de 10Kg en el último mes, tiritona franca por la noche que empeora en los últimos 4 días, con empeoramiento de la disnea.

CONCLUSIONES

• Analítica: Leucos 10630 // Hg 10,4 // plaquetas 245,000 // INR 1,22 // Creatinina 0,8mmol/L // FG >90ml/min // Sodio 132mmol/L // Potasio 3,6mmol/l // PCR 154,84mg/L
• Gasometría arterial: Ph 7.495, PCO2 26,1mmHg, O2 133,0mmHg, HCO3 23,5mmol/L, Lactato 2
• Rx tórax: Infiltrados bilaterales difusos
- Virus respiratorios de COVID y gripe negativos
- Serología VIH: Positiva Categoría C3, +CD4 nadir 24 (4,7%). Cociente 0,06. CV Zenit 1277849cop/ml
- No coinfección VHB ni VHC
- ETS: Sífilis latente
- Citomegalovirus positivo con 395ul/ml copias
Ante los primeros hallazgos se decide inicio de antibioterapia con ceftriaxona y azitromicina, ante persistencia de necesidad de oxigenoterapia de alto flujo, se comenta el caso con la unidad de cuidados intensivos, para el inicio de gafas nasales de alto flujo.
Se inicia tratamiento con CNAF y cobertura con piperaciclina-tazobactam y tratamiento con cotrimoxazol y corticoides sistémicos, además de glanciclovir por CMV positivo en sangre.
A los 3 días de inicio de CNAF, y con mejoría clínica, únicamente persiste de tos no productiva y disnea de esfuerzo, el paciente es altable a unidad de hospitalización con gafas nasales a 2Lx'.
A los 6 días, presenta un nuevo episodio de desaturación, con bacteriemia franca, episodio febril y taquipnea. Se inicia cobertura antibiótica con ertapenem y daptomicina. Con reingreso en UCI.
Conclusiones:
De inicio se decide la solicitud de serologías en base al proyecto "Urgències VIHgila" ante la sospecha inicial de neumonía. Con un resultado positivo posterior, en paciente de reciente diagnostico con CD elevado y por tanto inmunodepremido, sin control terapéutico, el cual se inicia durante su estancia en UCI.
Paciente de 27 años, sin previos antecedentes, con cuadro de disnea progresiva y malestar general. Perdida de peso y tiritonas nocturnas. Que a su llegada a urgencias requiere de mascarilla reservorio para mantener saturaciones de oxigeno de 95%, previas basales de 58% con cianosis central, lo que nos hace indicar estado de insuficiencia respiratoria, con posterior alteración de la analítica sanguínea y gasometrías venosas.
Paciente con altos requerimientos de oxigenoterapia con inicio de CNAF con FiO2 de 0,8, que finalmente termina en intubación orotraqueal, con ventilación mecánica, con leve mejoría del patrón ventilatorio.
Por lo que se decide traslado para canular ECMO, e iniciar tratamiento. Se dice dado que la ECMO, está indicada en casos de insuficiencia respiratoria donde los tratamientos convencionales no han sido lo suficientemente efectivos como para recuperar al paciente.
Desde "Urgències VIHgila", se inicia una detección precoz, y, por tanto, un diagnostico precoz para mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.
Este diagnóstico precoz, nos facilita un tratamiento más idóneo y focalizado en la recuperación del paciente, con especial interés en que se trata de un paciente inmunodeprimido, con las complicaciones posteriores que hemos ido viendo a lo largo del caso clínico, descrito anteriormente.
Es por ello, que una detección precoz desde el servicio de urgencias, garantiza una previsión de posibles complicaciones, una línea de tratamiento más adecuada, y sobre todo un inicio precoz del tratamiento para el VIH.

P. #992

DOCTOR, TENGO LUMBAGO

Laura Viaño Iglesias, Marina Sobreviela Albacete, Marta Herranz López, Ana Herrera Marinas, Lucía Salgado Pérez, Irene Inglés Mancebo

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años, hipertenso, diabético y dislipémico, exfumador y ex consumidor de alcohol, con ingreso en cardiología 3 meses antes por primer episodio de flutter auricular con FEVI severamente reducida, coronariografía con presencia de enfermedad severa de dos vasos, decidiéndose revascularización diferida para optimizar función ventricular, actualmente anticoagulado con acenocumarol.

Acude al Servicio de Urgencias hasta en 3 ocasiones por dolor lumbar irradiado a glúteo izquierdo, de inicio progresivo hace 3 semanas, de perfil mecánico y con aumento progresivo de limitación a pesar de analgesia de segundo escalón y asociando pérdida de fuerza en miembros inferiores, sin pérdida de control de esfínteres, con estreñimiento de 8 días de evolución que el paciente asocia al dolor con el esfuerzo defecatorio.

A la exploración física presenta hipotensión arterial mantenida (90/60 mmHg), sin fiebre, con exploración neurológica normal, sin disminución de fuerza contra resistencia ni alteración de la sensibilidad distal ni a nivel inguinal. A nivel lumbar presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral izquierda.

Se administra tratamiento analgésico en Urgencias y se realiza radiografía lumbo-sacra que no muestra lesiones. Ante la ausencia de mejoría, así como la limitación progresiva del cuadro (paciente previamente independiente para todas las actividades básicas que desde hace una semana realiza micción encamado por el dolor) se amplia estudio con análisis de sangre que objetiva 16890 leucocitos a expensas de neutrófilos, elevación de proteína C reactiva (458 mg/L) y lactato (2,24 mmol/L) y gasometría venosa con acidosis metabólica.

Ante sospecha de cuadro séptico se realiza tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con hallazgo de absceso en musculatura paravertebral a nivel de espacios discales L3-L5 con disminución significativa del canal central con compresión y laterodesviación derecha del saco tecal en espacio L3 y L4 con posible espondiloartritis izquierda L4 asociada, que requiere estudio mediante resonancia magnética para confirmación.

Con el diagnóstico de shock séptico de origen paravertebral y posible espondiloartritis, se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro e ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos para monitorización invasiva, requiriendo soporte con fármacos vasoactivos y reversión de anticoagulación por coagulopatía con INR indetectable. Como complicación durante el ingreso presentó episodio de flutter con repercusión hemodinámica, con cardioversión farmacológica eficaz.

Tras completar estudio con resonancia magnética (RM) lumbar se observa extensión intrarraquídea del absceso conocido, con colección epidural lumbar a lo largo de los niveles L2 a L5 que condiciona estenosis grave de canal y parece ser más extenso que en TC inicial, así como signos de artritis facetaria L3-L4 izquierda que sugieren foco de origen del proceso infeccioso.

Tras dichos hallazgos, encontrándose el paciente hemodinámicamente el paciente fue trasladado a cargo de neurocirugía para tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

La artritis facetaria es un proceso infeccioso poco común y que más frecuente se presenta en región lumbar unilateral, habitualmente en relación con procedimientos invasivos ya sean diagnósticos o terapéuticos, en paciente con factores de riesgo (comorbilidades de riesgo cardiovascular, consumo de alcohol o inmunosupresión).

Es habitual que asocie fiebre además de clínica típica de dolor y síntomas radiculares por compresión directa.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante RM y aunque el tratamiento inicial es antibioterapia intravenosa puede ser necesario desbridamiento quirúrgico ante la presencia de síntomas compresivos o drenaje si existe absceso asociado.

Es importante atender a los signos de gravedad, como en este caso hipotensión arterial persistente o limitación física progresiva, que motivó la ampliación de estudios y así un diagnóstico adecuado y el inicio de tratamiento temprano.

P. #1006

DESAFIANDO NORMAS: EXPLORANDO LA HIPOTENSIÓN PERMISIVA COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Natalia Hernández Peña, José Baena Mira
Hospital Insular Gran Canaria, Las Palmas, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Disnea.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, fumadora.
Anamnesis:
Paciente mujer de 76 años que acude a urgencias por trabajo respiratorio.
La paciente consulta esta semana en Atención Primaria por lumbalgia. Hoy acude su hija al domicilio y la encuentra somnolienta, con trabajo respiratorio y pérdida de control de esfínter, se desconoce si presentó síncope previamente. Niega fiebre, tos, expectoración, dolor torácico, palpitaciones, dolor abdominal, náuseas, vómitos, cambios en el hábito intestinal ni clínica miccional.
Exploración física:
TA: 98/42 mmHg, FC 92 lpm, FR 40 rpm, SaO2 95%, FiO2 21%, Glucemia: 131 mg/dl, Temperatura 36.8°C.
Mal estado general, hipotensa, taquipneica, somnolienta, Glasgow 14.
Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular disminuido con roncus y crepitantes bilaterales.
Abdomen: Ruidos presentes, blando, depresible, no masas ni megalias, no dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal.
Extremidades inferiores: livideces, pulsos femorales presentes y simétricos, no signos de trombosis, no edemas.
Pruebas complementarias:
Analítica: hemoglobina 11.5 g/dL, leucocitos 26.500/µL, neutrófilos 22.300/µL, plaquetas 208.000/µL, índice de Quick 77%,creatinina 1.55 mg/dL, filtrado glomerular 32 ml/min, sodio 132 mmol/L, potasio 4.5 mmol/L, bilirrubina 0.72 mg/dL, GPT 33.2 U/L, GOT 66 U/L, GGT 122 U/L, fosfatasa alcalina 81.7 U/L, LDH 298 U/L, proteína C reactiva 33.99 mg/dL, procalcitonina 15.21 ng/mL, lactato 8.32 mmol/L, tóxicos negativos.
Gasometría arterial. pH 7.33, pCO2 30 mmHg, pO2 72 mmHg, HCO3 14 mmol/L, exceso de base -7
Radiografía de tórax: consolidaciones multilobares.
TAC cerebral: arteriopatía de pequeño vaso.
TAC aorta: extenso hematoma retroperitoneal derecho, identificando pseudoaneurisma lobulado dependiente de la arteria iliaca interna derecha, sin poder descartar signos de sangrado activo.
Evolutivo:
Paciente que acude somnolienta y con trabajo respiratorio. El único dato relevante es la consulta en Atención Primaria por lumbalgia.
A su llegada hipotensa, taquipneica, somnolienta y con auscultación patológica por lo que inicialmente se sospecha de sepsis de origen respiratorio.
Se monitoriza, se canalizan dos vías periféricas de grueso calibre y se realiza sondaje vesical para control de diuresis horaria. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y suero fisiológico calculado a 30 ml/kg en la primera hora, además de corticoterapia y broncodilatadores para mejorar la ventilación de la paciente. Se calcula el exceso de base y se administra la mitad con control gasométrico posterior.
Tras las pruebas iniciales se confirma neumonía multilobar. Sin embargo, llama la atención la taquipnea asociado a livideces desde medio abdomen hasta miembros inferiores. La paciente había consultado por dolor lumbar previamente por lo que se solicita TAC aorta por sospecha de síndrome aórtico agudo.
Se informa de pseudoaneurisma lobulado dependiente de la arteria iliaca interna derecha sin poder descartar signos de sangrado activo.
Debido a lo anterior, si bien el objetivo inicial era tensión arterial media superior o igual a 85 mmHg, se mantiene a la paciente en hipotensión permisiva para evitar shock hipovolémico, con diuresis registrada >1 ml/kg/h.
Se contacta con cirugía vascular para traslado a quirófano urgente.
Juicio diagnóstico:
Sepsis de origen respiratorio SOFA 3 puntos.
Hematoma retroperitoneal derecho secundario a pseudoaneurisma arterial iliaca interna derecha.

CONCLUSIONES

La normalización de la presión arterial sin el control de la fuente de sangrado puede originar un incremento del mismo.
En relación a la atención al paciente politraumatizado, se ha estudiado la reanimación hipotensiva que pretende asegurar una perfusión crítica de órganos vitales sin afectar a la función de los mismos y hasta que se controla la fuente de sangrado.
Los beneficios teóricos de esta estrategia consistirían en mantener una perfusión óptima de los tejidos con el fin de evitar la disrupción del coágulo, minimizar la hipotermia, la dilución de factores de la coagulación y las pérdidas sanguíneas por focos no controlados.

P. #1016

DOLOR TORÁCICO SÚBITO CON DÍMERO D ELEVADO. DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Max Alexander Encarnacion Minaya, Teodora Nanu Pop, Carlos Alberto Romero Ibáñez, Elisa Margarita Blanco Llanos, Marco Marra Marcozzi

Hospital Sanitas CIMA, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 37 años sin antecedentes patológicos de importancia, fumador activo de 10-20 cigarrillos por día desde hace 15 años, no hábitos tóxicos, no antecedentes familiares a nivel cardiovascular y sin tratamiento habitual. Acudió a urgencias por sus propios medios refiriendo dolor torácico intenso que inició en reposo de una hora de evolución a predominio de hemitórax izquierdo de características opresivas e irradiado hacia la zona dorso lumbar con diaforesis profusa, refería además sensación de parestesias a nivel de extremidad inferior derecha.

Es trasladado al box de emergencias del hospital y ante la sospecha de probable cardiopatía isquémica se procede a toma de constantes, realización de electrocardiograma (ECG) y monitorización.

A la exploración física: Tensión arterial de 130/44mmhg, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, saturación de oxígeno en 99%, frecuencia respiratoria de 15.

A nivel neurológico no signos de focalización. Auscultación cardiaca con ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Extremidades superiores e inferiores, pulsos y reflejos presentes, sin signos de trombosis venosa.

Se canaliza vía periférica y se administra paracetamol 1gr y metoclopramida 10mg endovenoso. El ECG se aprecia un ritmo sinusal, correcta progresión de la onda R, no alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax portátil no presenta imágenes de condensación, senos costofrénicos libres. Dada la persistencia del dolor se procede a la administración de nitroglicerina sublingual con mejoría significativa del dolor y permaneciendo en todo momento hemodinámicamente estable. Se mantiene al paciente en observación con buena evolución.

Se reciben posteriormente los resultados de la analítica de urgencias donde en el hemograma destaca leucocitosis de 20,000 a predominio de neutrófilos, bioquímica con función renal conservada, no aumento de reactantes de fase aguda, no elevación marcadores de daño miocárdico y dimero D de 5480 ng/ml (valor normal inferior de 500).

Ante la probable sospecha de tromboembolismo pulmonar vs dolor torácico de origen cardiovascular se procede a la realización de Angio TAC torácico el cual describió una disección aórtica tipo A de Stanford con extensión a la aorta abdominal.

Se realiza ecocardiograma transtorácico donde se describen cavidades normales, contractibilidad biventricular conservada, válvula aortica trivalva normal, jet de insuficiencia aortica central moderado, flap de disección en aorta ascendente hasta raíz y aorta diafragmática, luz verdadera igual a la falsa sin objetivar puerta de entrada.

Se contacta con hospital de mayor complejidad para traslado y valoración quirúrgica urgente donde se le realizó resuspensión de válvula aórtica abierta con recambio de aorta ascendente y arco hasta zona 2 con prótesis Thoraflex y posterior reimplante de tronco braquiocefálico y carótida izquierda con exclusión de subclavia izquierda.

El paciente presentó buena evolución post operatoria, se realizó Angio TAC al alta donde se describió disección de aorta que alcanza iliacas comunes y arteria renal derecha disecada en región proximal con buena permeabilidad distal. Actualmente el paciente realiza controles por consultas externas, refirió en una de ellas que era consumidor habitual de cocaína sin especificar cantidad y se encuentra asintomático a nivel cardiovascular salvo un dolor leve residual a nivel de zona gemelar de pierna derecha.

CONCLUSIONES

-Según estudios cerca del 50% de los pacientes con disección de aorta fallecen antes de ser diagnosticados en el hospital.

-El diagnóstico temprano y certero de una disección aortica depende de un alto grado de sospecha clínica en asociación con algoritmos para la utilización de exámenes invasivos y no invasivos que permitan establecer el diagnóstico definitivo.

-Un valor de dímero D muy elevado en pacientes con dolor torácico agudo sin alteraciones electrocardiográficas, dificultad respiratoria y sin aumento de marcadores de daño miocardio debería hacernos sospechar de un probable síndrome aórtico agudo.

P. #1020

ARTRITIS MENINGOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Leticia Fresco Quindós, Natalia Miota Hernández, Marta Masso Muratel, Daniel Repullo Merchán, María Jesús Castaño Suero, Sara Isabel Dos Santos

Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 41 años de edad sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias por fiebre de 39°, odinofagia, cefalea y dolor generalizado de 48 h de evolución. Refiere dolor más localizado a nivel del tobillo derecho. A nivel urinario, orina oscura sin disuria ni polaquiruia ni secreción uretral. Predomina el dolor a nivel del pie derecho a la movilización activa y pasiva, así como impotencia funcional del tobillo derecho. No traumatismos previos.

A su llegada a urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, normotenso PAS 113, PAD 64, FC 110, Saturación O2 basal 98%, FR 28 rpm, febril a 38,3. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos sin soplos audibles. Auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, Murphy negativo, no se palpan masas ni megalias, peristaltismo conservado, ruidos presentes. No signos de irritación peritoneal. NRL consciente y orientado en 3 esferas, no déficits neurológicos, no signos meníngeos. A nivel cutáneo destaca pie derecho edematoso con pequeño hematoma a nivel de tobillo derecho, con impotencia funcional. No eritema, no puerta de entrada.

*Analítica: PCR 27 mg/dL, función renal conservada (FG>90%, creatinina 0,81 mg/dL), ionograma sin alteraciones. Hemograma con leucocitosis 11,240, hemoglobina 13,6 g/dL, hematocrito 41%, plaquetas 124000, neutrófilos 9230, Dímero D 2520 ng/mL. Sedimento de orina negativo. Se extraen hemocultivos.

Se solicita valoración por Traumatología que realiza artrocentesis de tobillo derecho, obteniendo líquido purulento compatible con artritis séptica (proteínas en líquido articular 45 g/L, glucosa 5 mg/dL, 90% de neutrófilos), por lo que se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y se realiza desbridamiento urgente en quirófano.

A las 13 h de la extracción, se aisla en hemocultivos la presencia de diplococos gram negativos compatibles con Neisseria meningitidis así como su presencia también en líquido articular. Se trataba por tanto de una sepsis meningocócica con afectación articular. Se mantuvo antibioterapia con ceftriaxona y se decidió ingreso en UCI para monitorización y aislamiento.

Durante su estancia en la UCI se mantuvo estable hemodinámicamente y sin fracaso orgánico, sin presentar signos meníngeos. Se realizó TAC craneal que fue normal y se intentó en dos ocasiones realización de punción lumbar para obtención de LCR pero no fueron exitosas. Completó tratamiento antibiótico con ceftriaxona a dosis altas (2g/24h) vía endovenosa.

El paciente presentó una correcta evolución clínica, con desaparición de la fiebre, descenso de reactantes de fase aguda y mejoría de la impotencia funcional, desaparición de signos flógoticos de tobillo derecho y correcta evolución de herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

- Con poca frecuencia la bacteriemia por Neisseria meningitidis puede ocasionar una artritis séptica, en particular los serogrupos C y W, en adolescentes y adultos jóvenes.
- La artritis meningocócica es una de las manifestaciones poco frecuentes de la infección por Neisseria meningitidis. En ocasiones, puede aparecer como un caso primario sin verse afectación neurológica ni manifestaciones cutáneas.
- Esta artritis séptica se encuentra entre el 1,6-16% de los casos de infección meningocócica, un 50% en niños y un 11% en adultos. Se aisla en el líquido articular en el 1% de las artritis sépticas.

P. #1031

ABSCESO AMEBIANO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DIARREA

Rosa María Nieto Ortiz, Almudena Villa Marti, María Isabel Puca Briones, Miriam Sánchez Vicente

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 48 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por diarrea de tres meses de evolución, inicialmente 4-5 deposiciones diarias semilíquidas empeorando en los últimos 10 días, asociadas ocasionalmente a sangre rojo vinosa en poca cantidad y mucosidad sin pus. No dolor abdominal. No náuseas ni vómitos. Asismismo, en los últimos 10 días presenta fiebre de hasta 39ºC, de predominio vespertino, astenia, anorexia y pérdida de 4kg de peso. Relaciones sexuales de riesgo hace 8 meses y hace mes y medio sin clínica genital. No viajes recientes al extranjero. No ambiente epidemiológico. No relación con comida en mal estado.
Exploración física sin hallazgos de interés; buen estado general, febril al tacto, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, sin signos de peritonismo. Tacto rectal negativo.
Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, elevación marcada de reactantes de fase aguda y discreta elevación de enzimas hepáticas. Radiografías de tórax y abdomen sin hallazgos de interés. Por tanto, decidimos solicitar TAC abdomen urgente donde se aprecia gran colección hepática con engrosamiento mural y realce en anillo sugestivo de absceso amebiano.
Se inicia cobertura antibiótica empírica con metronidazol, ceftriaxona y vancomina, al no poder descartar que se trate de un absceso piógeno y se solicita a Radiología vascular intervencionista colocación de drenaje percutáneo con salida de material purulento con aspecto de pasta de anchoas.
En coprocultivos extraídos en Urgencias finalmente se aísla Entamoeba histolytica y toxina de Clostridium difficile.
Tras esto, evolución muy favorable, desaparición de la fiebre y la diarrea y reducción significativa del tamaño del absceso en controles radiológicos, con posibilidad de retirada del drenaje tras varios días por ausencia de debito. De cara al alta se mantiene metronidazol hasta completar tres semanas y, posteriormente se asocia amebicida intraluminal durante siete días con resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

Destacar la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial con cada paciente que viene a Urgencias, con una adecuada y correcta anamnesis así como destacar la importancia de extraer las pruebas microbiológicas necesarias antes de iniciar una cobertura antibiótica empírica que pueda confundirnos en el diagnóstico.

P. #1040

ANEURISMA YUGULAR

Elena Asensio García, Lia Araújo Reis, Marta Encabo Pérez, Carlota Clemente Callejo, Enrique Del Toro Daza

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 33 años con antecedente personal de Lupus eritematoso sistémico (LES) sin tratamiento actual, que acude a Urgencias por tumefacción latero-cervical izquierda de horas de evolución. Actualmente, sin tratamiento anticonceptivo. Asocia odinofagia, disfagia para sólidos y empeoramiento de disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos de semanas de evolución. Se mantiene afebril sin signos de insuficiencia respiratoria. A la exploración presenta tumoración pétrea dolorosa a la palpación en región cervical antero-lateral izquierda sin fluctuación ni necrosis. Se realiza fibrolaringoscopia sin compromiso de vía aérea. Analíticamente, presenta leucocitosis con neutrofilia sin elevación de proteína C reactiva. Se realiza radiografía de tórax sin alteraciones significativas.
Ante la aparición de tumoración de evolución aguda, se decide realizar TC cervical con hallazgo de aneurisma sacular/flebectasia de la vena yugular externa derecha secundaria a trombosis de la misma, cercana a su desembocadura en la vena subclavia. Se completa estudio con Angio-TC de tórax y ecocardiografía a pie de cama, descartando tromboembolismo pulmonar y observándose leve derrame pericárdico y derrame pleural derecho de nueva aparición.
Por todo lo anterior, se inicia tratamiento con corticoide intravenoso y anticoagulación a dosis terapéuticas. Se decide ingreso en Medicina Interna con diagnóstico de sospecha de brote de Lupus eritematoso sistémica con serositis (pericárdica y pleural).

CONCLUSIONES

El LES es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica (afecta a piel, cerebro, pulmones, riñones y vasos sanguíneos) caracterizada por la producción de autoanticuerpos nucleares. La enfermedad suele ocurrir en mujeres jóvenes. El curso de la enfermedad es muy variable, pero se caracteriza por cursar en exacerbaciones.
La serositis es uno de los criterios del Colegio Americano de Reumatología para la clasificación del LES. La serositis se refiere a la inflamación de las membranas serosas que incluyen el pericardio, pleura y peritoneo, pudiendo provocar acumulación de líquidos. Si bien, se trata de una afectación rara. Algunos estudios establecen como factores de riesgo para desarrollar serositis los siguientes: fiebre >38°C, niveles de D-dimero elevados y niveles bajos de C4.
La afectación pulmonar es frecuente y se observa en el 50-70% de los pacientes con LES e incluso puede ser el debut de la enfermedad en el 4-5% de los casos. La afectación pleural suele cursar con dolor torácico, disnea, fiebre y tos. El derrame pleural aparece en el 30% de los casos de LES con afectación pulmonar. El derrame pleural puede deberse a una pleuritis autoinmune primaria, pero debemos llevar a cabo el diagnóstico diferencial

con otras patologías que pueden presentar síntomas similares; como son la embolia pulmonar, derrame paraneumónico, infecciones virales, …
La pericarditis aguda es la manifestación cardiaca más frecuente en el LES. Alrededor del 25% de los pacientes desarrollan pericarditis sintomática a lo largo de la enfermedad. Los síntomas más frecuentes con los que cursan son: taquicardia, dolor torácico subesternal o precordial y disnea. Lo más frecuente es que asocien pleuritis.
Por todo lo anterior, ante un paciente con LES que consulta por disnea es fundamental tener un alto nivel de sospecha clínica de afectación de serositis. La serositis no produce elevación analítica de parámetros inflamatorios, ni alteración hematológica salvo anemia microcítica. No presenta ni clínica neurológica, cutánea o articular.
Los pacientes con LES tienen un mayor riesgo de desarrollar trombosis, pudiendo llegar a ocurrir en el curso de la enfermedad hasta en el 50% de los pacientes. Algunos de los factores de riesgo para desarrollar trombosis en pacientes con LES son: edad avanzada, fumadores activos, tratamiento anticonceptivo y presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, entre otros.
Por todo lo anterior, se trata de una etiología excepcional, pero a tener en cuenta en pacientes con LES que presenten síntomas de disnea de nueva aparición.

P. #1046

MENINGOENCEFALITIS COMO COMPLICACION DE UNA OTOMASTOIDITIS: LA IMPORTANCIA DE UNA RAPIDA ACTUACION EN URGENCIAS

Ana Navarro Robles[1], María Isabel López López[2], Elena Guzón Rementería[3]

1. Hospital Valle del Guadalhorce, Málaga, España
2. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Málaga, España
3. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes clínicos de interés que acude a Urgencias por segunda vez en una semana por cuadro de otalgia supurativa secundaria a otitis externa, fiebre de hasta 39º y cefalea holocraneal opresiva que no cede pese a tratamiento con antitérmicos, AINES y ciprofloxacino ótico. Desde el día anterior refiere además vómitos alimenticios y debilidad generalizada. A su llegada a las Urgencias el paciente presenta regular estado general mostrándose consciente, orientado en las 3 esferas y colaborador. Sequedad de mucosas. Tensión Arterial de 139/83 con Frecuencia Cardiaca de 122 latidos por minuto, Saturación de Oxígeno en sangre del 96% basal y temperatura axilar de 38º. Otoscopia izquierda sin alteraciones y derecha con signo de trago positivo, edema y exudado verdoso en conducto auditivo externo sin poder visualizar membrana timpánica. Exploración Neurológica con PICNR, MOECs, pares craneales conservados, no déficits sensitivos ni motores en los 4 miembros pero asocia rigidez de nuca a la flexión cervical. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen sin alteraciones. Miembros inferiores sin alteraciones. Se realiza Analítica de Sangre objetivándose leucocitosis con neutrofilia así como elevación de reactantes de fase aguda y procalcitonina. Como primera sospecha diagnóstica tenemos una meningitis secundaria a otitis externa por lo que se realiza TAC de cráneo objetivándose ocupación parcial de oído medio y celdillas mastoideas derechas compatible con otomastoiditis agudas así como asimetría con leve borramiento de surcos de la convexidad frontal derecha indicativo de edema cerebral. Durante la prueba el paciente presente empeoramiento de su estado general mostrándose confuso con bradilalia y hemiparesia de hemicuerpo izquierdo. Se realiza punción lumbar e inicia de manera rápida antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam, vancomicina y metronidazol dado el posible foco con bacterias anaeróbicas y pseudomonas a la espera de resultados de líquido cefalorraquídeo, así como corticoterapia sistémica con dexametasona a dosis de 0'15mg/kg cada 6 horas. Se obtienen resultados compatibles con meningitis bacteriana. Tras realizar Interconsulta con Enfermedades Infecciosas, ORL y Cuidados Críticos, se cursa ingreso a cargo de éste último dada la rápida evolución del cuadro realizándose además drenaje transtimpánico. Finalmente los resultados son positivos para Streptococcus Pneumoniae por lo que la antibioterapia empírica administrada resulta eficaz. Finalmente el paciente se recupera de manera satisfactoria en Unidad de Cuidados Críticos y tras el trabajo conjunto con Otorrinolaringología, Enfermedades Infecciosas y Medicina Física y Rehabilitación, no presente secuelas físicas ni neurológicas a día de hoy.

CONCLUSIONES

La enfermedad infecciosa es una de las más prevalentes en los servicios de urgencias hospitalarios, a lo que con frecuencia acompaña ciertas dificultades diagnósticas como lo demuestra este caso clínico, constatándose el hecho de que los errores diagnósticos son más frecuentes que en otros motivos de consulta y/o que uno de cada 6 pacientes con fiebre dados de alta reconsultará en estos servicios durante la semana posterior.
La meningitis aguda bacteriana es una Urgencia Médica tiempo-dependiente en la que las/os médicas/os de Urgencias debemos actuar con rápidez y determinación, siendo de vital importancia iniciar el tratamiento antibiótico empírico y corticoideo en menos de 30 minutos desde la sospecha clínica dada la morbimortalidad asociada al retraso del tratamiento antimicrobiano así como el trabajo multidisciplinar para disminuir su tasa.

P. #1063

UN RITMO FUERA DE CONTROL

Raquel Cenjor Martin[1], Raquel Barrós González[1], Sonia Raquel Pascagaza Casasbuenas[1], Iván Solar Gil[1], Raquel Arauzo Pacheco[1], Natalia Tejado Rodríguez[2]

1. Hospital Universitario del Henares, Madrid, España
2. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente mujer de 68 años, independiente para las actividades de la vida diaria, con factores de riesgo cardiovascular (obesidad grado 3, ex-tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia) y en seguimiento por Cardiología por fibrilación auricular de difícil control, anticoagulada y con varios episodios sintomáticos de respuesta ventricular rápida.
Debutó con su arritmia en 2023 con insuficiencia cardiaca y daño miocárdico, lográndose control del ritmo con cardioversión. Desde Noviembre de 2024, ha consultado por taquicardia en varias ocasiones en Urgencias, modificándose estrategia de tratamiento por mala respuesta (inicialmente Amiodarona y propuesta de ablación que inicialmente declinó; unos días después pasa a buen control de frecuencia sin clara reversión a ritmo sinusal; posteriormente se intenta control de frecuencia con Digoxina por mal control, presentando bradicardia sintomática e intoxicación digital, por lo que se vuelve a Amiodarona, que se suspende de nuevo por mala tolerancia).
Consulta en Urgencias por nueva respuesta ventricular rápida en el contexto de proceso diarreico de 3 días de evolución de unas 10 deposiciones líquidas no patológicas, precedidas de dolor cólico, sin fiebre ni vómitos.
Estable hemodinámicamente a su llegada, se objetiva fibrilación auricular a unos 140lpm, con exploración abdominal poco llamativa. Se inicia fluidoterapia por sospecha de deshidratación subyacente y coadyuvante sin lograr control de frecuencia. Pruebas complementarias anodinas, sin claros datos de congestión y ausencia de daño miocárdico.
Se decide entonces iniciar perfusión de Amiodarona a dosis habitual, pasando a Observación.
Tras 24 horas de tratamiento, la paciente mantiene idéntica situación hemodinámica, con deposiciones líquidas pese a dieta absoluta y exploración con molestias abdominales que localiza en flanco derecho y en hipocondrio derecho. Analítica de control con elevación de proteína C reactiva sin otros datos llamativos. Ante sospecha de patología subyacente que pueda interferir en el control del ritmo, se decide realizar prueba de imagen abdominal que objetiva colecistitis enfisematosa gangrenosa.
Se inicia antibioterapia con Piperacilina/Tazobactam y se comenta el caso con Cirugía General, que decide intervención quirúrgica urgente.
La paciente evoluciona de forma satisfactoria, con control de frecuencia a unos 100 latidos por minuto y posteriormente paso a ritmo sinusal.

CONCLUSIONES

El caso presentado trata de evidenciar la dificultad diagnóstica de algunos pacientes que acuden al Servicio de Urgencias. En esta paciente, la clínica fundamental de palpitaciones invitaba a un abordaje cardiovascular exclusivo y, ante la pobre respuesta a tratamiento convencional, se abrió un abanico diferente de patologías subyacentes. La complejidad de este caso radica, además, en que la causa infecciosa que desencadenaba el mal control de frecuencia cardiaca, es una entidad poco frecuente y su sospecha clínica pasaba desapercibida ante la atípica presentación, mucho más compatible con una gastroenteritis y sin reflejo en la exploración ni pruebas complementarias.
El manejo de los pacientes en Urgencias implica una actitud abierta para alcanzar el diagnóstico adecuado. Los pacientes son dinámicos y atípicos en sus presentaciones clínicas, su anamnesis supone, en muchas ocasiones, un reto y la exploración y pruebas complementarias disponibles no siempre son garantía de un juicio clínico correcto. Es, por todo ello, fundamental la reevaluación de nuestros pacientes, la capacidad de ampliar los esquemas diagnósticos, la versatilidad continua de los urgenciólogos y la promoción del debate entre los compañeros para lograr puntos de vista frescos y novedosos.

P. #1066

GANGRENA DE FOURNIER: DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN UN CASO DE SEPSIS UROLÓGICA AGUDA

Leonard Mihaita Román, Marcelo Romelo Zevallos, Paloma Gallego Rodríguez, Celia Ferro Miguel, María Jesús Estévez Rueda, José Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
La GF es una fascitis necrotizante tipo II que produce trombosis de los pequeños vasos subcutáneos, lo que genera que se propague a través de la piel del periné, área perianal y región genital. La mayoría de los casos tienen un foco perianal o colorrectal en la mayoría de los casos y en una menor proporción se origina del tracto urogenital.
EA: Varón de 88 años, con APP de HTA, DL, cardiopatía isquémica (3 stents, 3 bypass coronario), portador de sonda urinaria permanente, que acude al Servicio de Urgencias (SU) por dolor mecánico en ambos glúteos de 6 días de duración, asociando en los últimos 3 días de orinas hematúricas, sin disuria u otros síntomas urinarios. Refiere cambio de coloración de la piel a nivel genital y perineal de 24 horas de evolución.
Evolución más examen físico:
FC: 59 lpm, FR: 18 rpm, TA: 64/41(64) mmHg, SpO2: 91 %,
En la exploración física extensas áreas necróticas que engloba genitales externos y se extiende por zona perineal hasta perianal, glúteos empastados, doloroso a la palpación
Analítica:
En AS en SU destaca: Leucocitos 16.500 Neutrófilos 15.200 fracaso renal agudo (Cr 2.35, TFG 26.3), fallo hepático (BbT 1.33, AST 389, ALT 86, GGT 263, LDH 792, FA 439), elevación de RFA (PCR 377.1, PCT 4.71), coagulopatía (INR 1.3) y acidosis metabólica con hiperlactacidemia (lactato 3.4), resto de los parámetros sin alteraciones.
TC TORACOABDOMINOPÉLVICO: Se confirma la existencia de abundante gas disecando el periné, ambas fosas isquioanales (mayor cantidad de gas en la fosa isquioanal izquierda), la raíz del pene, ambos testículos y ambos cordones espermático. No se observan burbujas de gas ectópicas por encima del músculo elevador del ano. No hay neumoperitoneo. No se observan colecciones líquidas intraperitoneales en este estudio. No hay neumatosis ni gas en la vena porta. Estructuras óseas: no se observan lesiones focales sospechosas en este estudio. Esternotomía media. By-pass aortocoronario. Conclusión: Los hallazgos radiológicos son compatibles con una infección necrotizante de partes blandas perineal (gangrena de Fournier). No se observan complicaciones intraperitoneales en este estudio.
Evolución:
Shock séptico secundario a fascitis necrotizante perineal que ingresa en UCI tras intervención quirúrgica realizando desbridamiento de la zona, recto con integridad conservada. Evolución a fallo multiorgánico pese a las medidas de resucitación y soporte instauradas, aislamiento en cultivo de absceso perineal E Coli y S. Anginosus, cobertura antibiótica con Meropenem más Linezolid. Se realizó una segunda revisión

quirúrgica en 36 horas donde además se evidencia progresión de la necrosis. La evolución a pesar de soporte inotrópico, antibioterapia es hacia exitus en 24 horas.
Diagnóstico principal:
SHOCK séptico por GF
Fracaso Multiorgánico (Respiratorio, Hemodinámico, Renal, Hepático, Coagulopatía)
Exitus laetalis

CONCLUSIONES

La GF es una infección polimicrobiana poco frecuente, su presentación clínica puede ser muy variable dependiendo del tiempo de evolución, la extensión de la infección y comorbilidades del paciente.
A pesar de que el diagnóstico de GF a menudo se hace clínicamente, los métodos de imagen pueden ayudar a confirmar el diagnóstico cuando la clínica es ambigua o el problema se detecta en un estadio temprano.

P. #1067

SHOCK SÉPTICO POR ENDOCARDITIS AGUDA, LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DESDE URGENCIAS

Daniela Rosillo Castro, María Del Carmen Miralles Pérez, Nuria Vicente Gilabert, Carmen Hernández Martínez, Rocío López Valcarcel, Estefania Carreño Aroca

Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca De La Cruz, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo consulta: Fiebre
Antecedentes personales: No alergias. No hipertensión, no diabetes, síndrome Gilbert, Valvulopatía aórtica displásica con intervenido hace 2 años con recambio valvular aórtico con prótesis biológica
Varón de 37 años, consulta por fiebre de hasta 40°C desde hacía dos días con mialgias generalizadas y vómitos. Acudió a Urgencias el día anterior con diagnóstico de probable neumonía y tratamiento al alta con amoxicilina-clavulánico y azitromicina. Acude por persistencia de la fiebre y mialgias generalizadas. Niega dolor torácico, palpitaciones ni disnea. No síndrome miccional.
Exploración física: Frecuencia cardiaca 103,Saturación O2: 98 %,tensión arterial (TA) 80/60 Obnubilado Eupneico Temperatura 38,3°C. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico murmullo vesicular conservado Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias. Dolor a la palpación a nivel mesogastrio. Lesiones eritematosas no sobreelevadas en pulpejo de dedos de manos y de ambos pies
1° analítica: Leucos 8080 Hemoglobina: 16,8 Plaquetas: 105000 Urea: 64.00, Creatinina: 1.46 Bilirrubina total: 6.06, Bilirrubina directa: 1.40 Bilirrubina indirecta: 4.66 Potasio: 4.40 mEq/L, PCR: 35,4, Procalcitonina 12.13, CK-MB 2.9 Troponina I 124 CK 198 Orina: Normal
Rx Tórax: Normal. PCR Covid, Gripe A y B y VRS negativas
ECG. Ritmo sinusal a 100, PR normal, QRS estrecho con eje a 40° T negativa en III ya conocida.
A su llegada se administran 1500 suerofisiolico en hora y media. Se extraen hemocultivos y se inicia meropenem de manera empírica para cubrir foco abdominal y/o cardiaco.
Se contacta con UCI de hospital de referencia: que indican continuar con sueroterapia intensiva, analítica de control en dos horas y dada la alta sospecha diagnostica de endocarditis aguda añadir Linezolid
Analítica de control: CK-MB 6.3 Troponina 273.4 PCR 30.90 Procalcitonina 7.91 Ion lactato 3.1 Bilirrubina total 4.83 Leucos 7500
El paciente mejora nivel consciencia, TA 90/60 Y diuresis 50 ml/hora
2° interconsulta UCI, rechaza el traslado y permanece a espera de resultados de TAC toraco-abdominal
TAC toraco-abdominal: En bazo, áreas hipodensas compatibles con infartos. Resto normal
Ecocardio transtoracica a pie de cama, con válvula protésica normofuncionante, sin datos de endocarditis
3° Interconsulta UCI: Rechazo de traslado y recomiendan cambio de linezolid por daptomicina
3° Analítica control: Creat 0.93 CK-MB 10.9 Trop 484.7 CK 165 Ion

lactacto 2.6
El paciente presenta mejoría de TA 100/60 Diuresis en torno a 80 ml/h. No taquipnea. No taquicardia
4º Interconsulta a UCI rechaza nuevamente traslado y ante mejoría clínica recomienda continuar con tratamiento e ingreso en nuestro hospital
El paciente ingresa a cargo de medicina Interna, durante el ingreso se realiza Ecocardio transesofágica: vegetación sobre prótesis aórtica biológica normofuncionante. Absceso de la raíz aórtica. Resultados de Hemocultivos: se aísla estafilococo aureus meticilin sensible
El paciente mejora analítica y clínicamente y a los dos días fue trasladado a nuestro hospital de referencia de cirugía cardiovascular para completar tratamiento.

CONCLUSIONES

La endocarditis es causada por una infección que daña al endocardio, es más común en pacientes con válvulas cardiacas protésicas. La sospecha diagnóstica se establece cuando existe un proceso infeccioso con fiebre persistente sin que exista foco aparente de la infección, sobretodo si se asocian soplos u otros síntomas cardiacos y en pacientes con cardiopatías
Es difícil su diagnóstico en los servicios de urgencias debido a la necesidad para el diagnóstico de los resultados de hemocultivos y lesiones compatibles en ecocardio. Se pueden además usar los criterios de Duke. En nuestro hospital la limitación es mayor al tratarse de un hospital comarcal con pocos servicios
En nuestro caso dado los antecedentes del paciente, la ausencia de un foco claro y al menos tres criterios menores de Duke: valvulopatia, fiebre y lesiones en piel nos hizo sospechar iniciándose tratamiento antibiótico de manera precoz

P. #1069

MÁS ALLÁ DE UNA LUMBALGIA

Lucía Granero López, Paula Moliner Sánchez, Álvaro Minaya Zaballos
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 45 años, fumador, con antecedente (AT) de cólicos renales, acude a Urgencias por dolor lumbar de 3 meses de evolución.
Refiere lumbociatalgia izquierda y parestesias en miembro inferior izquierdo (MII), asociado a sudoración nocturna y pérdida ponderal de 12 kg, que el paciente atribuye a hiporexia por dolor. El dolor se acentúa con los movimientos. No ha mejorado con la analgesia pautada por su médico de atención primaria.
El paciente trabaja como mozo de almacén. Como único AT de interés, previo al inicio de la clínica, el paciente estuvo colaborando en la limpieza de barro de las zonas afectadas por la DANA en octubre de 2024 en Valencia, donde sufrió heridas en las manos.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Regular estado general y palidez cutánea. Afebril y constantes estables.
Marcha antiálgica. Dolor a la palpación de apófisis espinosas L4-L5 y en musculatura paravertebral izquierda a dicho nivel.
Sensibilidad 4/5 en cara anterior de muslo, pantorrilla y cara interna de tobillo izquierdo (territorios L4-L5). Fuerza disminuida 3-4/5 en MII respecto al derecho. Reflejo rotuliano izquierdo ausente. Lasègue y Bragard negativos. Resto de exploración normal.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS
Analítica sanguínea: anemia normocítica (Hb 10,6 g/dL), leucocitosis con neutrofilia (9.100 cels/mm3) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 60 mg/L y VSG 47 mm/h).
Sedimento urinario: sin alteraciones.
Radiografía de columna lumbosacra: sin hallazgos de patología aguda.
Ecografía abdominal: sin hallazgos de interés.
Se decide ingreso en medicina interna para estudio de lumbalgia asociada a síndrome constitucional. Se solicitan otras pruebas complementarias durante el ingreso:
- RM lumbar: Espondilodiscitis aguda L4-L5, con absceso discal y colecciones paravertebrales anteriores, asociando extensos cambios inflamatorios flemonosos perivertebrales y en espacio epidural anterior intracanal. Incipiente afectación del disco L5-S1.
- Cultivo de absceso: Streptococcus equi app zooepidemicus sensible a Levofloxacino.
- Hemocultivos negativos y Quantiferon negativos.

DIAGNÓSTICO
Espondilociscitis piógena L4-L5 por Streptococcus equi.
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES
Lumbalgia muscular, cólico renal, proceso tumoral infiltrativo, proceso infeccioso musculo-esquelético.

CONCLUSIONES

La espondilodiscitis es la infección del espacio discal y platillos adyacentes. El agente causal más frecuente son los estafilococos (S. aureus). La clínica consiste en lumbalgia intensa irradiada al territorio de la raíz nerviosa correspondiente. La fiebre puede estar ausente. Puede complicarse con abscesos en espacio paravertebral y epidural, pudiendo producir compresión medular.
Streptococcus equi se trata de una bacteria beta-hemolítica típicamente presente en animales como caballos, ovejas y cerdos. Nuestro paciente no había tenido relación directa con animales, pero los días previos al inicio de los síntomas había estado en contacto con barro y agua contaminada de la DANA, donde se hizo heridas, siendo esta la posible puerta de entrada. Finalmente, el paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento antibiótico durante varias semanas.

P. #1073

POSIBLE EDEMA AGUDO DE PULMÓN NO CARDIOGÉNICO POR TOMA DE ACETAZOLAMIDA

María Fuentes Rodríguez, Nerea Elicegui Fernández, MIREN Arrieta Bernaras

Hospital De Zumarraga, Zumarraga, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Disnea tras intervención de facoemulsificación (FACO).
ANTECEDENTES PERSONALES:
- Reacción adversa medicamentosa a metamizol.
- Diabetes mellitus tipo 2.

Tratamiento habitual: Novorapid flexpen 2-2-2 desayuno, comida y cena.
HISTORIA ACTUAL:
Mujer de 88 años intervenida a día de hoy de FACO de ojo derecho con colocación de lente intraocular acude a urgencias por disnea tras tomar según refieren una pastilla que le ha dado el oftalmólogo. En informe vemos aplicación de anestésico tópico con lidocaína. De forma intravítrea se había administrado fenilefrina y cefuroxima. Sin incidencias. Tras intervención se le administra edemox (acetazolamida) 250mg vía oral.
Trasladada a residencia, enfermera del centro refiere gran mal estar general a su llegada, con disnea de mínimos esfuerzos, trabajo respiratorio y cianosis. Saturación oxígeno (SO2) en torno a %70 basal, con reducido nivel de conciencia (desconocemos glasgow). Glucemia 200, Tensión arterial (TA) 124/72 Frecuencia Cardíaca (FC) 68 latidos por minuto (lmp). Con Gafas Nasales (GN) a 7 lpm SO2 80%. En residencia refieren nauseas sin vómitos. A su llegada a urgencias presenta alteración de nivel de conciencia y disnea de mínimos esfuerzos con trabajo respiratorio.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA 99/57mmHg FC 92lpm SO2 86% Frecuencia Respiratoria 38 aire ambiente
Glasgow 12. Taquipneica en reposo. Cianosis proximal y distal. Hipotérmica. Normoperfundida. Temblor esencial mandibular y distal en miembros superiores.
Pupilas anisocóricas (derecha midriática), normo reactivas.
Orofaringe: normal. No edema de úvula.
Tórax:
Auscultación pulmonar: Crepitantes en base izquierda.
Auscultación cardíaca: rítmico, no oigo soplos.
Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias.
Extremidades inferiores: edemas hasta 1/3 bilaterales sin fóvea.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Electrocardiograma (ECG): Ritmo sinusal a 95 lpm. Eje QRS a -60°. Hemibloqueo anterior. T negativa en aVL no presente en ECG previo.
- Radiografía tórax portátil: Cardiomegalia. Derrame pleural izquierdo. Atelectasia laminar basal derecha.
- Análisis sanguíneo:

Creatinina 1.29, Filtrado Glomerular 39, NTproBNP 421,Troponina T cardiaca ultrasensible 31. Proteína C reactiva 1.20. Dimero D >20000. Resto de bioquímica y hemograma sin alteraciones.

- Gasometría venosa: pH 7.25, presión parcial de CO2 (pCO2) 48, bicarbonato 21, lactato 4.9
- Gasometría arterial Fi%28: pH 7.33, presión parcial de oxígeno 55. Bicarbonato 19. pCO2 36
- Análisis orina: normal.
- Angiotomografía computarizada: Se observa leve derrame pleural bilateral, engrosamiento de los septos interlobulares y opacidades en vidrio deslustrado en las regiones declives de todos los lóbulos pulmonares; hallazgos sugestivos de edema agudo de pulmón.

No hay cardiomegalia ni derrame pericárdico.
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:
- Canalizamos 2 vías venosas periféricas.
- Colocamos Sonda vesical.
- Administramos actocortina 200mg Intravenoso (IV).
- Morfina 2mg IV
- Furosemida 40mg IV
- Buscapina 20 mg IV
- Colocamos manta térmica.
- Oxigenoterapia alto flujo.
- Suero salino hipertónico % 250 mL

Subjetivamente mejor tras tratamiento. Responde a preguntas sencillas.
Con GN 5 Imp SO2 96% TA 100/79 FC 82 FR 30
Gasometría venosa control:
pH 7.30, pCO2 46, Bicarbonato 22.6, lactato 3.2
Diuresis: 200ML Glucemias controladas.
Planteamos ingreso en Medicina Interna para tratamiento y seguimiento por edema agudo de pulmón no cardiogénico. Sospecha de efecto adverso medicamentoso (acetazolamida), habiendo descartado origen por trombo embolismo pulmonar y estando la paciente clínicamente asintomática previa intervención quirúrgica.
Revisamos bibliografía, descrito como posible efecto adverso, se desconoce frecuencia.
Sospecha diagnóstica:
Durante ingreso se plantea diagnóstico diferencial entre posible efecto adverso medicamentoso y shock anafiláctico. Es dada de alta con buena evolución clínica. Pendiente de estudio por Alergología.

CONCLUSIONES

- Entre los posibles efectos adversos de la acetazolamida se encuentra el edema agudo de pulmón no cardiogénico.
- Es imprescindible una buena historia clínica previa para el correcto enfoque diagnóstico.
- Sería conveniente un correcto registro de posibles efectos adversos de la acetazolamida.

P. #1082

ISLAS BLANCAS EN UN MAR ROJO... ¿CUÁNDO BUSCARLAS?

Marian Berbeo Flórez, Kilian Griñan Ferre
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un hombre de 53 años natural de Cuba, hipertenso en manejo con Hidroclorotiazida y alérgico a la penicilina, quien presenta clínica de un día de evolución caracterizada por episodios eméticos de contenido alimentario, deposiciones diarréicas sin residuos patológicos, mialgias y fiebre subjetiva, consulta a urgencias de otro centro donde no encuentran signos de deshidratación ni sobreinfección bacteriana y pautan manejo sintomático con diagnóstico de gastroenteritis aguda, sin embargo, a pesar de que al cuarto día mejoran la fiebre y el dolor abdominal, persisten los demás síntomas, por lo que al quinto día consulta a nuestro centro.
En el reinterrogatorio el paciente describe como síntoma asociado dolor retroocular y un viaje los 15 días previos al inicio de los síntomas, a Cuba. A su llegada a urgencias se encuentra taquicárdico, normotenso y con febrícula, con distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal ni visceromegalias, y llama la atención un exantema cutáneo en forma de lesiones maculares blanquecinas en la zona de la espalda. En la analítica se evidencia trombocitopenia de 102000, aumento en la proteína C reactiva e hiperbilirrubinemia, con leucopenia de 2120.
Ante la evidencia de síndrome febril trombocitopénico y el nexo epidemiológico del viaje a zona endémica, se realiza IgM para dengue que es positiva, se mantiene al paciente en observación por el dolor abdominal, por los episodios eméticos descritos y la trombocitopenia como signos de alarma, se realiza manejo hídrico según las guías y protocolo insitucional, con mejoría clínica y paraclínica y se alta al paciente.

CONCLUSIONES

Cuando nos enfrentamos a casos como este en el servicio de urgencias, nos encontramos frente a un abanico de diagnósticos diferenciales del síndrome febril trombocitopénico asociado a dolor abdominal. Dentro de las patologías contempladas y teniendo en cuenta el nexo epidemiológico del paciente, las infecciones transmitidas por vectores serían las que tendrían más peso, es por esto que toma considerable relevancia la calidad de la historia clínica y el interrogatorio hecho al paciente, para de esta manera esclarecer las características de los síntomas y decantarse por el diagnóstico más probable, que sería como en este caso, el dengue. Cabe resaltar también la importancia de la observación al paciente y una búsqueda activa de los signos de alarma, que implicarían la necesidad de brindar un soporte intramural; como la inestabilidad hemodinámica, el compromiso hepático, serositis, sangrados, deshidratación o alteraciones del estado de consciencia, entre otros, dado que pueden presentarse de manera abrupta e inestabilizar rápidamente. De igual manera no olvidar que una vez se sospeche, se pueden emplear técnicas sencillas y fáciles de usar en el servicio como la prueba del torniquete o la búsqueda de signos semiológicos

patognomónicos como las "islas blancas en un mar rojo".
Recordar que el tratamiento principal es sintomático y con sueroterapia, y en esa medida debe basarse el abordaje del paciente, en la vigilancia del balance hídrico, comorbilidades, estabilidad hemodinámica, control de hemoconcentración, trombocitopenia y compromiso de órgano blanco, principalmente una vez pasada la etapa febril. De igual manera, tener en cuenta que los anticuerpos se positivizan después del quinto día y en esa medida, si hay sospecha clínica los primeros días de enfermedad, la serológica sería la prueba de elección. Una vez descartadas complicaciones y estabilizado el paciente, como fue el caso del nuestro, puede altarse con signos de alarma y recomendaciones generales para seguimiento ambulatorio.

P. #1088

CUANDO LA PIEL ENGAÑA

Olga Jiménez Alfonso[1], Marta García De Prado Cwierz[1], Lujan Llorente De Santiago[1], Marcela Zamora Muñoz[2]

1. Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España
2. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años con antecedentes de dislipemia y H.Pylori erradicado, que acud a urgencias por fiebre de hasta 39ºC, sudoración, malestar general, dolor y tumefacción en arco mandibular derecho de 3 días de evolución a raíz de un forúnculo en la zona. Niega manipulación del mismo. Asocia 1 vómito a su llegada a urgencias. Refiere haber sido valorada el día anterior en otro centro habiendo pautado Augmentine vía oral y empeoramiento del cuadro en las últimas horas. Niega cuadro catarral ni otra clínica previamente. No síntomas de angina, palpitaciones o disnea. No odinofagia ni otra clínica.
A la exploración física a su llegada a urgencias presentaba regular estado general. Hipotensión 68/39. Taquipnea a 22 rpm. Presenta tumefacción, eritema y aumento de la temperatura en zona de arco mandibular derecho y en suelo de la boca. Leve trismus. Costra sobre zona tumefacta con signos de sobreinfección. Úvula centrada, sin edema. No edema ni eritema en región perioral. El resto de la exploración anodina. Escala SAPS II al ingreso de 38.
Analíticamente a su llegada presentaba leucocitosis 14.000, neutrofilia, deterioro de la función renal, PCR 11.01, ácido láctico de 2.7 y una procalcitonina de 23.66.
En electrocardiograma, taquicardia sinusal a 110 lpm. Eje normal. Sin alteraciones de la repolarización.
Se procede a canalización de 2 vías venosas periféricas, se administra sueroterapia intensiva, se pauta Meropenem, Linezolid y analgesia IV y se solicita TC cervical en el que se visualiza trabeculación de tejido celular subcutáneo y planos intermusculares cervicales con engrosamiento del músculo esternocleidomastoideo y platisma, así como de la glándula parótida y submandibular ipsilaterales con extensión a mediastino superior y edema pulmonar.
Ante el diagnóstico de shock séptico de origen cutáneo se traslada a hospital de referencia donde realizan cervicotomía exploratoria urgente para drenaje de fascitis necrotizante cervical e ingreso en UCI posterior para monitorización cardiorespiratoria y control de drenajes, añadiendo al tratamiento Vancomicina, Amoxicilina-Clavulánico y Doxiciclina iv con buena evolución posterior del estado general, de la herida quirúrgica y de la función renal. La paciente finalmente fue dada de alta tras 1 mes de ingreso afebril y sin dolor desde la intervención.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es una infección grave y poco común que afecta a las partes blandas y que progresa rápidamente ocasionando necrosis del tejido celular subcutáneo. Su incidencia ha aumentado durante los últimos años, afectando actualmente a uno de cada 100.000 habitantes en nuestro medio.
Supone la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y al desarrollo,

en un tercio de los pacientes, de shock y fracaso multiorgánico. La tomografía computarizada (TC) es el estudio de imagen de elección, dada su mayor disponibilidad y rápida realización en comparación con la resonancia magnética. Sin embargo, no debería posponerse la exploración quirúrgica ante una alta sospecha clínica.
Nuestra paciente llegó a Urgencias con una clínica muy florida y un compromiso general claramente establecido, motivo por el cual, el antel traslado no se demoró y la cirugía no se retrasó a la llegada a nuestro hospital de referencia.

P. #1097

UN DOLOR DE CUELLO QUE FUE MAS ALLÁ

Olga Jiménez Alfonso[1], Sara Gayoso Martin[1], Lujan Llorente De Santiago[1], Marta García De Prado Cwierz[1], Marcela Zamora Muñoz[2]

1. Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España
2. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 49 años con antecedentes de hipertiroidismo intervenido por nódulo hiperfuncionante, mastopatía fibroquística, conización cervical y miomectomía, sin factores de riesgo cardiovascular que acude a urgencias por masa en región supraclavicular izquierda, dolorosa a la palpación. Fue valorada hacía 5 días por su médico de Atención Primaria, pautando Amoxicilina-Clavulánico sin mejoría. Refiere empeoramiento del dolor, eritema, aumento del tamaño de la masa y fiebre. No síndrome constitucional ni otra clínica asociada.
A la exploración física se visualiza tumoración supraclavicular izquierda lateral a cicatriz de hemitiroidectomía eritematosa, con aumento de la temperatura local e indurada de 10x7 cm de diámetro y dolorosa a la palpación. No se palpan adenopatías submandibulares ni laterocervicales. El resto de la exploración es anodina.
Analíticamente presenta leucocitosis 14.300, neutrofilia y PCR de 2.33. Radiografía de tórax sin alteraciones. Por la localización de la tumoración y debido a la no mejoría del cuadro a pesar de tratamiento antibiótico, se solicita ecografía de la masa que impresiona de trombosis de vena yugular externa izquierda en su tercio proximal afectando a un segmento de en torno a 3 cm hasta su unión con la subclavia.
Tras el resultado, se pauta Enoxaparina SC, Antibioterapia IV por tumefacción de la zona y se ingresa para estudio.
En planta, se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico que concluye signos de trombosis de rama de la vena yugular anterior izquierda hasta su unión con la subclavia con aumento de densidad de partes blandas en región supraclavicular izquierda con engrosamiento cutáneo asociado y adenopatías locorregionales así como discreta lengüeta de derrame pleural bilateral. También se realiza biopsia ecoguiada, siendo negativa para malignidad. La serología de hepatitis y VIH fue negativa así como la beta-2-microglobulina.
Durante el ingreso la paciente presenta en todo momento buen estado general, constantes dentro de la normalidad y buen control del dolor con una disminución significativa del tamaño de la masa supraclavicular por lo que se decide alta a domicilio y control en consultas de medicina interna en 15 días para seguimiento.

CONCLUSIONES

La trombosis de la vena yugular es una causa muy infrecuente de trombosis venosa y supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica.
Las causas más frecuentes de la TVY son los catéteres venosos centrales, la adicción a drogas por vía parenteral y los tumores. Las complicaciones principales son el embolismo pulmonar que

ocurre en un porcentaje de entre el 0.5% a 2.4% de los pacientes diagnosticados dependiendo de si la trombosis es aislada en vena yugular o asocia trombosis a otros niveles así como la trombosis de la vena subclavia, aunque también puedes aparecer complicaciones locales como en el caso expuesto.
Aunque en muchos casos es asintomática, cuando produce síntomas, los más habituales son dolor en el cuello y masa o tumefacción en la cara lateral del cuello. El diagnóstico se realiza mediante eco-doppler y TC. Por otro lado, es fundamental, ante un diagnóstico definitivo de TVY, excluir todas las causas posibles comentadas anteriormente, principalmente tumores ya que la asociación entre trombosis venosa profunda y cáncer está ampliamente documentada en la literatura científica.
El tratamiento de elección es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol aunque recientemente los nuevos anticoagulantes orales han obtenido indicación en la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
Para concluir, destacar que debemos tener presente la aparición de enfermedad tromboembólica en cualquier territorio y que una adecuada anamnesis y exploración física pueden poner de manifiesto patologías con mayor implicación para la salud y por otro lado, la importancia de realizar un seguimiento a aquellos pacientes con diagnóstico de trombosis venosa yugular sin encontrar una causa clara que la origine.

P. #1101

TENOSINOVITIS INFECCIOSA SECUNDARIA A PICADURA

Olga Jiménez Alfonso[1], Lujan Llorente De Santiago[1], Marta García De Prado Cwierz[1], Marcela Zamora Muñoz[2]

1. Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España
2. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años con hipertensión arterial como antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias por dolor plantar y de antepié izquierdo de una semana de evolución. Refería picadura de insecto a nivel de tercio distal del segundo metatarsiano y, a raíz de esto, dolor a la movilización del segundo dedo del pie y a la palpación de los tendones extensores. No refería fiebre ni sensación distérmica.
A la exploración física presentaba una lesión costrosa puntiforme, rodeada de un halo eritematoso en dorso del pie a nivel del segundo metatarsiano y dolorosa a la palpación en todo el trayecto tendinoso. No presentaba aumento de temperatura local ni lesiones ampollosas. Los pulsos pedios eran simétricos en ambos pies.
El resto de la exploración física era anodina.
Se solicitó radiografía donde se visualizó una disminución de la densidad ósea en la cabeza del segundo metatarsiano.
El hemograma y bioquímica fueron normales, así como la proteína C reactiva.
Se pautó tratamiento analgésico con mejoría clara del dolor y ante la sospecha clínica de tenosinovitis probablemente infecciosa del tendón extensor del segundo dedo del pie, se decide alta a domicilio con tratamiento antibiótico, antiinflamatorio y posterior valoración en consultas de traumatología donde la evolución fue favorable.

CONCLUSIONES

La tenosinovitis es la inflamación del revestimiento de la vaina que rodea al tendón. La causa de la inflamación puede ser desconocida o deberse a infecciones, traumatismos repetidos o sobrecarga. Además, ciertas enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, gota, diabetes mellitus y artritis reactiva pueden aumentar el riesgo de tenosinovitis.
La tenosinovitis infecciosa del pie se presenta con mayor frecuencia a nivel de los tendones flexores y se relaciona con la perforación tegumentaria por cuerpos extraños, siendo muy rara su presentación en la región extensora del pie y, cuando se produce, suele estar relacionada con traumatismos repetidos entre el tendón y una prominencia osteofítica proximal de las cuñas.
Los síntomas mas característicos incluyen; dificultad y dolor a la movilización de la articulación, inflamación del área afectada, dolor y sensibilidad en el área afectada y enrojecimiento a lo largo del tendón.
La fiebre, la inflamación y la hiperemia pueden sugerir la presencia de infección, especialmente si estos síntomas se producen por punción o cortadura. La celulitis del dorso del pie es el primer diagnóstico diferencial a tener en cuenta.
El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y reducir la

inflamación. Se pueden utilizar férulas para evitar la movilidad del tendón, utilizar tratamiento antiinflamatorio y aplicar frío local en la zona para reducir la inflamación y disminuir el dolor.
Como en nuestro caso, ante la sospecha de una probable infección se recomienda el uso de antibioterapia de forma inmediata y en los casos mas graves, se podría requerir incluso cirugía de urgencia.
Es importante realizar una anamnesis y exploración física adecuadas para poder establecer un buen diagnóstico y poder llevar a cabo el tratamiento necesario.

P. #1105

LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Laura Codina Carballo, Rosalía Martín Muñoz, Macarena Campos Carreras, Sabela Martínez Martínez, Andrea Lorda Valle, Verónica Ramos Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 96 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, fibrilación auricular (FA) paroxística, enfermedad renal crónica estadio G3b, hipoacusia neurosensorial congénita. No presenta deterioro cognitivo y es parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Como tratamiento habitual toma furosemida 40 mg, Carvedilol 6,25 mg, Lixiana 30 mg, Amlodipino 5 mg, Omeprazol 20 mg, Dapaglifozina 10 mg y Paracetamol 1 g.
Acude al SU por deterioro del estado general con importante agitación psicomotriz y alucinaciones visuales desde hace 12 horas. No presenta dolor torácico, tampoco disnea ni dolor abdominal o cambios en el ritmo deposicional. Niega clínica urinaria. Afebril en todo momento. Tres días antes ha sido diagnosticada de Herpes Zoster en territorio V1 izquierdo por el cual acudió a urgencias y ha iniciado tratamiento con Valaciclovir 500 mg 1 comprimido cada 12 horas. Previamente a su asitencia a urgencias su médico de atención primaria le había pautado Aciclovir 200 mg 5 veces al día. Al parecer, según refieren sus familiares, ha estado tomando ambos antivirales estos dos últimos días.
Exploración física: Hemodinámicamente estable. Auscultación cardio pulmonar normal. Semiología abdominal sin alteraciones. Neurológicamente consciente con Glasgow Coma Scale (GCS 15/15). Muy poco colaboradora. Agitación psicomotriz marcada. Señala a distintas partes del campo visual, impresiona de alucinaciones visuales. Lenguaje no valorable por patología de base. Pupilas isocóricas y normoreactivas, no alteración en los pares craneales. Moviliza espontánea y simétricamente las 4 extremidades y mantiene contra gravedad. No signos meníngeos.
Resumen de pruebas complementarias:
- Analítica: función renal estable, no alteraciones hidroelectrolíticas. Perfiles hepático y colestásico normales. Proteína C reactiva (PCR) 15,5 mg/dL. Gasometría venosa normal. Hemograma con linfopenia de 710, con cifra total de leucocitos normal, serie roja y plaquetas en rango de normalidad. Coagulación sin alteraciones.
- Orina normal.
- Radiogradía de tórax: sin alteraciones de novo.
- Tomografía axial computarizada (TC) de cráneo: sin evidencia patología aguda intracraneal.

Diagnóstico diferencial: La encefalitis herpética y la intoxicación por aciclovir pueden dar síntomas parecidos a nivel neurológico (agitación psicomotriz, aturdimiento, cambios de humor) y, como la paciente había estado tomando la medicación de forma errónea a mayores dosis de la habitual y presentaba enfermedad renal crónica, había que considerar la posibilidad de intoxicación por los antivirales además de la encefalitis por

Herpes Zóster dado el antecedente de afectación ocular.
Evolución: La paciente ingresa en el área de observación del servicio de urgencias para diagnóstico y vigilancia neurológica. Se instaura tratamiento con sueroterapia y, una vez se descartan complicaciones en las pruebas complementarias se decide la realización de una punción lumbar (PL), que se demora en el tiempo por haber tomado la paciente la última dosis de su anticoagulación oral hace menos de 12 horas. Finalmente la PL es compatible con encefalitis herpética (95 leucocitos y 166 mg/dL de proteínas y positividad de PCR multiplex y diferida para VVZ). La paciente se mantuvo ingresada durante 10 días en planta de Neurología donde recibió tratamiento con aciclovir intravenoso ajustado a función renal durante 10 días y con buena evolución por lo que se dio de alta.

CONCLUSIONES

Es muy importante la realización de una buena historia clínica que nos ayude en el diagnóstico diferencial. En este caso había que descartar la encefalitis, pero no nos podemos olvidar de que es una paciente que ha tomado erróneamente su medicación y, debido a su enfermedad renal, podría haber presentado una intoxicación por aciclovir.

P. #1108

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR HEMATOMA FARINGOLARÍNGEO

Diego Gerez De Andrés, Melany Gabriela Moreira García, Rafael Rubio Díaz, Lucía Luengo fernández-Villacañas
Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer que acude a urgencias por disnea súbita y estridor. Como antecedentes personales destaca la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad grado I. Hipotiroidismo, bronquitis de repetición, hipogammaglobulinemia. También estudiada por disnea de origen multifactorial no cardíaca (clase funcional III) y tromboembolismo pulmonar bilateral hace años. Se encontraba en tratamiento con Furosemida 40mg, losartán diario, acenocumarol, levotiroxina 100 mcg diarios. No presentaba deterioro cognitivo, pero era dependiente de actividades básicas de la vida diaria (DABVD).
Es trasladada a urgencias por disnea en reposo de instauración súbita con estridor y tiraje intercostal. Los familiares refieren un cuadro clínico previo de 48 horas caracterizado por crisis tusígena intensa, que provocaba náuseas y vómitos, en el contexto de tos seca persistente, así como rectorragia y hematuria. A su ingreso la paciente presenta inestabilidad clínica con intenso trabajo respiratorio, con una auscultación pulmonar normal y objetivándose un hematoma en región anterior cervical. Ante la sospecha de obstrucción de la vía aérea superior se traslada a box vital y se inician medidas de ventilatorio. Se realiza una nasofibroscopia, observándose una disminución del calibre de la vía aérea superior que impresiona tener origen en un hematoma supraglótico sin visualización de la glotis y con crepitación. Se procede a una cricotiroidotomía de emergencia, logrando recuperar la ventilación espontánea y estabilizar a la paciente para su traslado a quirófano urgente.
En las pruebas complementarias se objetivó una leucocitosis intensa (20.000 células/µL) con neutrofilia (17.000 células/µL), anemia normocítica normocrómica con hemoglobina 10.3 g/dL y plaquetas 210.000/µL. La coagulación presentaba un INR de 9 con tiempo de protrombina de 8 s y TTPA 44.5 s. En cuanto a las pruebas de imagen que se realizaron previa a cirugía y tras estabilización destaca en el TC cervical la obliteración completa de la vía aérea hasta la entrada de la cánula de cricotiroidotomía con extensos cambios inflamatorios en el cuello, hipofaringe edematosa, datos compatibles con epiglotitis aguda sin apreciar sangrado arterial al menos activo.
Tras cirugía la paciente ingresa en la unidad de reanimación postanestésica estable. A las 48 horas inicia tolerancia oral con buena evolución. Al tercer día se cambia la cánula por una sin balón. Tras correcta evolución, al séptimo día se retira la cánula, constatando una glotis y epiglotis en perfecto estado procediendo al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

El hematoma faringolaríngeo espontáneo en pacientes anticoagulados es una entidad rara, pero debe sospecharse ante la tríada que comprende compresión traqueal y esofágica

(odinofagia, disfagia, sensación de globo faríngeo, disfonía, sialorrea, tos o hemoptisis y disnea), desplazamiento ventral de la tráquea y equimosis subcutánea en cuello y parte superior del tórax que en nuestro caso fue lo que nos dio la sospecha con una paciente que ya presentaba disnea previa por su situación basal.

Su manejo requiere reconocimiento precoz e identificación de la gravedad, observación estricta, reversión de la anticoagulación y, en los casos graves, tratamiento urgente con evacuación del hematoma y/o intervenciones para asegurar la vía aérea como en nuestro caso.

P. #1126

¿AMIGDALITIS, O ALGO MÁS?

Ana Bayo Sevilla, María Del Carmen Orts Cansino, Paloma Arias García

Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual: Varón de 17 años que acude al servicio de urgencias refiriendo dolor torácico opresivo en hemitórax derecho hace 2 horas de 40 minutos de duración, mejoría con la toma de 1 comprimido de ibuprofeno. Refiere irradiación del dolor hacia brazo derecho, cuello e interescapular y que no se modifica con los movimientos mecánicos o respiratorios. Episodio similar en el día de ayer de dos horas de duración.

En el día de hoy por la mañana refiere fiebre de 38.8ºC y odinofagia por lo que acude a centro de salud y se objetiva amigdalitis pultácea y se inicia amoxcilina-ácido clavulánico.

Exploración física: Constantes estable, eupneico. 86 latidos por minuto (lpm). Saturación de oxígeno 97%. Auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones. Orofaringe: amígdalas hipertróficas con exudado pultáceo. No edema de úvula. Livideces y cianosis en amba manos (ya conocido).

Pruebas complementarias: Se realiza ECG: ritmo sinusal a 79 lpm. Discreta elevación del ST en precordiales izquierdas. En la radiografía de tórax no se objetivan consolidaciones pleuroparenquimatosas de evolución aguda. Ante ECG anormal se amplía con analítica sanguínea con perfil cardíaco. En la analítica destaca un aumento de reactantes de fase aguda con una PCR de 16.54 y leucocitosis (15700) con neutrofilia (13100) junto con unas troponinas ultrasensibles de 14571.2.

Ante hallazgo analítico se avisa a cardiología de guardia y se traslada al paciente al área de vitales para monitorización.

Es valorado por cardiología en el servicio de urgencias que realiza ecocardiograma objetivando función sistólica biventricular conservada, cavidades cardíacas de dimensión normal. Sin valvulopatías, no derrame pericárdico.

Manteniéndose estable hemodinámicamente y con dolor controlado con analgesia se decide ingreso en Unidad de Cuidados Cardiológicos intermedios (UCCAR)

Durante el ingreso en UCCAR realizan RM cardíaca en la que se evidencia miopericarditis aguda del ventrículo izquierdo con edema miocárdico (hiperseñal subepicárdico en segmentos medios, lateral apical, anterior medio y anterior apical) y fibrosis asociada. Función sistólica levemente comprometida con función de eyección del 53.4%. Ventrículo derecho con función conservada.

Se realiza seriación de ECG, con ECG al alta con ritmo sinusal a 79 lpm, segmento PR 0.18, T negativa en I, II y en V3-V6.

Tras 6 días de ingreso presenta evolución favorable sin nuevos episodios de dolor torácico ni clínica de insuficiencia cardíaca, tolerando bien la deambulación y es dado de alta con pauta descendente de ibuprofeno y con colchicina, pendiente de revisiones por cardiología en consultas.

CONCLUSIONES

1. Miopericarditis debe considerarse en jóvenes con dolor torácico, especialmente si hay factores predisponentes como infecciones virales recientes.
2. El diagnóstico se establece principalmente, ECG (presenta elevación difusa del ST), análisis de laboratorio (aumento de troponinas) y pruebas de imagen.
3. El tratamiento es generalmente conservador, con antiinflamatorios no esteroides (AINEs) para aliviar el dolor y reducir la inflamación.
4. El pronóstico suele ser bueno en casos no complicados, aunque puede requerir seguimiento para prevenir complicaciones. La predicción de complicaciones graves como el taponamiento pericárdico o la miocardiopatía dilatada es crucial, pero son menos frecuentes si se diagnostica y trata de forma temprana

P. #1130

MENINGOENCEFALITIS ASOCIADO A INFLUENZA A EN UN PACIENTE ADULTO

Francisco José Ezponda Inchauspe, Lelia Del Carmen Frometa Castro, Marisela Francisca Lores Domínguez, Miren Arguinzoniz Garai, Itsaso Goikoetxea Ordorika, Silvia Andrea Salazar Nava Morales

Hospital de Zumarraga, Zumarraga, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente masculino de 46 años, fumador sin Factores de Riesgo Cardiovasculares, antecedente de Traumatismo Craneoencefálico en 2009 con Hematoma Epidural evacuado quirúrgicamente y sin secuelas, quien desarrolló un cuadro de meningoencefalitis asociado a Influenza A.
HISTORIA CLINICA:
El paciente presentó fiebre alta persistente (39 – 40 °C) y tos productiva de aspecto purulento desde hace 7 días. Atendido por su Médico de Atención Primaria, le pauta Amoxicilina Clavulánico 875/125 mg y Paracetamol 1 gr, con mala adherencia, tomando solo 3 – 4 dosis. Fue remitido al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por persistencia de la fiebre, desorientación y agitación. A su llegada el paciente estaba consciente, desorientado, febril 38.1 °C, resto de signos vitales estables, eupneico, bien perfundido y sin deshidratación. La auscultación cardiopulmonar fue normal y de la exploración neurológica destacamos: Pupilas Isocóricas Normorreactivas, apertura espontanea de ojos, resto pares craneales normales, lenguaje –sonidos no compresible, desorientación en las tres esferas, fuerza muscular y movilidad conservadas y simétricas, hiperalgesia generalizada con dudosa rígidez de nuca y sin otros signos meníngeos.
Pruebas Diagnósticas:
Radiografía de Tórax sin evidencia de neumonía ni derrame pleural
Hemograma, Bioquímica y Coagulación: normales
TAC Cerebral: Secuelas de craneostomía temporo-parietal izq, ventrículos surcos y cisuras dentro de la normalidad, no se observa desviación de la línea media ni efecto masa, sin evidencias de sangrado intra ni extraaxial.
PCR test Hisopo Faringeo-nasal: Covid-19 negativa, ARN de Influenza A: positiva. Influenza B y Virus Sincitial Respiratorio: negativos
LCR: Indeterminado. Ligera pleocitosis: 24 Leucocitos (85% Linfocitos), Glucosa ligeramente elevada, Proteínas elevadas 54.9 (15 -40). LDH y ADA normales.
Microbiología del LCR: Pruebas rápidas PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa. · Streptococus Pyogenes ADN: no detectable · Mycoplasma Pneumoniae ADN: no detectable. · Enterovirus ARN: no detectable · Herpes Simple 1 y 2 ADN: No detectable. · Varicela Zóster ADN: No detectable · Listeria Monocytogenes ADN: No detectable · Neisseria Meningitidis ADN: No detectable. · Haemophilus Influenzae ADN: No detectable · Streptococus Pneumoniae ADN: No detectable.
Diagnóstico y Manejo: Planteamos el diagnóstico de Meningoencefalitis, considerando la posibilidad de etiología viral por Influenza A o Bacteriana abortada por tratamiento antibiótico previo. Iniciamos en nuestro Servicio tratamiento

empírico con Ceftriaxona y Aciclovir intravenosos. Se ingresó en UCI suspendiéndose el tratamiento con Aciclovir tras los resultados de microbiología.

CONCLUSIONES

La identificación temprana de la etiología viral o bacteriana mediante test rápidos es crucial para el manejo efectivo de la meningoencefalitis, permitiendo ajustar el tratamiento y evitar el uso innecesario de antivirales o antibióticos intravenosos.
Las complicaciones neurológicas de la gripe, son poco comunes (1 – 2 % de los pacientes hospitalizados), pero pueden ser muy graves abarcando desde convulsiones, encefalitis, mielitis, síndrome de Guillain-Barré, encefalopatías y accidentes cerebrovasculares. Estas complicaciones subrayan la importancia de la vacunación contra la influenza, especialmente en poblaciones vulnerables, para prevenir no solo la infección respiratoria, sino también, sus posibles complicaciones neurológicas

P. #1135

SÍNDROME DE MAY-THURNER, UNA CAUSA DE TROMBOSIS

Isabel Castillo Vázquez, Leonard Mihaita Román, José Jhazing Peada Clavijo, María Del Rocío Martínez Cuenca, Lara María Montes Andujar, Paola Guevara Agudo

HM Sanchinarro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

El síndrome de May-Thurner (SMT) se asocia clásicamente a un cuadro
caracterizado por sintomatología de extremidad inferior izquierda y eventos trombóticos en mujeres jóvenes. El objetivo es analizar la asociación entre sintomatología y patología lumbopélvica y SMT, entregando una nueva arista al síndrome que podría significar alternativas preventivas y terapéuticas. El tratamiento se realiza con anticoagulación y trombectomía con o sin la colocación de stent venoso para evitar la recidiva.
Se presenta el caso de un varón de 38 años, sin antecedentes de interés, valorado esa misma mañana por Traumatología por cuadro de lumbalgia atraumatica de varios días de evolución. Se indica administración de analgesia por vía intramuscular (repartido en ambos
glúteos: tramadol, betametasona y diazepam) sin mejoría de los síntomas.
Posteriormente, a las escasas horas, persiste la lumbalgia con presencia de dolor en miembro inferior izquierda con evidencia emplastamiento y eritema azulado (compatible con flegmasia cerúlea dolens)(FCD).
A su llegada a urgencias se objetiva miembro inferior izquierdo (MII) con edema, tumefacción y eritema desde región inguinal hasta el pie. Frialdad de todo el miembro y pulso izquierdo débil respecto a contralateral.
Se realiza analítica en la cual no se objetivan alteraciones destacables.
Se solicita angio-TAC de miembro inferior izquierdo que evidencia hallazgos sugestivos de trombosis venosa profunda (TVP) extensa en MII hasta la vena ilíaca común.
Se inicia anticoagulación (bemiparina 10000 UI/24 h) y queda ingresado como FCD secundaria a trombosis venosa profunda extensa.
Se solicita además angio TAC de arterias pulmonares en el que objetiva tromboembolismo pulmonar periférico asintomático (PESI 0).
Durante el ingreso se realiza estudio sobre etiología descartando síndrome antifosfolípido y patología tumoral . Se realiza RM lumbar sin patología lumbosacra.
Al completar el estudio etológico se realiza angio-TAC de abdomen en el que además de la TVP mencionada se evidencia una disminución de la distancia entre la arteria ilíaca común izquierda y el cuerpo vertebral subyacente (L5) de aproximadamente 4 mm a través del cual atraviesa la vena ilíaca común izquierda y donde comienza el defecto de repleción; este hallazgo está probablemente en relación con SMT.
Para su tratamiento se ha realizado trombólisis guiada con catéter y posterior recanalización y colocación de 3 stents ilíaco con evolución favorable posterior.

CONCLUSIONES

La flegmasia cerúlea dolens (pierna dolorosa azul) es una manifestación poco frecuente de la TVP secundaria a la trombosis masiva que compromete el retorno venoso y secundariamente el flujo arterial con posible isquemia final. Dentro de las causas de TVP masivas encontramos el Síndrome de May-Thurner osíndrome de Cockett. Es una variable anatómica que consiste en la obstrucción del flujo venoso debido a la compresión extrínseca del sistema venoso ilio-cava por el sistema arterial, siendo la causa más frecuente la compresión de la vena ilíaca izquierda entre la arteria ilíaca
común y la quinta vértebra lumbar, similar al caso presentado.
En conclusión, el SMT es causa de recidivas de TVP sin estudio etiológico correcto y tratamiento adecuado. La sospecha clínica es muy importante ya que el tratamiento difiere frente a otras causas de TVP.

P. #1144

MANEJO DE SOSPECHA DE BOTULISMO EN URGENCIAS

José Peinado Pérez, Marta Castejón Rabinad, Teresa Mahave Carcelén, Marta Morera Harto, Saida Macho Fillat, Javier Muñoz Martínez

HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

El botulismo es una enfermedad neuroparalítica causada por la toxina de *Clostridium botulinum*, vinculada principalmente al consumo de alimentos contaminados.
Presentamos el caso de una paciente de 56 años con sospecha de botulismo tras consumir una conserva en mal estado, cuyo diagnóstico final fue un síndrome de Eaton-Lambert. Este caso subraya la importancia de un manejo temprano en urgencias.
Dicha mujer acudió a urgencias tras ingerir una lata de conserva casera con alteraciones en su envase. En la primera valoración, no presentó síntomas evidentes, por lo que se recomendó vigilancia domiciliaria. Dos días después, regresó con debilidad generalizada, visión borrosa y dificultad para deglutir, síntomas progresivos en las últimas 24 horas. No presentó fiebre ni alteraciones gastrointestinales previas.
A su llegada, la paciente mostró ptosis palpebral bilateral y debilidad muscular simétrica, sin pérdida de sensibilidad. La exploración neurológica reveló pupilas midriáticas hiporreactivas, hipotonía generalizada y debilidad en extremidades sin reflejos osteotendinosos exaltados, sin signos de afectación central. La función respiratoria se mantuvo adecuada, sin signos de insuficiencia respiratoria.
Con sospecha de botulismo, se decidió observar a la paciente para un monitoreo cercano y administrar antitoxina botulínica intravenosa, confirmándose el cuadro clínico. Durante su estancia, se realizaron controles neurológicos y respiratorios frecuentes, sin deterioro respiratorio, y la paciente permaneció estable sin necesidad de ventilación asistida.
En las primeras 48 horas, se observó una leve mejoría de la fuerza muscular, aunque la ptosis palpebral persistió sin progresión de los síntomas. Al segundo día, el manejo pasó a Medicina Interna, donde se continuaron estudios para descartar otras causas de debilidad neuromuscular.
Los estudios microbiológicos y toxicológicos no detectaron la toxina botulínica en sangre o heces, descartando el botulismo. Las pruebas electrofisiológicas y de anticuerpos confirmaron un síndrome de Eaton-Lambert, una patología neuromuscular autoinmune frecuentemente asociada a neoplasias subyacentes, lo que permitió ajustar su tratamiento adecuadamente.
El botulismo debe considerarse en pacientes con debilidad progresiva, especialmente tras consumir alimentos de riesgo como conservas caseras. Sin embargo, el diagnóstico diferencial debe incluir otras causas, como el síndrome de Eaton-Lambert (SEL), que causa debilidad proximal y mejora con el ejercicio. El SEL se caracteriza por anticuerpos que afectan la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular. En este caso, se descartó el botulismo por la ausencia de toxina y los hallazgos electrofisiológicos típicos del SEL. El tratamiento del botulismo en urgencias debe ser rápido, con antitoxina botulínica, y confirmado mediante análisis. Para el SEL, el manejo incluye inmunoterapia e intervención en caso de neoplasias subyacentes.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia del manejo temprano y la alta sospecha clínica en la atención de pacientes con sospecha de botulismo en urgencias. A pesar de que el diagnóstico final fue negativo para botulismo, el reconocimiento temprano del síndrome de Eaton-Lambert permitió un manejo adecuado de la paciente. Además, este caso subraya la importancia de la educación continua sobre la seguridad alimentaria para prevenir intoxicaciones por botulismo y la necesidad de una evaluación exhaustiva en casos de debilidad neuromuscular.

1. Ivanovski T, Miralles F. Lambert-Eaton Myasthenic syndrome: early diagnosis is key. Degener Neurol Neuromuscul Dis. 2019;9:27-37.
2. Wendt S, Eder I, Wölfel R, Braun P, Lippmann N, Rodloff A. Botulismus: Diagnostik und Therapie (Botulismo: Diagnóstico y Terapia). Dtsch Med Wochenschr. 2017;142(17):1304-12.

P. #1148

ENDOCARDITIS DEFINITIVA SOBRE VÁLVULA NATIVA POR S.AUREUS, CON 2 VEGETACIONES EN VALVA POSTERIOR DE VAOM SIN IAO NI ABSCESO. TRIBUTARIO DE MANEJO CON ANTIBIÓTICO. NO TRIBUTARIO DE CIRUGIA EN EL MOMENTO ACTUAL, DADA AUSENCIA DE COMPLICACIÓN LOCAL EN ENDOCARDIO

Yoselin Marcela Rojas Cruz

Hospital General Granollers, Granollers, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente 74 años, enolismo activo, sin alergias conocidas, autónomo para las
ABVD y sin deterioro cognitivo con AP de Hipertencion Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dilipidemia y cirrosis hepáticas NASH+/- OH.Chidl Pugh A sin descompensaciones. Consulta por fiebre y úlceres en el pie derecho junto a flictenas hemorrágicas sin afectación arterial.
A su llegada a urgencias hemodinámicamente estable, febril y taquicárdico,
eupneico en reposo con SatO2 basal 96% sin signos de distres respiratorio. A la exploración regular estado general, aliento enólico y pie diabético complicado con placas necróticas secas, zona exudativa a nivel interdigital 4° dedo pie derecho y maloliento. Analíticamente elevación de RFA con leucocitosis neutrofílica y PCT 1,47, leve aumento de bilirrubina a expensas de directa. Rx Tórax, sin cambios parenquimatosos sugestivos de proceso neumónico. Al examen físico se evidencia lesión necrótica en 4 dedos del pie con signos flogóticos en pie derecho. Hemocultivos que informa a las 16 hrs de su extraccion con resultado de Estafilococos coagulasa positivo 4/4.
Orientado como Osteomielitis complicada con bacteriemia por estafilococo aureus oxa-S. Se inicia tratamiento con cloxacina y daptomicina. Se realiza interconsulta con el servicio de cirugía vascular y deciden amputación de 4° dedo del pie derecho+ debridamiento del pulpejo 2° y 3° mismo pie. Se realiza Ecocardiograma transtorácico que resulta negativa. Como complicación durante el ingreso presentó dolor lumbarselectivo por lo que se solicita resonancia que descarta la identificacion de colecciones en músculos psoas. Ante persistencia de crecimiento de la bacteria en 2 hemocultivos en frío de control se solicita ecocardiograma transesofagico que reporta calcificación caseosa del anillo mitral posterior. Adheridas a la cara auricular del cuerpo de la valva posterior se visualizan dos imágenes digitiformes, móviles, de 9.5 x 2.5 mm y 6.4 x 2.8 mm, compatibles con vegetaciones. Insuficiencia mitral.
Orientación Diagnostica:
- Endocarditis definitiva sobre válvula nativa por Stafilococco aureus, con 2
vegetaciones en valva posterior de VAom sin IAo ni absceso. Tributario de manejo con antibiótico. No tributario de cirugia en el momento actual, dada ausencia de complicacion local en endocardio.
-Osteomielitis complicada con bacteriemia por estafilococo aureus oxa-S , en contexto de paciente diabético que se realiza amputación de 4° dedo del pie derecho+ desbridamiento del

pulpejo 2° y 3° mismo pie
- ERCA AKIN 1 probable pre renal en ERC estadio IIIb. 30-40
- Dislectronemias (Hiponatremia e hipocloremia leve) resueltas
- Artropatía obliterante, estenosis suscriticas, pendientes de decidir actitud

terapéutica.

CONCLUSIONES

Ante la presencia de el crecimiento de bacterias como Estafilococos coagulasa positivo 4/4 en los hemocultivos, se debe descartar la presencia de complicación mas común como ser una Endocarditis Bacteriana.

Que a pesar de tener un ecocardiograma transtorácico negativo para visualización de vegetaciones, pero con la persistencia de crecimiento de la bacteria en hemocultivos de control, y sosprecha clinica del paciente, solicitar estudios complementarios que sean más precisos, que este caso con el ecocardiograma tranesofágico, se visualizan las vegetaciones.

Actualmente paciente se encuentra asintomatico, con control de hemocultivos negativos, a realizar tratamiento antibiótico tributario a 4 semanas.

P. #1154

DE LA BACTERIEMIA URINARIA AL INFARTO RENAL

Lucía López Martínez[1][2], Cristina Gasós García[1], Laura Lafuente Muñoz[1], Joaquín López Miota[1], Rosalía Vidal Baños[1], Ester García Solivelles[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. Centro de salud Burjassot I, Burjassot, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años cuyo antecedente de interés es un ingreso hacía tres meses por bacteriemia de origen urinario por Enterococcus faecalis. Acude en esta ocasión a urgencias hospitalarias refiriendo dolor en fosa renal derecha con irradiación hacia flanco derecho de un día de evolución. Como síntomas acompañantes presenta malestar general, náuseas y vómitos aislados. Además, refiere un cuadro de semanas de evolución previo consistente en astenia, falta de apetito y episodios de sudoración profusa autolimitados. Interrogando por aparatos no presenta otra sintomatología.

Exploración física:

Dolor: 2/10; Tensión arterial: 128/83 mmHg; Temperatura: 36.3 °C; Frecuencia cardiaca: 109 lat/min; Saturación de oxígeno: 97 % (a aire ambiente). Regular estado general, pálido, consciente y orientado. Lenguaje espontáneo conservado. Eupneico en reposo.

Exploración abdominal: Ruidos hidroaéreos conservados, abdomen globuloso, blando y depresible a la palpación, sin masas, megalias o hernias, doloroso a la palpación principalmente en flanco derecho, sin defensa. Signo de Murphy y signo de Blumberg negativos. Puñopercusión renal derecha positiva.

Pruebas complementarias:
- Radiografía abdominal: Patrón aéreo intestinal inespecífico.
- Analítica sanguínea en la que destaca amenización (Hemoglobina: 10,70 g/dL) y elevación de reactantes de fase aguda (Leucocitos: 13,80 x10^9/L; Neutrófilos absolutos: 10,70 x10^9/L; Proteína C reactiva: 138,7 mg/L) junto con ligera alteración de la función renal (Creatinina: 1,33 mg/dL; Urea: 58 mg/dL) y elevación de marcadores de daño tisular (LDH: 785 mU/mL).
- Analítica de orina sin alteraciones.
- Ecografía de abdomen: Esteatosis hepática, sin otros hallazgos.
- Tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso yodado: Obstrucción de arteria renal derecha, única, con amplias áreas de infarto en riñón derecho.

Dado el diagnóstico de infarto renal derecho se decide el ingreso del paciente para completar estudio de la causa embólica. Durante el ingreso, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente junto con las alteraciones halladas en las pruebas de imagen, se amplía el estudio realizando una ecocardiografía transtorácica y hemocultivos, que objetivan la presencia de una vegetación en la válvula mitral causada por Enterococcus faecalis y que condiciona una insuficiencia mitral severa. Se decide entonces tratamiento quirúrgico con recambio mitral junto a antibioterapia.

Diagnóstico diferencial:

Cólico renal, pielonefritis, enfermedad gastrointestinal, lumbalgia aguda

CONCLUSIONES

El infarto renal agudo (INRA) es un daño isquémico del parénquima renal como consecuencia de la interrupción de su flujo sanguíneo. Es una patología poco frecuente y sus manifestaciones clínicas poco específicas. Habitualmente los pacientes aquejan dolor abdominal difuso o lumbar súbito de difícil control analgésico, cortejo vegetativo y fiebre.
El diagnóstico de la entidad es muchas veces tardío, ya que este conjunto de síntomas puede fácilmente ser confundido con otras entidades más comunes como la urolitiasis, pielonefritis o enfermedad gastrointestinal. El diagnóstico, por tanto, estará basado en la alta sospecha clínica, la elevación de LDH en los análisis y el defecto de perfusión visualizado por angio-TC.
Una de las causas de INRA es el embolismo renal, siendo el origen más habitual el cardiaco y como desencadenante una fibrilación auricular; el INRA por endocarditis infecciosa constituye una causa menos frecuente.
En cuanto al microorganismo causante de la endocarditis, los enterococos son la tercera causa más frecuente de endocarditis comunitarias, siendo la mayoría causadas por Enterococcus faecalis. Cualquier episodio de bacteriemia por enterococo, independientemente de su origen (aunque el más frecuente es el foco genitourinario), puede dar lugar a una endocarditis.
Enterococcus faecalis suele producir infección en pacientes con valvulopatías previas o portadores de válvulas protésicas, siendo rara la endocarditis enterocócica sobre válvula sana, lo cual dota a este caso clínico de un carácter inusual.

P. #1163

PIENSA EN CABALLOS PERO TEN EN CUENTA A LAS CEBRAS

Nuria Cortés Díaz, Jorge Bueno Uceda, Verónica Prieto Cabezas, Manuel Pérez Figueras

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 27 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en el servicio de Urgencias por dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución, no irradiado, sin fiebre ni otros síntomas asociados.
A su llegada, se encuentra hemodinámicamente estable y afebril. A la exploración física presenta dolor abdominal a la palpación generalizada, que tras administración de analgesia intravenosa se focaliza en hemiabdomen derecho. Se realiza una analítica de sangre en la que presenta una elevación de reactantes de fase aguda, destacando leucocitosis con neutrofilia y una proteína C reactiva de 18 mg/dL, sin otras alteraciones. Se realiza un análisis sistemático de orina que resulta anodino y una prueba de embarazo negativa.
Ante los resultados obtenidos se solicita valoración por parte de Ginecología, quienes descartan patología ginecológica urgente, y dado que no presenta mejoría sintomática se comenta con radiología para solicitar una tomografía computarizada de abdomen. En la prueba de imagen, se observa un severo engrosamiento edematoso de la vesícula biliar sin datos de colelitiasis ni dilatación vesicular, con prominentes cambios inflamatorios y ascitis en celda vesicular, marco cólico derecho y pelvis, sugiriéndose como posibilidad síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.
Se realiza laparoscopia exploradora con hallazgos de vesícula biliar engrosada y edematosa, signos de colecistitis aguda, y líquido serohemático en pelvis compatible con folículo hemorrágico, por lo que se decide colecistectomía. El análisis de anatomía patológica concluye diagnóstico de colecistitis aguda gangrenosa y colelitiasis.

CONCLUSIONES

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, también denominado perihepatitis, es una causa de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, especialmente en mujeres jóvenes con enfermedad inflamatoria pélvica. Se caracteriza por una afectación mínima del tejido hepático y puede simular un cuadro de colecistitis, lo que puede retrasar el diagnóstico de la patología subyacente.
Es crucial identificar los signos de alarma en un dolor abdominal para determinar la necesidad de estudios adicionales y una valoración urgente por parte de especialistas. En estos casos, la aparición repentina del dolor, su resistencia a la analgesia, su localización específica durante la exploración física y la elevación de reactantes de fase aguda son indicadores de una posible patología grave que requiere atención inmediata.
Asimismo, es importante prestar especial atención a síntomas poco comunes que puedan sugerir enfermedades menos frecuentes y que deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

En conclusión, una adecuada anamnesis y exploración física son herramientas fundamentales en la atención de urgencias. Permiten diferenciar los casos que requieren estudios más detallados de manera prioritaria y considerar patologías poco habituales en el proceso diagnóstico.

P. #1167

DE LA FARINGITIS A LA SEPSIS: SÍNDROME DE LEMIERRE EN URGENCIAS

Beatriz Ordóñez Amboage, Ángela Martínez Santa Cruz, Julia Rubio Oña, Omaicar De La Cruz Vechionacci López, Olga Morales Encuentra, César Bernuy Gálvez

Hospital Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 27 años que consulta en urgencias por odionofagia de 12 días de evolución con otalgia ipsilateral y adenopatias dolorosas laterocervicales, de predominio derecho. Sin fiebre termometrada. Valorado por ateneción primaria en varias ocasiones inició tratamiento con claritromicina, posteriormente moxifloxacino sin mejoría. No asocia disnea, ni dolor torácico. No ha presentado trismus. Acude hoy por persistencia de dolor. En la evaluación neurológica se encontró al paciente con Glasgow de 15, pupilas isocóricas e isorreacitivas, lenguaje normal y sin focalidad neurológica, lo que descarta complicaciones a nivel del sistema nervioso. La exploración de cabeza y cuello reveló una faringe hiperémica sin exudados en las amígdalas, aunque se identificaron adenopatías laterocervicales bilaterales, siendo más prominentes y dolorosas en el lado derecho. La otoscopia fue normal en ambos oídos.Desde el punto de vista cardiovascular, el paciente se presentó hemodinámicamente estable, con presión arterial y frecuencia cardiaca dentro de los rangos normales y una auscultación sin alteraciones. La exploración respiratoria mostró un paciente eupneico con una frecuencia respiratoria de 15 rpm y saturación del 100% en aire ambiente, sin evidencias de ruidos patológicos en la auscultación pulmonar. El examen abdominal fue normal. Los estudios de laboratorio evidenciaron una leucocitosis significativa (23.62 x10^3/µL) con predominio de neutrófilos (80%, 18.90 x10^3/µL) y una elevación de la proteína C reactiva (52.20 mg/L), lo cual indica un proceso inflamatorio agudo. Los demás parámetros hematológicos, coagulación y bioquímicos se encontraban dentro de rangos aceptables. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó una tomografía computarizada (TAC) que mostró amigdalitis aguda y dos pequeños abscesos (~5 mm). Además, de miositis en el músculo esternocleidomastoideo derecho, trombosis parcial de la vena yugular interna y trombosis completa en vena comunicante entre la yugular interna con la externa del mismo lado, junto con pequeñas adenopatías cervicales. El conjunto de hallazgos clínicos, radiológicos y analíticos es sugestivo de una complicación infecciosa progresiva denominada síndrome de Lemierre, en el que una infección de la faringe evoluciona hacia complicaciones tromboembólicas en la región cervical.

CONCLUSIONES

La persistencia de odinofagia y dolor cervical, aun sin fiebre, debe alertar sobre posibles complicaciones infecciosas, especialmente cuando el tratamiento antibiótico inicial no es efectivo.
Valorar de la prueba de imagen en el diagnóstivo: el TAC fue decisivo para detectar abscesos, miositis y trombosis venosa, evidenciando la evolución del proceso infeccioso.
Es fundamental la colaboración entre urgencias, otorrinolaringología y radiología para ajustar el tratamiento y prevenir complicaciones graves.

P. #1168

DEL INFRADIAGNÓSTICO AL DIAGNÓSTICO: DE DISNEA A DEBUT DE INSUFICIENCIA CARDÍACA, A... ¿SARCOIDOSIS?

Luis Miguel Garrido Aguayo, Noelia Martínez Gázquez, Silvia María Martín Sánchez

Centro de Salud Mengíbar Doctor Manuel Polaina Bailón, Mengíbar, España

HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, artrosis, discopatía L3L4L5, hipoacusia, apnea del sueño con CPAP nocturna.
- Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, estrabismo.
- Hábitos tóxicos: exfumador de 40 cigarrillos/día desde hace 20 años.
- Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico, novomix, omeprazol, abasaglar, simvastatina/ezetimiba, hidroxizina, metformina/empagliflozina, tramadol.

Varón de 65 años que acude en varias ocasiones en el mismo mes a consulta en su centro de salud por cuadro de disnea progresiva de varios días y dolor costal asociado, posterior a episodio gripal. Niega edemas, dolor torácico, fiebre o cualquier otra sintomatología. En las sucesivas visitas, presenta constantes normales, buena saturación y auscultación cardiorrespiratoria normal (el resto de la exploración es anodina). Ante la nula mejoría, se le solicita una radiografía de tórax (la cual nunca llega a hacerse), se le pauta tratamiento con inhaladores y, en última instancia, antibioterapia con corticoides.

En la última visita, un mes después de la primera, refiere que la disnea ha progresado hasta hacerse de mínimos esfuerzos y en la exploración destaca trabajo respiratorio con tiraje costal y taquicardia a la auscultación. El resto de la exploración sin cambios. Se realiza un ECG y se objetiva un bloqueo de rama izquierda con una frecuencia cardíaca en 120 latidos por minuto. Ante estos hallazgos, se decide derivar a Urgencias Hospitalarias. Una vez allí, se le realizan pruebas complementarias. En la analítica destaca anemia microcítica (hemoglobina 10.2), dímero-D en 1224, péptido natriurético cerebral (proBNP) en 3222 y troponina T en 23. El resto de la analítica es normal. En la radiografía de tórax se objetiva un aumento del índice cardiotorácico. Se solicita un Angio-TC que descarta un tromboembolismo pulmonar (TEP) y objetiva una cardiomegalia, con ateromatosis aorto-coronaria, calcificación de la válvula aórtica, una lesión lítica costal de 10mm y adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales en torno a 1 cm, con opacidades bibasales en vidrio delustrado inespecifico (edema/inflamatorio-infeccioso).

Tras estos hallazgos, se interconsulta a Cardiología de guardia que realiza un ecocardio a pie de cama y objetiva una FEVI severamente deprimida menor del 30% y dilatación auriculoventricular izquierdas.

Asimismo, se interconsulta a Medicina Interna de guardia para ingresar al paciente y continuar el estudio de los hallazgos en el Angio-TC. Amplían datos analíticos para descartar patología inmune e infeccioso, sin hallazgos de interés. Finalmente, se solicita un PET-TAC en el que se confirma por fin que las lesiones mediastínicas descritas son compatibles con etiología granulomatosa (sarcoidosis), además de que los defectos de perfusión en el ventrículo izquierdo podrían ser compatibles con lesiones avanzadas tipo fibróticas de origen sarcoideo, descartando origen isquémico.

CONCLUSIONES

Estamos ante un caso doblemente atípico: una patología poco frecuente que ha debutado también de manera poco frecuente. Es de vital importancia realizar una correcta anamnesis y exploración ante una disnea progresiva. Tanto si sospechamos un proceso infeccioso que no responde a tratamiento, como un fallo cardíaco atípico/no conocido previamente, es imprescindible la realización de pruebas complementarias analíticas y de imagen para confirmar nuestras sospechas o, como en este caso, vislumbrar una posibilidad que no estaba entre el diagnóstico diferencial debido a la rareza de la patología definitiva (sarcoidosis) y a su infrecuente manifestación inicial en este caso; dado que de otra forma, nunca se habría sabido el diagnóstico o, en su defecto, se habría demorado en el tiempo.

P. #1169

UN TROZO DE ZANAHORIA EN EL LUGAR EQUIVOCADO: MANEJO DE UN CUERPO EXTRAÑO BRONQUIAL

Raquel Martín López, José Acosta Roca, Saúl Escudero Álvarez, Irene Mate Martín, Miriam López Cainzos, Laura Pérez Blanco

Hospital de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Mujer de 41 años con antecedentes de asma, neuralgia del trigémino, displasia femoropatelar y rotura de ligamento cruzado anterior y menisco externo de rodilla izquierda. Obesidad mórbida tratada con derivación biliopancreática en 2004, con secuelas de anemia ferropénica, déficit de vitamina e hiperparatiroidismo secundario. Sin alergias conocidas. En tratamiento crónico con corticosteroides inhalados, antihistamínicos, pregabalina, carbamazepina, omeprazol, suplementos de calcio y vitamina D y hierro.
Historia Actual: La paciente acude a urgencias refiriendo sensación de cuerpo extraño y dificultad respiratoria predominantemente en el pulmón derecho. Refiere que la noche anterior broncoaspiró un trozo de zanahoria cruda y desde entonces tiene la sensación de que está obstruyendo su respiración. En el centro de salud se administra Urbason 60 mg intramuscular y se deriva al hospital para descartar obstrucción bronquial.
Exploración Física: temperatura 36.4 °C, tensión arterial 118/62 mmHg, saturación de oxígeno 94%. Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Ligero esfuerzo respiratorio con accesos de tos ocasionales. Murmullo vesicular conservado en pulmón izquierdo y disminución del murmullo vesicular en pulmón derecho con sibilancias.
Pruebas complementarias realizadas:
Analítica sanguínea:
Hemograma: Leucocitos: 8.400 µL, Neutrófilos: 75.%, Linfocitos: 16.6 %, Monocitos: 4.1 %, Eosinófilos: 3.1 %, Basófilos: 0.3 %, Hemoglobina: 11.4 g/dL, Hematocrito: 34.3 %, Volumen corpuscular medio: 84.9 fL, Plaquetas: 299 10^3/µL.
Bioquímica: Glucosa: 94 mg/dL 1, Urea: 33 mg/dL, Creatinina: 0.58 mg/dL, Sodio: 136 mmol/L, Potasio: 4.32 mEq/, Proteína C reactiva: 19.8 mg/L.
Radiografía de tórax: posible atelectasia de lóbulo inferior izquierdo.
Con estos datos se solicita interconsulta con Neumología: A la exploración física se objetiva estridor unilateral derecho basal y se decide realizar broncoscopia.
Informe de la broncoscopia realizada: Vías aéreas superiores sin alteraciones. Cuerdas vocales normales. Tráquea y carina sin anomalías. Bronquios permeables hasta límites accesibles, salvo en el bronquio del lóbulo inferior derecho, donde se visualiza un cuerpo extraño. Se realiza extracción del cuerpo extraño con pinzas de dientes de ratón sin complicaciones.
Diagnóstico: Cuerpo extraño bronquial (trozo de zanahoria).
Tratamiento puesto durante su ingreso en Urgencias:
- Actocortina 225 mg intravenoso.
- Pantoprazol 40 mg intravenoso.
- Amoxicilina-Clavulánico 2 g intravenoso.
- Combiprasal Nebulizado 1 ampolla.

Evolución y Seguimiento: Tras la extracción del cuerpo extraño, la paciente presenta mejoría clínica con desaparición de la sensación de obstrucción y mejoría de la ventilación pulmonar. Se decide alta hospitalaria con seguimiento por Atención Primaria, manteniendo el tratamiento habitual y añadiendo una pauta de Prednisona 30 mg 1-0-0 durante 3 días, sin necesidad de revisión por Neumología posteriormente.

CONCLUSIONES

- La broncoaspiración de cuerpos extraños puede provocar obstrucción bronquial parcial o total, generando dificultad respiratoria y estridor. En pacientes con enfermedades respiratorias preexistentes el riesgo de complicaciones aumenta considerablemente.
- La exploración física detallada y la sospecha clínica son esenciales para el diagnóstico precoz. Signos como la disminución del murmullo vesicular unilateral y la presencia de estridor deben alertar a los clínicos sobre la posibilidad de un cuerpo extraño en la vía aérea.
- La broncoscopia es el procedimiento de elección para la extracción de cuerpos extraños bronquiales. Es una técnica segura y efectiva que evita procedimientos quirúrgicos invasivos y permite la resolución inmediata del problema.
- En pacientes asmáticos la broncoaspiración puede exacerbar los síntomas aumentando el riesgo de crisis asmáticas. Por ello, el manejo debe incluir corticoides y broncodilatadores para reducir la inflamación y mejorar la función respiratoria.
- Este caso resalta la importancia de la rápida identificación y resolución de la obstrucción bronquial para evitar complicaciones mayores y garantizar una evolución favorable del paciente.

P. #1179

CUANDO UN TRAUMATISMO TE CAMBIA LA VOZ

Mercedes Moreno López[1], Julio César Santos Pastor[1], Patricia González Cuadrado[1], Arantxa Ramos Miravet[1], Alba Hernando Mate[2], Delia Herranz Benito[2]

1. Complejo Asitencial de Segovia, Segovia, España
2. Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 66 años, sin antecedentes de interés.
Acude a urgencias tras sufrir hace veinticuatro horas, mientras se encontraba trabajando en el campo, caída con traumatismo en hemitórax izquierdo con las palas de hierro de un tractor. Tras la caída acude al centro de salud donde no se objetiva patología urgente y se deriva a domicilio.
Pasadas veinticuatro horas el paciente refiere que presenta un acceso de tos y posteriormente nota sensación de aire que asciende desde el tórax hasta el cuello, con voz gangosa, disnea y posteriormente edema de cuello.
A su llegada a urgencias se encuentra estable hemodinámicamente, con saturación basal 94%. Presenta enfisema subcutáneo en hemitorax izquierdo y en cuello con crepitación. A la auscultación murmullo conservado, sin ruidos añadidos.
Se procede a colocar oxígeno en gafas nasales a dos litros y se realiza radiografia de tórax en la que se objetiva extenso enfisema, por lo que se completa estudio con TAC torácico.
En TAC torácico se objetiva extenso enfisema subcutáneo que se extiende desde los espacios masticadores hasta al menos la pared posterior de abdomen izquierdo. Neumomediastino que se extiende hasta pericardio.
Fractura acabalgada de tercer arco costal anterior izquierdo y de los arcos anteriores de cuarta y quinta izquierdas. Leve neumotórax izquierdo asociado que no condiciona desviación mediastínica, con pequeña cantidad de derrame pleural izquierdo.
Ante dichos hallazgos se decide contactar con servicio de cirugía torácica de hospital de referencia para manejo del paciente quienes aceptan el traslado.
Durante su estancia en su unidad el paciente permanece estable, con necesidad de oxígeno en gafas nasales a tres litros durante 72 horas, pero sin necesidad de medidas invasivas. Buena respuesta a tratamiento conservador sin necesidad de drenaje.
Al alta tratamiento conservador con analgesia a demanda y fisioterapia respiratoria, con posterior control en consultas con control radiográfico en el plazo de un mes.

CONCLUSIONES

El enfisema subcutáneo se produce tras la entrada de aire en el tejido sucutáneo, con la consiguiente distensión de partes blandas. Este mismo aire puede llegar a penetrar a mediastino causando neumomediastino o incluso llegar hasta pericardio y abdomen como el caso de nuestro paciente.
Entre sus posibles causas se encuentran la traumática, iatrogenia ,buceo o consumo de cocaína.
La clínica típica consiste en disnea, insuficiencia respiratoria, dolor retroesternal y edema de cuello con cambios en el tono de voz.
En la evaluación del paciente podemos observar enfisema subcutáneo con crepitación a la exploración y alteración en la auscultación pulmonar.
Por ello, ante cualquier traumatismo torácico debemos prestar especial atención a dichos signos en su evaluación inicial.
El gold estándar para su diagnóstico en es TAC torácico.
Solo un 10-15% de los casos necesitarán manejo quirúrgico, resolviéndose la mayor parte de ellos con tratamiento conservador con oxigenoterapia y analgesia.

P. #1180

GANGRENA DE FOURNIER

Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], Ángel José Macías López[1], Alicia Fabiana Salvatierra Maldonado[1], Paloma Azcoitia Plaza[1], José Wilder Quenata Romero[1], Enrique Garrido Rodríguez[2]

1. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
2. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 65 años de edad con antecedentes personales de Adenocarcinoma de Próstata Gleason 8, T2-3N0M0 tratado con radioterapia. Niega intervenciones quirúrgicas previas. Hábitos tóxicos: fumador de 1 caja de cigarrillos diaria y etilismo crónico. Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias derivado por su Médico de Atención Primaria por dolor escrotal y pene de una semana de evolución asociado a secreción purulenta por la uretra. Niega relaciones sexuales de riesgo. Niega fiebre ni sensación distérmica. No refiere traumatismo previo y no otros síntomas en anamnesis por aparatos y sistemas. A la exploración física afebril, hipotenso TA: 80/56mmHg , FC: 114 lpm SatO2: 98% . Regular estado general. Consciente y orientado. Palidez cutánea y mucosa. Abdomen : RHA presentes, blando y depresible , doloroso a la palpación en hipogastrio. Genitales: lesiones necróticas con edema indurado y secreción uretral purulenta a nivel de pene, eritema y calor en ambas regiones inguinales . Se solicita analítica donde destaca: leucocitosis 26.000 , Neutrófilos 24.900 , Plaquetas: 85.000 . Coagulación Fibrinógeno funcional 932 . Gasometría venosa Lactato 4.3

Dada la situación clínica del paciente los hallazgos analíticos se decide solicitar TAC urgente de pelvis que incluye área genital, donde se objetiva: presencia de gas en el tejido celular subcutáneo de la región del hipogastrio y en menor medida flanco distal izquierdo hasta llegar a zona peneana .Pene desestructurado a nivel interno con aire en el glande, cuerpo esponjoso y cuerpos cavernosos, la presencia de gas es difusa y se extiende por toda la estructura peneana. Existe una colección de 22x12 mm sin contenido aéreo que se localiza entre la colecciones hidroaéreas de las raíces de los cuerpos cavernosos y el aspecto interior de la próstata. Gas y líquido en bolsa escrotal derecha con afectación de testículo y hemibolsa escrotal izquierda presencia de líquido pero no de gas. Todos estos hallazgos son compatibles con Gangrena de Fournier.

Se inició tratamiento empírico con Piperazilina/tazobactan y se decide ingreso hospitalario para intervención quirúrgica urgente consistente en desbridamiento por planos y posterior ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para ventilación mecánica, sedoanalgesia, antibioterapia de amplio espectro y resto de medidas posoperatorias.

CONCLUSIONES

La gangrena de Fournier es una urgencia urológica definida como una fascitis necrotizante, que se presenta sobre todo en hombres, resultado de una infección polimicrobiana que se origina en la región anorrectal y/o genitourinaria, con una alta morbimortalidad hasta en 80% cuando no hay tratamiento oportuno. Con frecuencia se han identificado factores predisponentes como alcoholismo crónico, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, neoplasias malignas, VIH. Las especies aisladas más comúnmente son las enterobacterias, especialmente E.coli, Klebsiella spp., Proteus spp., Staphylococco, Streptococco, Clostridium spp., Bacteroidesspp., Fusobacterium.

La edad promedio de presentación es de 40 a 70 años. Tiene una evolución insidiosa, en la mayoría de los casos se presenta con dolor escrotal o vulvar que por lo general no corresponde con los hallazgos clínicos, edema, celulitis y eritema, que se pueden acompañar de olor fétido, crepitación y de datos sistémicos como fiebre, hipotensión y taquicardia; Al inicio la piel superficial está intacta mientras el proceso necrosante se disemina en las fascias, dificultando el diagnóstico oportuno. La infección se disemina 2.5 cm por hora, sin mostrar cambios en la piel.

La clave del tratamiento consiste en tres principios fundamentales: 1) estabilización hemodinámica (reanimación urgente con fluidos intravenosos, estabilización ácido-base y metabólica), 2) antibioticoterapia empírica de amplio espectro y 3) desbridamiento del tejido necrótico. Todos los pacientes deben ser sometidos a desbridamiento quirúrgico en las primeras 12 horas de admisión, este paso es crucial para detener la progresión de la infección.

P. #1187

LARVA MIGRANS CUTÁNEA

Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Julio Tito Camino Acha, Irene Mate Martín, Daniel Puente López, Saul Escudero Álvarez
Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La larva cutánea migrans es una parasitosis endémica de áreas tropicales y subtropicales, pero es posible su aparición en otras zonas debido al movimiento de turistas. Este parásito se encuentra habitualmente en el intestino de perros y gatos, generando huevos que son expulsados por la materia fecal y que posteriormente (en condiciones necesarias de humedad y temperatura) se convierten en larvas infecciosas.
La afectación cutánea se produce tras una inoculación accidental tras el contacto con estas larvas, provocando lesiones cutáneas serpiginosas, eritematosas y pruriginosas, avanzando por un extremo de forma errática.

OBJETIVO

A propósito de un caso, revisar y actualizar el protocolo de tratamiento de un paciente afectado por larva cutánea migrans.
Material
Revisión de caso clínico: Varón de 64 años sin historial médico relevante, de nacionalidad española que se encontraba de vacaciones en Senegal un mes antes, acudiendo a urgencias por molestias en planta del pie derecho que presenta desde que vuelve de viaje. Dichas molestias han ido aumentando de intensidad en las últimas semanas y se caracterizan por ser una lesión serpiginosa, eritematosa y pruriginosa localizada en planta del pie derecho.
El paciente comenta que un compañero con el que estuvo de viaje también en Senegal, ha presentado sintomatología similar, siendo diagnosticado de Larva migrans cutánea. Al paciente se le trata con Albendazol 400mg, 1 comprimido cada 12 horas por 28 días, desapareciendo la lesión y las molestias a los tres días. El paciente acude a consulta de Infecciosas, suspendiéndole el tratamiento por mejoría y dando de alta.
Resultados
En la literatura actual, el tratamiento contra la larva migrans cutánea es con Albendazol o Ivermectina. El Albendazol se administra vía oral a una dosis de 400mg/12 horas durante 3 - 7 días; la Ivermectina también es vía oral a una dosis de 200 µg/kg/día durante 1 – 2 días.

CONCLUSIONES

Nosotros consideramos que durante la entrevista del paciente en urgencias, hay que tener siempre en cuenta los viajes recientes, así como el contacto reciente con personas con patologías infectocontagiosas. Una buena anamnesis es fundamental para realizar un diagnóstico más preciso.

P. #1188

UNOS BRAZOS QUE MATAN

Estíbaliz Garrido Leal, Paloma Fernández Gómez, Iván Leitón Bautista, David García Gacimartín, Alba García-Páramo Bernáldez, Isabel Nieto Rojas
Complejo Universitario Hospitalario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 90 años, con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tumor vesical con hematuria crónica y fibrilación auricular. Antecedente de síndrome de vena cava superior por trombosis subclavia derecha, anticoagulado con sintrom.
En 2023 ingresó por shock hemorrágico secundario a hematuria franca. Se suspende sintrom y se sustituye por enoxaparina subcutánea a dosis terapéuticas tras rechazar cirugía del tumor.
En noviembre de 2024 acude a urgencias por edemas en miembros superiores, ingresando y siendo tratado como descompensación de insuficiencia cardiaca.
En diciembre 2024 consulta nuevamente por edema y dolor en miembro superior izquierdo (MSI) de 24 horas de evolución. En la exploración física destaca la presencia de hematoma, tumefacción en dorso de la mano y leve edema en muñeca izquierda, y el hallazgo de varices y hematoma a nivel del codo en el miembro superior derecho. No se observa en ningún miembro, signos de empastamiento o infección. Refiere haber cumplido tratamiento con enoxaparina a dosis de 12.000 unidades subcutáneas al día.
En la evaluación inicial, se planteó entre otros diagnósticos etiológicos, dadas las características del paciente y la presencia de varios factores de riesgo, la sospecha de trombosis venosa profunda de MSI. Siguiendo los algoritmos diagnósticos para esta patología, se solicita en la analítica el Dímero D, que resulta elevado (>7000ng/mL), por lo que se amplía el estudio con ecografía doppler, donde se confirma TVP en ambas venas subclavias, humerales y axilares. Se solicita angio TC, que descartó embolismo pulmonar.
Se decide ingreso en Geriatría para completar estudio, tratamiento y vigilar evolución.
Al ingreso se continua enoxaparina a dosis terapéuticas sin empeoramiento significativo de su hematuria. Se comenta con el Equipo de Radiología Intervencionista para valorar posibilidad de colocación de Filtro de vena cava superior, que es desestimado. Se transfunden 2 unidades de concentrado de hematíes y una dosis de Hierro carboximaltosa 1000 mg. IV manteniéndose la anticoagulación.
El paciente fue dado de alta tras dos semanas de ingreso, con cita ambulatoria en Urología para replantear cirugía de tumor vesical.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología común en los Servicios de Urgencias, a menudo infradiagnosticada, y causa principal de muerte evitable en hospitales. Diagnosticarla correctamente es crucial para prevenir complicaciones agudas, como la embolia pulmonar, y crónicas, como el síndrome postrombótico.

Es importante conocer los factores de riesgo que predisponen a esta condición: edad >60 años, inmovilización, cirugías, cáncer, anticonceptivos orales, embarazo, tabaquismo, trastornos de coagulación y antecedentes familiares. Si no se conocen, al diagnóstico debe seguir un estudio precoz para identificar posibles factores desencadenantes.
El paciente presentó un antecedente de trombosis de miembro superior, lo que indica un riesgo trombótico elevado y la posible presencia de factores no diagnosticados o enmascarados. Tras el diagnóstico, es fundamental un tratamiento precoz; sin embargo, en pacientes con alto riesgo de sangrado, esto puede ser un dilema, siendo necesario un enfoque individualizado, considerando los scores de riesgo hemorrágico/trombótico.
Este caso subraya la importancia de la ecografía en Urgencias como herramienta esencial para un diagnóstico rápido y eficiente. Es crucial contar con protocolos sistematizados que prioricen la identificación de factores de riesgo y su estudio posterior. Por último, la trombosis de miembros superiores, menos frecuente que la de miembros inferiores, se asocia a neoplasias como en este caso, y también es común tras la canalización prolongada de catéteres venosos centrales.

P. #1194

DE NEUMONÍA A CÁNCER DE PULMÓN EN 15 DÍAS

Alejandro Rodríguez Pérez[1], Esther Rodríguez Pérez[2], Marta Riera Arrúe[3]

1. Centro de Salud San Antonio, Ibiza, España
2. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
3. Hospital Can Misses, Ibiza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años sin antecedentes personales de interés, salvo alergia a levofloxacino, acude a urgencias (URG) hospitalarias por disnea y episodios intermitentes de fiebre vespertina de más de 20 días de evolución. De forma ambulatoria se había realizado una radiografía de tórax donde se evidenciaba condensación pulmonar derecha y tratado con antibioterapia empírica durante 7 días sin mejoría.
A su llegada se encuentra estable clínicamente y saturando a 98% con gafas nasales a 4 litros. Se solicita analítica (leucocitosis y reactantes de fase aguda levemente elevados), hemocultivos, antigenuria y Proteína C Reactiva (PCR) de virus que resultan negativos. Se realiza ecografía a pie de cama donde se observa escaso derrame no subsidiario de toracocentesis.
Se ingresa en neumología con diagnóstico de neumonía resistente a tratamiento y escalamos antibioterapia empírica a meropenem + linezolid. Ante la mala respuesta a este tratamiento se realiza tomografía computerizada (TC) de tórax donde se describe una imagen en vídeo deslustrado que podría ser compatible con neumonía y varios ganglios mediastínicos aumentados que, en principio, se consideran reactivos. Tras varios días sin mejoría de la clínica y sin un cultivo positivo se realiza broncoscopia con secreciones e inflamación sin claros signos de infiltración mucosa.
Tras estos resultados no concluyentes y ante la sospecha de proceso neoplásico se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) donde se evidencia un carcinoma de célula no pequeña compatible con adenocracinoma invasivo de origen pulmonar y en el PET/TAC posterior se estadifica como estadio IV.
Todo este proceso diagnóstico se realizó en 15 días.

CONCLUSIONES

Los tiempos de evolución de la clínica en una patología suele ser un parámetro importante para realizar diagnósticos diferenciales, sobre todo en urgencias hospitalarias. Sin embargo, hay ocasiones en las que es un distractor que nos aleja del diagnóstico correcto.
En este caso era una disnea y febrícula de aparición relativamente reciente (15 días antes de acudir a URG) que nos orientaba más a un proceso infeccioso. Además disponía de pruebas complementarias ambulatorias compatibles con esa orientación.
Aún así el proceso diagnóstico fue correcto y se realizó con relativa rapidez dada la dificultad de ir más allá de la evidencia momentánea de la que se disponía en el momento.

P. #1202

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA

Javier Ordovás Sánchez, Mónica Peña Marco, Marta Casaus Mairal, Marta Castejón Rabinad, Marta Morera Harto, María Del Carmen Orts Cansino

SALUD, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

- Anamnesis:

Paciente de 64 años sin antecedentes médicos conocidos ni alergias medicamentosas, es traída a urgencias en ambulancia por fiebre de hasta 39°C y bajo nivel de consciencia. Administran sueroterapia y paracetamol intravenoso (IV).

Acompañada por su hija, nos cuenta que la paciente acudió el día previo a este mismo servicio por cuadro de coxalgia, pautándose tratamiento sintomático para el dolor. Hace 4 días consultó en su centro de salud por cuadro de lumbociatalgia, pautándole tratamiento analgésico también.

Hoy por la mañana se había levantado estable, refiriendo lumbalgia y cierta debilidad en pierna derecha. Ha estado cuidando del nieto, pero sobre las 11 de la mañana inicia cuadro de malestar y fiebre, que evoluciona hasta tener bajo nivel de consciencia y ausencia de colaboración por su parte. También refiere la hija que ha realizado algún vómito, pero que no lo han presenciado. No refiere clínica infecciosa ni fiebre los días previos.

- Exploración física:

A su llegada, Tensión Arterial (TA) 119/64, Frecuencia Cardíaca (FC) 110 latidos por minuto (lpm), Temperatura (T) 39°C, Saturación de Oxígeno 94%.

Auscultación Cardiopulmonar: taquicardia rítmica e hipoventilación generalizada.

Abdomen globuloso y distendido, aparentemente no doloroso, sin palparse masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado.

Exploración neurológica: bajo nivel de consciencia con tendencia a la somnolencia. Abre los ojos a la llamada, pero no responde órdenes sencillas, afasia motora, moviliza las 4 extremidades al dolor, no desviación de comisura bucal, pupilas isocóricas y normorreactivas. Aparentemente no se ven alteraciones en los pares craneales. Maniobras meníngeas positivas y rigidez de nuca. Glasgow 8-9.

- Pruebas complementarias:

Ante la alta sospecha de meningitis se solicita Tomografía Computarizada (TC) cerebral para descartar signos de hipertensión intracraneal u otras alteraciones. Se extrae analítica sanguínea (AS) completa, orina y hemocultivos. Tras resultados de TC normales se realiza punción lumbar, extrayendo líquido con alta presión y de aspecto turbio, con el siguiente resultado: hipoglucorraquia + hiperproteinorraquia, tinción para cocos Gram +, Film array + S. pneumoniae. En AS se aprecia PCR de 33 sin otras alteraciones. Dada la clínica de ciatalgia y lumbalgia se decide pedir TC de columna para descartar posibles focos infecciosos, siendo este normal. También se solicita Radiografía de tórax, sin alteraciones agudas.

- Tratamiento:

Se inicia tratamiento con Dexametasona + Ceftriaxona + Vancomicina + Ampicilina + Aciclovir de forma precoz (en la primera hora).

Por último, se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para valorar a la paciente. A su llegada, la paciente ha mejorado clínicamente, por lo que ingresa a cargo de Medicina Interna, continuando el tratamiento anteriormente descrito, con evolución favorable.

CONCLUSIONES

- Ante todo cuadro de fiebre elevada y bajo nivel de consciencia debemos descartar infecciones del sistema nervioso central.
- Es importante una rápida actuación para aumentar las posibilidades de supervivencia de la paciente, iniciando el tratamiento antibiótico y corticoideo lo antes posible.
- Estos pacientes requieren una vigilancia estrecha, por lo que puede ser necesario una valoración por la UCI.

P. #1203

GESTACIÓN Y FIEBRE: IMPORTANCIA DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS

Rosana Bustillo Aldama, Nerea Sainz De La Maza Cabezas, Danae Moreno Alcaide, Imanol Íñiguez Sánchez, Raúl San José Gómez, Vanessa Jávega Quiroga

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual
Mujer de 36 años gestante de 22 semanas que acude al servicio de urgencias presentando síndrome febril de 39°C y aftas orales. No hay clínica infecciosa a ningún nivel. Como antecedente importante tiene una neutropenia crónica (PMN 300-500) desde la adolescencia en seguimiento con hematología, paratiroidectomía por hiperparatiroidismo primario e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo.
Tratamiento habitual: Eutirox, Tardyferon y Yodocefol.
Exploración física
T/A: 94/62 , FC: 128 , Tra: 39.3°C , SatO2: 100%.
Consciente y orientada. Hidratada y normoperfundida.
CyC: no plétora ni soplos. Orofaríngе: aftas orales en borde lingual y en paladar blando dolorosas al tacto.
Auscultación cardíaca: taquicardia sinusal. No soplos
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.
Puñopercusión renal bilateral: negativos.
No hay edemas ni signos de trombosis.
Exploración neurológica sin alteraciones
Pruebas complementarias
Analítica: hemoglobina 10.7g/dL , hematocrito 31%, plaquetas 192x 10^3, leucocitos 1,57 x 10^3 (PMN 390 linfocitos 490) PCR: 343,42mg/L, fibrinógeno 724 mg/dL.
Urocultivo: negativo
Streptococo pyogenes (Streptotest): negativo
Hemocultivos: Kingella kingae.
Ecocardiograma: sin estigmas de endocarditis.
Juicio clínico
Bacteriemia por Kingella kingae en gestante de 22 semanas.
Neutropenia severa crónica febril.
Evolución
En urgencias se monitoriza y se trata con suero fisiológico, paracetamol 1 gr y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr intravenosa que se mantiene 14 días e ingresa en el Servicio de Hematología.Tiene buena evolución clínica con desaparición de las aftas orales y de la fiebre.
Se realiza ecocardiograma transesofágico y se descarta endocarditis.
Al alta, leucocitos 2200 PMN 950 y PCR 43.

CONCLUSIONES

La extracción de hemocultivos en urgencias permite filiar las bacteriemias de forma precoz y la administración del antibiótico más acorde según el tipo de microorganismo, sensibilidad marcada por el antibiograma y características del paciente. Esto cobra importancia ante la aparición de bacterias emergentes como K.kingae que es una bacteria colonizadora de la orofaríngе y que se aísla principalmente en niños con artritis séptica y en bacteriemias en pacientes inmunodeprimidos.
Nuestra paciente sufre de una neutropenia crónica desde la adolescencia pero no había tenido bacteriemias previas.
Aunque las mujeres embarazadas no están inmunodeprimidas en el sentido clásico, los cambios en la fisiología e inmunidad, (de la celular a la humoral) pueden hacer que sean más susceptibles a ciertos patógenos intracelulares (incluidos virus y bacterias) o se vean más gravemente afectadas por enfermedades infecciosas.
El conocimiento sobre las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes durante el embarazo es aún limitado. Un reto añadido para el estudio es la selección de un grupo de control apropiado ya que la mayoría de los estudios previos han sido retrospectivos y sin grupos de control.
La respuesta alterada de las mujeres embarazadas a las enfermedades infecciosas emergentes o no, debe tenerse en cuenta y por ello ser considerada una población especial.

P. #1206

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO ¿QUÉ DEBE SABER LA URGENCIOLOGA?

Leila Alonso Fernández[1], Jesica Pazos González[2], Sonia Beatriz Rodríguez Martínez[2], Mayra Beltrán López[1], Blanca Cereijo Suárez[1]

1. Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, España
2. Hospital Barbanza, Ribeira, España

INTRODUCCIÓN

Motivo de consulta: Varón de 74 años al que su hijo trae a urgencias por presentar disnea intensa y deformidad en el cuello.
Enfermedad actual: A su llegada al servicio de urgencias la enfermera constata deformidad en el cuello, taquipnea e inquietud por lo que se traslada al box vital. El paciente refiere que desde hace unos días presenta cuadro catarral con tos, odinofagia intensa y disnea que ha ido empeorando apareciendo ahora deformidad en el cuello e intenso malestar.
Antecedentes personales: sin hábitos tóxicos, hipertensión arterial, neumonitis por hipersensibilidad en fase fibrosante.
Tratamiento: Olmesartan 10mg, Acetilcisteína 600mg
Exploración física: Respiración superficial, inquietud, saturación oxigeno 94%, auscultación cardiaca rítmica sin soplos, pulmonar hipofonesis generalizada. Se observa enfisema subcutáneo desde cara anterior de tórax hasta región malar bilateral. Orofaringe sin hallazgos.

OBJETIVO

Ante los antecedentes del paciente y su situación actual se solicitan pruebas complementarias, se administra analgesia con dexketoprofeno 50mg intravenosos y codeína oral para evitar continuos accesos de tos y se procede a toma de decisión con equipo de urgencias, hospital de III nivel y el paciente y sus familiares

MÉTODO

Se realiza
Analítica sin hallazgos significativos
TAC tórax: Marcado neumomediastino con presencia de gas que rodea aorta y los grandes vasos, pericardio, tráquea, esófago; disecando el aire al espacio cervical profundo del cuello. Severo enfisema subcutáneo en región cervical y torácica bilateral de predominio izquierdo. Enfermedad pulmonar intersticial bilateral en fase fibrótica avanzada severa panalización subpleural, bronquiectasias traccionales quísticas y saculares confluyentes
Conclusiones: hallazgos sugestivos de rotura del espacio alveolar distal (Efecto Macklin)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Juicio clínico: Neumomediastino extenso con severo enfisema subcutáneo en paciente con enfermedad fibrótica pulmonar de base.
Se plantea traslado a hospital de III nivel por parte del personal de urgencias del centro mediante medicalización de ambulancia básica segun procedimiento habitual.
Dadas las características del paciente no se considera subsidiario de ingreso en unidad de cuidados intensivos, tampoco se considera la intubación orotraqueal por patología de base que hará imposible retirada de ventilación mecánica posterior.
Se trata de una complicación sobre enfermedad crónica en fase terminal por lo que solamente podrían considerarse medidas de confort si hubiese un deterioro durante el traslado, se le expone al paciente y a su familiar.
Se traslada a hospital de III nivel para ingreso en cirugía torácica y control de síntomas.
El paciente presentó buena evolución con analgesia y reposo y fue dado de alta días después con descenso del enfisema y del neumomediastino.

CONCLUSIONES

Ante un paciente en un hospital comarcal que requiere traslado es muy importante valorar antes de realizar el mismo posibles complicaciones derivadas de enfermedad de base y proceso agudo intercurrente del paciente.
En este caso lo más importante era decidir a qué medidas era candidato nuestro paciente pues pese a ser independiente se trataba de una enfermedad crónica en estadio avanzado y sin probabilidad de curación. Por otro lado la capacidad funcional del paciente tampoco permitía la realización de medidas terapéuticas agresivas sin incurrir en encarnizamiento terapéutico
El médico de la urgencia debe ser capaz de tomar decisiones rápidas y valorar todas las posibles complicaciones sobre todo cuando se trata de hospitales comarcales en los que el traslado y la medicalización de los dispositivos los realizamos nosotros.

P. #1207

¿QUÉ LE PASÓ A MI CUELLO?

Ruth Nathaly Estupiñan Paredes, David Iglesias Pedemonte, Lorena María José Gauto Ibarrola, Luis Bernardo Gaitan Asturias, José Francisco Fernández Rodríguez, Francisco Trapiello Valbuena

Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años con antecedente de trasplante renal, e insuficiencia cardiaca de etiología isquémica con fracción de eyección severamente reducida (34%), portadora de desfibrilador automático implantable (DAI) Boston como prevención primaria, que requirió recambio por descarga inapropiada tras fractura de electrodo. Posterior a reimplante de dispositivo, la paciente presenta edema cervical izquierdo con posterior odinofagia y disfagia. Es valorada inicialmente en centro de salud donde realizan tratamiento con antibioticoterapia, sin embargo, después de 15 días de evolución persiste la sintomatología; razón por la cual consulta a urgencias del hospital donde se encuentra clínicamente con dolor cervical izquierdo, edema ipsilateral y equimosis que se extiende hasta la mama.
Ante hallazgos, se realiza Tomografía que evidencia: "Estructura vascular izquierda hiperdensa que por localización parece corresponder a la vena yugular, podría estar trombosada en el segmento cervical". Se realiza el diagnóstico de trombosis de vena yugular en segmento cervical, secundario a cambio de dispositivo intracardiaco y se inicia tratamiento con anticoagulación. Ante estabilidad de la paciente, es comentada con Cardiología y cirugía vascular, con quienes se considera tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio con tomografía de control.

CONCLUSIONES

La trombosis yugular es una patología que se presenta en menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica y en muchas ocasiones se ha asociado con infecciones odontogénicas, otológicas, faríngeas, secundario a drogas vía parenteral y o traumatismos; sin embargo, actualmente tiene una mayor frecuencia el daño de pared vascular secundario a: catéteres centrales, dispositivos intravasculares, dispositivos cardiacos como el marcapasos, hemodiálisis, cirugías cervicales. Se debe tener en cuenta que al ser un diagnóstico poco común es difícil de realizarlo. Aunque se puede pensar en otras causas que causen los síntomas, debemos tener en cuenta esta patología como un diagnóstico diferencial.

P. #1215

NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

Rebeca Díaz Cortés[1], Sara Isabel Cosío De Los Arcos[2], Noelia De Sousa Pérez[2], María Eveline Nicolaita Colacel[2], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[2]

1. Fundación Hospital Jove, Gijón, España
2. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 63 años, cuyos antecedentes personales de interés son enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) GOLD E en tratamiento con triple terapia inhalatoria y epilepsia frontal en tratamiento con oxcarbazepina, que es traído por el sistema de atención móvil de urgencia por disnea. Según relata personal sanitario "son avisados porque la madre del paciente escucha un ruido y objetiva al paciente en el suelo sin responder". A la llegada de equipo de Urgencias se observa al paciente consciente, taquipneico con trabajo abdominal y cianosis central y periférica. Se administra nebulización de salbutamol e ipratropio más hidrocortisona intravenosa ante sospecha de agudización de EPOC; y se inicia tratamiento con ventilación mecánica no invasiva. A su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalarias, el paciente se encuentra consciente, pero es imposible realizar anamnesis por el regular estado general. A la exploración se visualiza al paciente taquipneico con trabajo abdominal y mala tolerancia a la ventilación mecánica no invasiva, sin objetivar signos de mala perfusión periférica en el momento actual. A la auscultación presenta hipoventilación generalizada, resto de exploración impresiona de normal. Se solicita analítica con reactantes de fase aguda y gasometría arterial; objetivando un pH 7 y pCO2 85 mmHg, y se realiza radiografía de tórax sin objetivar lesiones pleuropulmonares agudas. Ante la escasa eficacia de la ventilación mecánica no invasiva, se revisa la historia del paciente y las pruebas de imagen objetivando un neumotórax pulmonar derecho. Por este motivo, se solicita una tomografía computarizada de tórax objetivando lo expuesto previamente , además de fracturas del 6° a 10° arcos costales derechos y un nódulo pulmonar derecho sospechoso de malignidad. Por ello, se decide colocación de tubo de toracostomía 32 F con mejoría clínica notoria y se solicita valoración por Cirugía Torácica quienes ingresan al paciente. Ese mismo día, el paciente evoluciona tórpidamente por lo que fue valorado por Medicina Intensiva quienes ingresan al paciente y solicitan un electroencefalograma ante sospecha de crisis epiléptica como causante de la caída. Posteriormente el paciente permanece durante dos semanas ingresado en su Hospital de referencia con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

El neumotórax es una de las patologías pulmonares más frecuentes. Consiste en una acumulación de aire entre la pleura visceral y parietal; el grado del colapso determina la presentación clínica. Existen dos tipos traumático como fue en este caso por fracturas costales o atraumático. Este último puede asociarse a enfermedad pulmonar o ser espontáneo. Con este caso, se pretende mostrar que hay que analizar todas las pruebas

de forma detallada y en caso de mala evolución clínica realizar un buen diagnóstico diferencial. Lo más frecuente y esperado es que el paciente hubiese presentado una agudización de su enfermedad base, sin embargo, revisando bien las pruebas complementarias se podía haber descartado desde el primer momento el neumotórax.

Bibliografía:

1. EMS Pneumothorax - StatPearls - NCBI Bookshelf (Internet). (citado 10 de febrero de 2025). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482161/
2. Pneumothorax - StatPearls - NCBI Bookshelf (Internet). (citado 10 de febrero de 2025). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441885/
3. Jiménez Murillo L. Montero Pérez FJ, et al. Neumotórax espontáneo. En: Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 20(1)5. p. 273-6.

P. #1216

MÁS ALLÁ DE LO INFECCIOSO; EL DESAFÍO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS

Beatriz García-Borregón Domonte, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Gismera, Manuel Luis Gómez Blanco, Beatriz Mañero Criado

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo, que consulta por fiebre intermitente de dos semanas de evolución y artralgias migratorias. En la exploración física se detecta una temperatura de 38 °C, sin otros hallazgos significativos.

Las pruebas complementarias destaca en la analítica anemia leve (Hb 11,7 g/dL) y trombocitopenia leve (119 × 10^9 plaquetas), además de evidencia de coagulopatía, reflejada en un INR de 1,3 y un tiempo de tromboplastina parcial activado prolongado. Se aprecia también una hipertransaminasemia leve, con niveles de Lactato deshidrogenasa de 600 U/L, proteína C reactiva 140 mg/L y procalcitonina de 35. Los estudios de imagen y microbiológicos (radiografía de tórax, análisis de orina, PCR para virus respiratorios y tomografía computarizada abdominal) no muestran alteraciones.

Se inicia tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro. A las 24 horas del ingreso, la paciente desarrolla lesiones eritematosas en el tronco y las extremidades superiores, inicialmente atribuidas a un posible efecto secundario del antibiótico. Sin embargo, la persistencia en la elevación de los reactantes de fase aguda en la analítica de control, junto con la aparición del exantema, llevan a plantear un diagnóstico diferencial con otras enfermedades sistémicas, destacando Enfermedad de Still del adulto como principal sospecha. Se inicia tratamiento con corticoterapia, con remisión de la fiebre y la mejoría de las artralgias.

CONCLUSIONES

El abordaje de la fiebre sin foco en urgencias debe ser amplio, considerando no solo las infecciones, sino también enfermedades autoinmunes, neoplasias y otras patologías sistémicas. Un diagnóstico tardío puede afectar el pronóstico, ya que la demora en identificar procesos autoinmunes puede retrasar el inicio del tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones. Además, disponer de un período de observación para evaluar la evolución clínica y la aparición de signos tardíos es fundamental para orientar el diagnóstico. Es importante reconocer que no siempre es posible definir un diagnóstico definitivo en las primeras 24 horas, lo que representa un desafío significativo para el urgenciólogo.

P. #1223

OSTEOMIELITIS: LA INFECCIÓN DE POR VIDA

Teresa Salinero Delgado[1], Karen Nielsen Martínez[1], M Yolanda Calleja Gordaliza[2], Arantxa Ramos Miravet[1], Leticia silva Iglesias[1], Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos[1]

1. Hospital General Segovia, Segovia, España
2. Segovia II, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 56 años con antecedentes de interés de esclerosis múltiple progresiva de 20 años de evolución que llega a urgencias por fiebre termometrada de 39°C de 3 días de evolución, con mal estar general y somnolencia sin sintomatología infecciosa asociada. Presenta dolor en la zona sacra donde tiene la úlcera por presión (UPP).
Basal: Dependiente actividades vida diaria. Vive con su madre, encamado e incontienente doble.
Antecedentes personales: Dos ingresos en el último año por osteomielitis por UPP de grado IV.
Pruebas complementarias:
-Analítica: Leucocitosis, Proteina C Reactiva de 180 miligramos por litro (mg/l) y procalcitonina de 1 ng/ml.
-Exudado UPP sacra anterior ingreso: Enterococcus faecalis sensible a ampicilina o amoxicilina, vancomicina, teicoplanina y linezolid.
-Hemocultivos negativos.
-aphylococcus aureus resistente a la meticilina nasal positivo
-Resonancia Magnética de anterior ingreso: Osteomielitis.
Juicio clínico: Fiebre origen UPP del sacro grado IV. Osteomielitis.
Tratamiento en urgencias: Piperacilina tazobactam 4-0,5g/6-8h intravenoso añadiendo posteriormente linezolid 600 mg/12 horas.
Se decidió ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso.
La osteomielitis es una infección y destrucción de los huesos por microorganismo, en este caso por infección de la UPP sobre todo cuando el hueso está expuesto. Los principales causantes son Staphylococcus aureus (S. Aureus) 40% de los casos y Bacilos gramnegativo 10–20% foco contiguo, es muy importante recoger muestra para poder localizar el microorganismo casual para que el antibiótico este bien pautado.
La Clínica es gradual y consiste en dolor sordo en el sitio afectado, con o sin movimiento, signos locales (sensibilidad, calor, eritema e hinchazón) además de síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos).
En cuanto a las pruebas complementarias, marcadores de inflamación (PCR) puede constituir un marcador indirecto (subrogado) de la respuesta al tratamiento en algunas infecciones (en particular en casos causados por S. aureus).
Tratamiento de osteomielitis secundario a UPP:
-Amocixilina/Clavulanico 2-0,2g/6-8h iv
-Ertapenem 1g/12-24h iv
-Meropenem 0,5-1g/6
-Piperazilina tazobactam 4-0,5g/6-8h iv
-Tigeciclina 100 mg iv seguido de 50mg/12hiv
Asociación de antibióticos:
Ceftriaxona 2g/día o cefotaxima 2g/8h + metronidazol 500mg/6-8h oral o clindamicina 600mg/6h iv
Osteomielitis crónica; rifampicina 300 mg/2 comp día +ciprofloxacino 500 mg /1 vez día

CONCLUSIONES

En conclusión, dependiendo de la vía de transmisión, edad y patología del paciente serán factores que afecten a la evolución de la osteomielitis.
La osteomielitis aguda necesita tratamiento en el momento agudo con antibiótico siempre intentado localizar el microorganismo causante soliendo ser el S. Aureus en el 40 % de los casos, con difícil solución de la infección y en muchas ocasiones esta se convierte en osteomielitis crónica que precisa largas temporadas de antibiótico e incluso a veces de por vida al verse afectado por el biofilm. Por lo tanto, en un paciente frágil y foco sin fiebre de larga evolución siempre hay que revisar las UPP puesto que esta suele ser la principal causa de infección.

P. #1225

DOCTORA, TENGO FIEBRE "SIN MÁS"

Eva Pérez Valle, Irene Inglés Mancebo, Lucía Salgado Pérez, Ana Herrera Marinas, Marta Herranz López, Laura Viaño Iglesias

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años, diabética, dislipémica, asmática, con una mielemia en estudio por hematología y una policondritis recidivante con afectación sistémica por la que recibe tratamiento con adalimumab, acudió a Urgencias por fiebre de hasta 39°C de 3 días de evolución, de predominio vespertino, asociando orina más maloliente, pero sin síndrome miccional asociado, así como congestión nasal mayor de la habitual, sin dolor facial. Como antecedente reciente, refirió estar en seguimiento por el dentista para realización de implantes dentales.

A su llegada a Urgencias la paciente tenía Tª 38°C, TA 108/64 mmHg; FC 97 lpm; SatO2 98%. La exploración ORL, así como la auscultación cardiopulmonar, la exploración abdominal y neurológica eran rigurosamente normales, por lo que dado que la paciente tenía fiebre sin claro foco, se solicitó analítica, sistemático de orina, radiografía de tórax y hemocultivos. En analítica inicial destacaba una leucopenia de 2800 leucocitos con 1.100 neutrófilos, 500.000 plaquetas y una PCR de 84,7, pero tanto el sistemático de orina como la radiografía eran normales, por lo que, al tratarse de una paciente inmunodeprimida, se solicitó CT de cráneo como parte del estudio del origen de la fiebre.

En el CT de cráneo se objetivó como único hallazgo relevante una ocupación prácticamente completa los senos paranasales, frontal y maxilar, en relación con patología inflamatoria sinusal.

Dado que la paciente se encontraba clínicamente mejor y afebril tras pautar paracetamol iv y con aceptable estado general, se acordó revisión en 48 horas para ver evolución, habiendo sido dada de alta con antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas).

La paciente volvió a acudir a Urgencias para revisión en 48 horas, indicando encontrarse clínicamente mejor desde inicio de antibioterapia, afebril desde hacía 24 horas. La exploración física continuaba siendo anodina, con Tª 36,8°C a su llegada. Analíticamente presentaba mejoría de la cifra de leucocitos (4220), con 2000 neutrófilos, pero con empeoramiento de la cifra de plaquetas (577.000) y PCR de 89,6. Durante el contexto del estudio, realizaron un aviso desde microbiología por crecimiento de listeria monocytogenes en hemocultivos recogidos 48 horas antes, por lo que se decidió realizar una punción lumbar para completar estudio, la cual fue normal.

Se inició tratamiento con ampicilina y trimetoprim/sulfametoxazol iv, con evolución clínica favorable, pudiendo ser dada de alta tras una semana de tratamiento para seguimiento ambulatorio.

La listeria monocytogenes es una bacteria gram positiva anaerobia facultativa que afecta de forma predominante a personas inmunodeprimidas, entre las que se incluyen entre otras, personas con enfermedades hematológicas o en tratamiento con fármacos biológicos, como ocurre en el caso expuesto. Las manifestaciones clínicas principales son la bacteriemia y la afectación del SNC (meningitis/meningoencefalitis). La forma más habitual de contagio es a través de la ingesta oral de alimentos contaminados. En el caso de la paciente del caso presentado, durante el ingreso no se llegó a dilucidar si el origen de la infección fue por la afectación ORL (sinusitis) o por la ingesta de salmón ahumado referida en una de las entrevistas que se le hicieron a posteriori. En el momento de la redacción del caso, está pendiente de los resultados de anatomía patológica de muestras de mucosa nasal.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista del manejo de la patología infecciosa en Urgencias, un aspecto fundamental es tener siempre presente la singularidad de los pacientes inmunodeprimidos, puesto que pueden debutar con fiebre como único signo objetivable, pero con escasa expresión sintomática, lo que hace especialmente importante prestar atención en la anamnesis y en la exploración física, así como en las pruebas complementarias solicitadas para poder realizar un diagnóstico temprano de patologías potencialmente graves.

P. #1228

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA IDIOPÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

Manuel Luis Gómez Blanco, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Gismera, Beatriz García-Borregón Domonte

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años, fumador y sin otros AP de interés, que acude a Urgencias por astenia y malestar general de 1 semana de evolución asociado a sensación distérmica, disnea de moderados esfuerzos y tos. Refiere así mismo dolor abdominal difuso, diarrea de 2 deposiciones líquidas al día y náuseas sin vómitos. En la analítica se evidencia leucocitosis con neutrofília, así como eosinofilia marcada (9000), LDH 300 y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 70). En radiografía de tórax se evidencian infiltrados pseudonodulares bilaterales. Por todo lo anterior, se decide ingreso a cargo de Neumología para estudio. Durante el ingreso, se realiza estudio de hipereosinofilia con marcadores tumorales que resultan negativos, serologías también negativas, e incluyendo la realización de quantiferón. En TCbody se objetivan imágenes sugestivas de enfermedad neoplásica diseminada con afectación pulmonar, hepática y carcinomatosis peritoneal. Se decide por ello, la realización de varias pruebas, tales como gastroscopia y colonoscopia sin alteraciones, así como biopsia transbronquial (BTB) y ecobroncoscopia (EBUS) con toma de biopsias con anatomía patológica compatible con neumonía eosinofílica sin evidencia de malignidad. En lavado broncoalveolar (BAL) se observa citología negativa para células tumorales con predominio de PMN (75%). En EBUS PAAF de adenopatías, se observa presencia de abundante material hemático, pared bronquial, ganglio linfático de patrón polimorfo y moderada eosinofília. Desde el servicio de Urgencias, se inicia tratamiento con corticoterapia (Urbasón 20mg cada 8 horas) que se continúa durante el ingreso. El paciente presenta buena evolución clínica, con disminución de las necesidades de oxígeno y mejoría de los infiltrados en radiografía, así como resolución de la eosinofília en analítica. El paciente es dado de alta por parte de Neumología con diagnóstico de neumonía eosinofílica aguda idiopática con buena respuesta a corticoides.

CONCLUSIONES

La eosinofilia pulmonar (EP) agrupa a distintas enfermedades que comparten la presencia de infiltrados pulmonares y eosinofilia sanguínea o pulmonar en algún momento de su evolución, y entre las que se incluye la neumonía eosinofílica aguda. La presentación clínica de esta enfermedad incluye un síndrome febril de menos de 5-7 días de evolución, asociado a insuficiencia respiratoria hipoxémica, junto con infiltrados difusos alveolares y eosinofília en lavado broncoalveolar (LBA) >25%. Si bien la presentación clínica puede ser similar a otros cuadros como procesos infecciosos o el síndrome de distrés respiratorio, el diagnóstico se basa en la realización de un LBA, así como en la exclusión de otras enfermedades. Es muy importante el realizar un adecuado diagnóstico diferencial y de exclusión con infecciones por helmintos u hongos, enfermedades reumatológicas como la granulomatosis eosinofília con poliangeítis (Síndrome de Churg-Strauss) o la artritis reumatoide, así como síndrome hipereosinofílico, o tumores hematológicos tipo síndrome linfoproliferativos, o abdominales como se sospechaba al principio en el caso del paciente descrito. Si bien la mayoría acaban siendo idiopáticas, se han descrito casos con probable relación a reacciones de hipersensibilidad aguda a antígenos inhalados, así como el tabaco. Una vez excluida las posibles causas expuestas, se puede llegar a realizar un diagnóstico de neumonía eosinofílica aguda idiopática, y objetivarse así mismo una respuesta completa al tratamiento con corticoides.

P. #1231

¿SOLO CIÁTICA? LUMBOCIÁTICA COMPRESIVA SECUNDARIA A METÁSTASIS SUPRARRENAL

Teresa Mahave Carcelén, Alberto Guillén Bobé, José Peinado Pérez, Marta Morera Harto, Marta Castejón Rabinad, Saida Macho Fillat

HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años de edad que acude a urgencias HUMS, boxes de Traumatología.
ANTECEDENTES: Exfumador de 9años. Hipertrofia benigna de próstata, hipertensión arterial, diverticulosis, neumonía bilobar en 2018. Resección de pólipos colónicos bajo riesgo.
CONSTANTES:
114/60mmHg, 77 l.p.m., Temperatura: 37,30 °C, SatO2: 91%
Acude a urgencias por lumbociática derecha de 3 días de evolución, refiere cuadro de dolor intermitente de 3 meses de evolución. No síndrome de cola de caballo ni alteraciones de la marcha. Refiere febrícula en domicilio de una semana de evolución que el paciente atribuye a vacunación gripe + COVID19 reciente (temperatura máxima 38°C). Niega otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.
EXPLORACIÓN:
*LUMBAR: no apofisalgia, no alteraciones en piel. Puñopercusión negativa. Dolor leve a la palpación de sacro-iliacas. Intenso dolor a la palpación de punto ciático derecho. Lassegue y Bragard + a 20º. Se aprecia aumento de tamaño de glúteo derecho con respecto a contralateral.
*PIERNA DERECHA: aumento de perímetro en toda la extremidad derecha (desde ingle hasta pie) con respecto a contralateral, sin enrojecimiento ni heridas a ningún nivel. Pulso pedio presente. Edema con fóvea, empastamiento. No dolor a la compresión manual de gemelo, Homans (-). No se palpa cordón venoso a nivel inguinal ni a ningún otro nivel.
*A.PULMONAR: sin ruidos sobreañadidos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
*Se decide extracción de analítica sanguínea:
- Marcadores cardíacos, equilibrio venoso ácido-base y resto de parámetros no referenciados en el presente informe, en rango de normalidad.
- PCR: 18,03; PCT: 1,30.
- Bioquímica: creatinina: 1,31 (FG: 55,55; ERC estadio 3A)
- GGT: 596; GOT: 63; GPT: 88.
- Hemograma. leucocitos: 27,3; neutrófilos: 17,3 (63,9%). Serie plaquetar: 136. Hb 12,4
- Hemostasia: AP: 59 %; TP: 18,6; dímero D (DD): 18873.

* Radiografía PA/LAT de tórax:
Silueta cardiomediastínica dentro de la normalidad. Hilio derecho prominente, respecto a controles previos ha ido creciendo progresivamente de tamaño de proceso neumónico de 2018. Se recomienda completar con estudio TC tórax programado. Resto de parénquima sin evidenciar focos consolidativos. Tampoco derrame pleural.
Ante estos hallazgos (DD 18.873) se contacta con Cirugía Vascular de guardia para realización de eco-Doppler urgente para descartar patología tromboembólica en miembro inferior derecho (MID)
*Eco-doppler. se visualiza sistema venoso profundo permeable desde cayado safeno-femoral, vena femoral compresible y permeable con flujo fásico y espontáneo con movimientos respiratorios, vena poplítea y gemelares también permeables. Sistema venoso superficial permeable. Se descarta trombosis venosa profunda (TVP) en el momento actual.
Tras descartar TVP a nivel de MID, se solicita angioTC para descartar tromboembolismo pulmonar, cuyas concluisones son:
- No se identifica TEP.
- Múltiples adenopatías mediastínicas e hillares derechas. Infiltración hepática metastásica, asi como nódulos sospechosos en suprarrenal derecha y subcutáneo adyacente a músculo infraescapular izquierdo.
- Dadas las características del estudio actual de carácter urgente (arterial pulmonar por sospecha de TEP), se recomienda completar con estudio TC toracoabdominal programado.

CONCLUSIONES

1. Metástasis hepáticas incidentales, así como nódulos suprarrenales sospechosos, que ingresa para estudio de filiación de tumor primario. Adenopatías mediastínicas múltiples.
2. Fiebre de una semana de evolución (38,1 °C) con leucocitosis franca, desviación izquierda y parámetros de SRIS, sin identificación de claro foco infeccioso, posible reacción vacunal generalizada a vacuna de gripe.
3. Ciatalgia por compresión extrínseca (probablemente derivada de metástasis de glándula suprarrenal)
Extraídos HC. Mejoría de dolor tras analgesia IV (tramadol). Inicio antibioterapia con LEVOFLOXACINO y corticoterapia a dosis medias.
Ingreso a cargo de MEDICINA INTERNA para filiación diagnóstica. Tras estudios complementarios se diagnostica de adenocarcinoma de pulmón metastásico (ganglionares, cerebrales, hepáticas, SR derecha, renal izquierda, óseas...), así como de fractura patológica acetabular y atrapamiento ciático de origen tumoral.

P. #1235

UNA SINUSITIS COMPLICADA

María Pérez Alonso-Castrillo, Raquel García Hernández
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 24 años que acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas que no relaciona con esfuerzo ni otra sintomatología. Hace dos semanas cuadro catarral de vías altas y sinusitis tratada con amoxicilina. No fiebre, no disnea, no tos.
Constantes: TA 113/73, FC 101 SatO2: 97% basal. Afebril 36.5 °C. Exploración física anodina, auscultación sin ruidos sobreañadidos. Se realizan radiografía con hallazgo de masa cavitada 6 cm en lóbulo inferior izquierdo con nivel hidroaéreo (se adjunta imagen). Analítica con Leucocitosis (19.000) y neutrofilia (13. 700). PCR 260 mg/L. Resto normal.
Ingresa en medicina Interna y se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona y clindamicina, se amplía TAC de tórax donde se confirma masa pulmonar compatible con absceso de 7 x 6.5 x4 cm. Sin derrame pleural ni consolidaciones asociadas. Valorada por cirugía torácica se decide manejo conservador.
Evolucionó favorablemente y a los pocos días fue dada de alta con cefixima y clindamicina durante 14 días más. Control radiológico al mes con mejoría y practica resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

El absceso pulmonar es una infección grave y poco frecuente del parénquima pulmonar consecuencia de necrosis del tejido con formación de una cavidad circunscrita, de paredes gruesas que contiene material purulento.
Puede ser primaria originada directamente en una infección pulmonar como complicación de una neumonía adquirida en la comunidad o secundaria a una infección sistémica metastásica.
Ente los factores de riesgo causantes encontramos aquellas con riesgo de microaspiración de bacterias anaerobias de la orofaringe como el estado mental alterado, alcoholismo, trastornos neuromusculares, anestesia, obstrucción bronquial, cáncer o enfermedades pulmonares crónicas. También es típico en la periodontitis y boca séptica.
El diagnóstico se basa en la clínica que puede ser muy variable desde fiebre, tos productiva y purulenta, dolor torácico y disnea a un cuadro constitucional. Se confirma median técnicas de imagen como la radiografía o el TAC.
El cultivo de esputo y pruebas microbiológicas pueden determinar el organismo causal pero suelen ser poco útiles por el alto riesgo de contaminación con bacterias de la flora habitual.
El tratamiento se basa principalmente en antibioterapia combinada de amplio espectro tanto para aerobios como anaerobios, a ser posible ajustada según antibiograma y durante varias semanas. Deben dirigirse a organismos comunes como Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae y bacilos gramnegativos que suelen estar presentes en las vías respiratorias superiores, en particular cuando se trata un absceso primario.
Se suele utilizar una combinación de betalactámico-inhibidor betalactamasa como la amoxicilina clavulánico o cefalosporinas de 3° generación junto con clindamicina, cubriendo así gran positivos, negativos y anaerobios.
En caso de mala evolución o respuesta se debe valorar el drenaje percutáneo guiado por imagen que ha demostrado ser efectivo en la resolución de los abscesos pulmonares en hasta el 85 % de casos y si este es refractario el drenaje endoscópico o quirúrgico.
El pronóstico es reservado ya que puede tener una mortalidad significativa especialmente en pacientes con comorbilidades. En ese caso, al tratarse de una mujer joven si comorbilidad y como principal foco una infección de vías altas ORL, evoluciono favorable entente en planta con doble cobertura antibiótica que se prolongó durante 2 semanas más en domicilio hasta la resolución completa del cuadro

P. #1256

EL ROL DEL DÍMERO D EN EL DIAGNÓSTICO DE UN EVENTO TROMBÓTICO

María Esperanza Buendia Peñalver, José Nicolas Gálvez, José Antonio Melgarejo Teruel

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente varón de 28 años con antecedente de una cirugía por parte de traumatología, una ligamentoplastia del ligamento cruzado anterior de la pierna derecha realizada el 28 de octubre de 2024, recibiendo como parte del protocolo postquirúrgico, tratamiento profiláctico con heparina de bajo peso molecular hasta el 7 de noviembre de 2024. En consulta de revisión por el servicio de Traumatología, un mes posterior a la cirugía, el 28 de noviembre, se evidencia edema en el miembro inferior intervenido, por lo que se decide derivarlo a urgencias para estudio y diagnóstico diferencial.

A su llegada al servicio de urgencias, el paciente refiere aumento discreto del perímetro de la pantorrilla derecha con aproximadamente 48 horas de evolución, acompañado de alteración en la coloración y dolor moderado del mismo, sin mejoría con la administración de analgesia. Como antecedentes relevantes, destaca la inmovilización prolongada posterior a la cirugía, así como hábito tabáquico, sin presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, otras enfermedades de base ni tratamiento crónico por parte del paciente.

En la exploración física, se observa un aumento circunscrito del diámetro de la pierna derecha, piel fría y edema distal. Los pulsos periféricos están presentes y el signo de Homans es negativo. El resto de la exploración no presenta hallazgos significativos. Con la anamnesis de paciente y la exploración física, los principales diagnósticos diferenciales de edema de miembro inferior incluyen trombosis venosa profunda (TVP) y celulitis.

Para orientar el diagnóstico, solicitamos analítica sanguínea, sin alteraciones, con un dímero D de 490 ng/mL, sin leucocitosis, neutrofilia ni elevación de reactantes de fase aguda, lo que disminuye la probabilidad de un proceso infeccioso como celulitis. No obstante, considerando los antecedentes del paciente y el cuadro clínico, la sospecha de TVP sigue siendo elevada, por lo que procedemos a calcular el riesgo de TVP mediante la escala de Wells, obteniendo un puntaje indicativo de alto riesgo de TVP.

Ante la alta probabilidad clínica, existe indicación de realización de ecografía Doppler del miembro afectado, a expensas de la normalización del valor del dímero D, objetivándose la presencia de una ocupación trombótica de ramas gemelares, con afectación extensa desde su origen. Dado este hallazgo, se decide complementar el estudio con una radiografía de tórax sin alteraciones y un electrocardiograma (ECG), el cual muestra un patrón S1Q3T3, sugestivo de embolia pulmonar, aunque inespecífico.

A pesar del resultado del dímero D dentro de valores no indicativos de tromboembolismo, el hallazgo en el ECG, junto con la confirmación de TVP en el Doppler y el cuadro clínico del paciente, decidimos realizar un angio-TC de tórax, confirmando la presencia de un tromboembolismo pulmonar agudo subsegmentario bilateral en ambos lóbulos inferiores, sin signos de sobrecarga de cavidades derechas.

Con todas estas pruebas complementarias, se establece el diagnóstico de TEP asociado a TVP en un paciente joven tras un mes de una cirugía con inmovilización prolongada y con anticoagulación profiláctica. Tras el diagnóstico, se decide ingreso del paciente en planta de medicina interna con tratamiento anticoagulante y valoración por la unidad de trombosis del hospital, con buena evolución del mismo.

CONCLUSIONES

El caso anterior destaca la importancia de una evaluación clínica integral en la sospecha de evento trombótico, donde la anamnesis y exploración física son fundamentales. Un dímero D negativo no excluye un estos eventos, especialmente con factores de riesgo evidentes, siendo la escala de Wells fundamental para la estratificación del riesgo. En este caso, la confirmación de TVP por eco-Doppler justificó una angio-TC, permitiendo la llegada a un diagnóstico más preciso y tratamiento oportuno, resaltando la importancia del juicio clínico en la toma de decisiones.

P. #1259

HEMORRAGIA PULMONAR

Ana Lucía Rengifo Martínez, Ainhoa Solla Fernández, Oihane De La Aldea Martínez, Sheila Condor Pineda, Lorea Gómez Berasategui, Elena Marcos Poveda

OSI Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 85 años de edad acude a urgencias por hemoptisis
Antecedentes de TEP (2011-2021) Cardiopatia isquémica estable, HTA , EPOC
FA permanente con ACO Con apixaban
Refiere desde hace 24 horas fiebre con hemoptisis de moderada cuantia , niega otra sintomatología,
Exploracion campos pulmonares ventildos con roncus dispersos
Se cursan hemocultivos
Analitica leucocitosis con desviación a la izquierda PCR 72 PCT 0.75 Resto sin interés
Rx torax Extensos infiltrados alveolares-intersticiales en probable relación con proceso infeccioso vs hemorragia pulmonar
Interconsulta Hematologia Vitamina K retirar ACO E Inicio de HBPM en 48 horas
Interconsulta Neumologia amchafibrim cada 8 horas , codeína
Se inicia de manera empírica con ATB tazocel +corticoterapia y se ingresa a cargo de medicina interna con mala evolucion
Exitus por hemoptisis masiva

CONCLUSIONES

La hemoptisis masiva es una de las pocas indicaciones para realizar la broncoscopia rígida (en vez de la flexible), que proporciona el control de la vía aérea, permite un campo mayor de visión que la broncoscopia flexible, una mejor aspiración y es más adecuada para las intervenciones terapéuticas, como el láser.
La embolización de la arteria bronquial bajo guía angiográfica se está convirtiendo en el método preferido con el cual detener la hemoptisis masiva, con tasas de éxito informadas de hasta el 90% . La cirugía de urgencia está indicada para los casos de hemoptisis masiva no controlada por la broncoscopia rígida o la embolización y, en general, se considera un tratamiento de último recurso.
Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento ulterior está dirigido a solucionar la causa

P. #1268

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Johe Luis Rueda Vanstrahlen, Josep María Tricas Leris, Josep María Caballero Giné, Alex Balboa Solbas, Javier Mauricio Cajas Daza, Meritxell Mariné Guillem

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años, con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Anemia ferropénica, polimialgia reumática en tratamiento con corticoterapia crónica, portadora de prótesis aórtica mecánica (Bentall-Bono, 1998), recambio valvular mitral, aneurisma y disección aórtica crónica en seguimiento por cirugía vascular, fibrilación auricular permanente en tratamiento con Sintrom, desbridamiento quirúrgico de absceso isquiorrectal derecho de gran tamaño (21/10/23).
Consulta a urgencias refiriendo 4 meses aproximados de astenia y adinamia progresivas, mareo de presentación episódica, hiporexia, pérdida de peso de 15 Kg aproximados, quien adicionalmente en la última semana cursa con hematuria, polaquiuria, fiebre intermitente.
Examen físico:
A su llegada a urgencias destacan TA: 94/42, FC: 101, T°: 38.6°C, SaO2: 06% al 0.21. Postrada, cuello sin ingurgitación yugular, cardiopulmonar soplo sistólico en foco aórtico, hipofonesis basal izquierda. Abdomen doloroso a la palpación de hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.
Estudios realizados:
Hemograma: Hb *10.1 g/dL, Plaquetas *387 x10^9/L, Leucocitos *13.43 x10^9/L (N: *87 %, L: *6 %) Glucosa: 367.07 mg/dL, Urea *71.52 mg/dL, Creatinina *1.16, FG *44.66 mL/min/1,73m?2 Na *130 mmol/L, Cl *90.8 mmol/L TP *21 %, INR 3.06, TTPa *48.5 s,
GSV: pH 7.32, pCO2 48 mmHg, pO2 *53 mmHg, Bicarbonat 24.7 mmol/L, EB -1.4 mmol/L, SvO2 *78.7 %. Lactato venoso *6.2 mmol/L. PCR: 240 mg/ dl. D-Dímero: 1919.
Sedimento urinario: nitritos +, Leucocitos ++++, Hematíes +.
Urinocultivo: 100.000 UFC de Klebsiella pneumoniae no productora de BLEES.
Hemocultivo: negativo
Rx tórax: cardiomegalia, hilios congestivos, sin consolidaciones, con imágenes sugestivas de pequeño derrame pleural bilateral.
TAC TEP: Presencia de derrame pleural bilateral leve. Disección aórtica desde tronco braquiocefálico, arterias carótidas y subclavia izquierda hasta aorta abdominal, ya estudiadas en centro externo (5/10/23), sin cambios significativos respecto TC previo.
Ecografia reno- vesical: Riñones de tamaño y morfología normal, con cortical preservada.
Ligera ectasia calicial renal izquierda de predominio en polo superior, sin dilatación piélica.
No se observan signos de uropatía obstructiva
Evolución:
Se inicia tratamiento con Imipenem y en las siguientes 48 horas presenta fiebre persistente y criterios clínicos y hemodinámicos de shock séptico. Se realiza TAC abdominal que muestra: "…

Riñón derecho de tamaño y morfología normal, sin ectasia de la vía excretora. Urétero-hidronefrosis renal izquierda con aire en el interior de la vía excretora y marcados cambios inflamatorios en la grasa perirrenal, con líquido laminar en la fascia parietocólica izquierda y espacio periesplénico. Colección abscedificada en margen anterior del músculo psoas izquierdo de 21x28mm, con aire en su interior...".
En las siguientes 48 horas persiste con parámetros de sepsis y necesidad de drogas vasoactivas. Finalmente se indica intervención quirúrgica realizándose nefrectomía izquierda y constatándose en la pieza de nefrectomía múltiples abscesos renales y también en Psoas. Después de la intervención se logra estabilidad clínica y finalmente la paciente puede marchar de alta.

CONCLUSIONES

La pielonefritis enfisematosa es una complicación potencialmente fatal. La mortalidad varía ampliamente, entre 7 y 75%, dependiendo del grado de afectación pudiendo ser hasta del 80% cuando hay afectación de los tejidos perirrenales.
A pesar de que el manejo médico de esta entidad es el inicialmente indicado, creemos que nuestro caso ejemplifica como el control temprano del foco séptico mediante nefrectomía, en un paciente con diabetes e inmunosupresión, fue decisivo en el manejo de esta. Es de destacar que, coincidiendo con lo reportado en la literatura, la nefrectomía temprana impacta positivamente en la reducción de mortalidad /supervivencia de los pacientes.
Finalmente, pensamos que el especialista en emergencias debe sospechar esta entidad ante una infección urinaria con factores de riesgo como diabetes y/o inmunosupresión y, en consecuencia, practicar las pruebas de imagen necesarias para su diagnóstico.

P. #1293

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ¿ES COSA DE NIÑOS?

Elena Gonzalvo Bellver[1], Ana Peiro Gómez[2], María José Díaz Mora[2], María Orgambides Domingo[2], María Victoria Martínez Sánchez[2], Francisco José Pérez Lahiguera[2]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. Hospital de Sagunto, Sagunto, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 14 años,
Antecedentes Personales : Obesidad , Índice Masa Corporal 36.9 (p>99),
Inmovilizada últimos 15 días por esguince rodilla izquierdo.
Acude a Urgencias por dos episodios sincopales: el primero, mientras desayunaba, pérdida de conciencia de 10-15 segundos, (sin llegar a caer al suelo al sujetarla su madre) con TA 60/45mmHg. Recuperación completa y espontánea. A los 10 minutos sentada en la cama , nueva pérdida de conciencia de 10-15 segundos , recuperación con persistencia de escotoma izquierdo de 60 segundos de duración .
Refiere disnea "intermitente" , molestias precordiales sin claro dolor torácico, no palpitaciones, no tos.
Exploración física: saturación 96%, Frecuencia Cardíaca (FC) : 115 latidos por minuto. Temperaturra 36,9° axilar Frecuencia Respiratoria: 26
Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Neurológico: sin focalidad
Exploraciones complementarias
Electrocardiograma: FC 100 lpm, sin alteraciones reseñables
- Radiografía tórax: sin alteraciones
Analítica:
Hemograma: Leucocitos 15,3 x10^3/uL resto sin alteraciones.
BIOQUIMICA: sin alteraciones salvo Troponina I ultrasensible 404,78 ng/L (0,00 - 34,00). Coagulación: Sin alteraciones salvo Dimero D 13.730 µg/mL Control de Troponina a la hora: 567,99 ng/L
Ante la sospecha de Tromboembolismo pulmonar (TEP): Síncope , elevación marcada de Dímero d) se solicitó Angio Tac pulmonar : TEP bilateral: defecto de repleción central en ambas ramas de la arteria pulmonar derecha, ramas de interlobar, lobar inferior ipsilateral y segmentarias y subsegmentarias .En lado izquierdo afectación de lobar inferior, segmentarias y subsegmentarias. Aumento del calibre del tronco de la arteria pulmonar (32 mm), signo de hipertensión pulmonar. Resto sin alteraciones.
Eco doppler: trombosis de venas poplítea y femoral superficial izquierda.
Ingresó en UCI, donde se realizó donde se realizó ecocardiografía, y cálculo del riesgo como intermedio-alto/alto , procediéndose a fibrinolisis que fue efectiva.

CONCLUSIONES

El tromboembolismo venoso (TEV) es una entidad infrecuente en la población pediátrica: la incidencia anual oscila entre el 0,07 y el 0,5/10.000 y 5,3 casos/10.000 ingresos hospitalarios infantiles (probablemente subestimada, muchos casos no llegan

a diagnosticarse). La mayoría de casos aparecen en neonatos (es 40 veces superior a la de cualquier otra edad pediátrica, especialmente en neonatos graves, con catéteres, infecciones e insuficiencia respiratoria), lactantes y en la pubertad. Suele aparecer en niños con alguna patología de base (con uno o más factores protrombóticos), siendo rara la forma idiopática (A diferencia de los adultos).
El TEP es de difícil diagnóstico en los niños, por la escasa sospecha clínica debido a la baja prevalencia de esa enfermedad.
En los hospitales comarcales, las urgencias pediátricas son atendidas inicialmente por los urgenciólogos; gracias a esto, se tuvo rápidamente la sospecha diagnóstica inicial , ante una niña de 14 años con obesidad, inmovilización por traumatismo y disnea , ya que el urgenciólogo está habituado a incluir el TEP en el diagnóstico diferencial de la disnea , dado que es una patología habitual en los Servicios de Urgencias, no ocurriendo lo mismo en los servicios de pediatría.
La clínica en el niño puede consistir en: taquipnea/disnea, tos, febrícula, dolor torácico, sibilancias, , taquicardia, , hemoptisis, síncope, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca, hipotensión y shock en el caso de TEP masivo. Por tanto, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del deterioro cardiopulmonar de todo niño críticamente enfermo.
En cuanto al tratamiento, no existen pautas de actuación específicas, siendo extrapoladas de las del adulto.
En los Servicios de Urgencias , en los que los niños son atendidos por urgenciólogos, hay que tener presente que la ETV puede “ser cosa de niños”, sobre todo de neonatos, lactantes y adolescentes y tener presente esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de un niño con disnea.

P. #1299

NEUMOMEDIASTÍNO ESPONTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Lourdes Corisco Sánchez, Fernando Picón Serrano, Paula Fueyo García, Luis Martínez Fideu, Leyre Teresa Pinilla Arribas, Rebeca De Santiago Vivero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 81 años, con antecedentes personales de bocio nodular, neumonitis por hipersensibilidad e hipertensión arterial, que acude a urgencias por presentar desde hace cuatro días tos con expectoración blanquecina. No presenta fiebre, ni disnea, ni dolor torácico. Fue valorada por su Médico de Atención Primaria hace cuatro días que le pautó azitromicina sin mejoría. Acude por la persistencia de la tos, que le impide el descanso nocturno. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos
A la exploración, constantes en rango. En el tórax se palpa enfisema subcutáneo en la región cervical derecha y en la región supraclavicular bilateral. A la auscultación pulmonar presenta un ruido de chasquido en la región anterior con predominio en el hemitórax derecho y crepitantes secos en ambas bases. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos, y en miembros inferiores presenta edemas en zonas declives, sin signos de trombosis venosa profunda.
Se solicita una analítica, un electrocardiograma (ECG) y una radiografía de tórax. En la analítica, sólo destaca una leucositosis de 15.71x103 L. ECG sin alteraciones. En la radiografía de tórax PA y lateral llama la atención la presencia de enfisema subcutáneo en hemitórax derecho con neumomediastino. Se amplía el estudio con un TAC de tórax que hablan sobre la presencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (ya conocida, sin cambios con respecto a estudios previos) con áreas en vidrio deslustrado, bronquiectasias y áreas de atrapamiento áereo que predominan a nivel de lóbulo medio y língula. Presencia de neumomediastino con una fina lámina de neumotórax apical derecho y enfisema subcutáneo entre fascias musculares de la raíz del miembro superior derecho, con extensión al cuello de forma bilateral.
Debido a que la paciente está estable y el neumotórax es mínimo, se contacta con el servicio de Neumología para proceder a su ingreso.

CONCLUSIONES

El neumomediastino es una entidad poco frecuente que se produce como consecuencia de un aumento de la presión intralveolar, produciéndose una ruptura alveolar y una migración del aire, disecando las vainas peribronquiales y perivasculares del hilio pulmonar y extendiéndose finalmente al mediastino y/o a los tejidos subcutáneos.
Se puede presentar espontáneamente o secundaria a traumatismos, procedimientos diagnósticos (ejm. Broncoscopia) o patología pulmonar.
El perfil de pacientes que presenta un neumotórax espontáneo corresponde a adultos jóvenes, con predominio masculino,

muchas veces como consecuencia de una crisis de asma.
El dolor torácico es el síntoma más frecuente, que suele ir acompañado de disnea. También pueden presentar dolor de cuello e inflamación de este, odinofagia u disfonía. El enfisema subcutáneo sería el signo más frecuente que vamos a encontrar en estos pacientes. Además, podemos encontrarnos con el signo de Hamman, que corresponde a la crepitación en la auscultación sincrónica con el latido cardiaco en el área esternal.
La radiografía de tórax con proyecciones PA y lateral es la prueba indicada para el diagnóstico de esta patología.
Es una entidad con buen pronóstico, donde el tratamiento se basa en oxigenoterapia, analgesia y tratamiento de la cusa subyacente. Normalmente, se resuelve a los pocos días.

P. #1300

PÚRPURA TROMOCITOPÉNICA INMUNE POR VRS

José Falomir Montaner[1], Alicia Rul·lan Rabassa[2], Roser Arenós Sambró[1], Pablo Rodríguez Ramón[1], Sergio Chimeno Sánchez[1], Estefanía García Bande[1]

1. Hospital Moisés Broggi, Barcelona, España
2. CAP Florida Nord, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 87 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, autónomo para actividades básicas de la vida diaria, que acude a urgencias tras presentar cuadro de pérdida transitoria de conocimiento en domicilio, asociando relajación de esfínteres y traumatismo craneoencefálico (TCE) acompañante.
A su llegada a urgencias se objetiva en triaje saturación de oxigeno de 65% al aire ambiente, con requerimiento de oxigenoterapia mediante Monaghan para conseguir saturaciones >95%. Tendencia a la hipertensión con cifras en torno a 170/70 mmHg. Cabe destacar que el paciente no presentaba ni sensación disneica ni trabajo respiratorio.
A la exploración física destaca herida contusa a nivel occipital y crepitantes generalizados bilaterales a la auscultación pulmonar, sin hallazgos en el resto de aparatos.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 120 latidos por minuto.
- Analítica: Hemoglobina 100 g/L; Leucocitos 15.95x10e9/L; Plaquetas 1x10e9/L; TP 70%; Dimero-D 1392 ng/ml; PCR 90 mg/L;
- Gasometría arterial: pH 7.35; pO2 63.6 mmHg(con FiO2 de 40%); pCO2 44.7 mmHg; Lactato 1.2 mmol/L
- Radiografía de tórax: Infiltrados algodonosos bilaterales.
- PCR de virus respiratorios: Positivo para virus respiratorio sincitial (VRS).

Dado el hallazgo de plaquetopenia severa y el antecedente de TCE se decide solicitar una tomografía computerizada (TC) de cráneo que muestra múltiples focos de hemorragia subaracnoidea (HSA).
Además, ante el cuadro clínico de síncope con desaturación y el hallazgo de un dimero-D de 1300 se decide solicitar angioTC de arteria pulmonares con el objetivo de descartar un tromboembolismo pulmonar, el cual se descarta aunque se hayan infiltrados pulmonares bilaterales difusos en vidrio deslustrado.
El caso se orienta como una plaquetopenia grave probablemente en contexto de infección por VRS, con diagnóstico más probable una púrpura trombocitopénica inmune (PTI), y en este contexto una hemorragia alveolar difusa (no fiebre ni clínica infecciosa actual como para pensar en infección atípica y con tendencia a la hipertensión y bien perfundido como para pensar en un síndrome de distress respiratorio) aunque no haya presentado hemoptisis, en situación de insuficiencia respiratoria. Además una HSA traumática también en contexto de la plaquetopenia y un síncope probablemente por la hipoxemia que presentaba.
Se inicia en urgencia tratamiento con metilprednisolona y se solicita transfusión de plaquetas.
El paciente se mantiene estable durante su estancia en urgencias.

Se solicita analítica en el que se observa prácticamente nulo rendimiento de las transfusión de plaquetas (3 pools en total) llegando a 6x10e9/L y un nuevo TC de cráneo en el que se describe estabilidad de sangrado.
Comentado el caso con servicio de neurocirugía quienes rechazan cualquier tipo de actuación mientras no se llegue a un recuento plaquetario >1000x10e9/L, por lo que se decide ingresar en servicio de medicina interna.
Tras 24h ingresado el paciente presenta un deterioro a nivel tanto respiratorio como neurológico, priorizando medidas de confort. Acaba falleciendo a las 48h.

CONCLUSIONES

La PTI es un trastorno autoinmune caracterizado por la destrucción de plaquetas mediada por autoanticuerpos que se desarrolla más frecuentemente durante la infancia o en pacientes ancianos. Como desencadenantes están descritos, entre otros, las infecciones virales. Dentro de sus manifestaciones como consecuencia de la plaquetopenia caben los eventos hemorrágicos, más frecuentemente los menores aunque también están descritos casos tanto de hemorragia alveolar como de hemorragia subaracnoidea.
Se debe tener en cuenta esta entidad en casos de hallazgos de plaquetopenias severas y sus posibles complicaciones hemorrágicas, de las cuales depende el pronóstico.

P. #1304

ESTE VIAJE ME HA SALIDO CARO

Vanessa Heras Fernández, María De Los Ángeles López López, María Dolores Tuñon Leiva, Myriam Barcina Rodríguez
Hospital Príncipe Asturias, Alcala Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 31 años que acude a servicio de urgencias por fiebre de hasta 39 C de unos 4 días de evolución acompañado de nauseas sin vómitos. Asocia mialgias intensas. Nos cuenta que está de viaje de turismo en España y es natural de Venezuela.
Temperatura 38.2C tensión arterial 81/62, frecuencia cardiaca 94, saturación de oxígeno 98%.
En la exploración física se encuentra con importante afectación del estado general, palidez cutaneomucosa. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. Neurológicamente despierta, alerta y colaboradora.
En la analítica realizada destaca hemograma, con leucopenia 2.400, hemoglobina 13,3gr/dl y 45.000 plaquetas. INR: 1,29. Bioquímica con creatinina 1mg/dl, calcio 8.4, potasio 3,2, sodio 135 y PCR: 50.
Inicialmente comento con hematología para realización de frotis sanguíneo pero recomiendan repetir hemograma evidenciando en segunda muestra empeoramiento con leucopenia 1.600 con predominio de linfocitos 330/dl, neutropenia 1000, trombocitopenia de 16.000 y tiempos de coagulación prolongados con INR,1.3 y APTT de 59 segundos.
Rehistoriando de forma dirigida sobre infecciones endémicas se sospecha infección por Dengue. Me pongo en contacto con microbiología y se realiza Ig M Dengue con resultado positivo.

CONCLUSIONES

El virus del Dengue es un arbovirus de ARN que se transmite a través de la picadura de mosquitos Aedes aegypti y Aedes albopicyus. Las infecciones por este virus se clasifican como fiebre por dengue, dengue con signos de alarma y dengue grave. Generalmente el cuadro clínico es benigno y de resolución espontánea, pero puede progresar a formas graves.
Los pacientes con infección secundaria desarrollan manifestaciones clínicas más graves debido al mecanismo por el cual se genera un aumento de la reacción a la infección por acción de los anticuerpos IgG que al unirse al virus son capaces de neutralizarlo y generan un complejo antigeno-anticuepro que facilita la entrada en la célula con el consecuente aumento de su replicación y gravedad del cuadro clínico.
En este caso la paciente había sufrido una infección por Dengue en la infancia lo que hacía prever la posibilidad de desarrollar un dengue grave durante el cuadro actual.
Desde su llegada se inició tratamiento sintomático con sueroterapia intensiva, analgesia y se solicita valoración por parte de hematología y medicina intensiva que recomiendan corrección de la coagulopatia y transfusión de plaquetas.
EN vista de la buena evolución tanto clÍnica como analítica se traslada a planta de medicina interna para continuar

con tratamiento de soporte y sintomático evolucionando favorablemente.
Una vez en planta presenta normalización del conteo plaquetario con 161.000 plaquetas y los tiempos de coagulación INR 0.93 y APTT 33.4 siendo dada de alta por cuadro finalmente de Infección por Dengue con signos de alarma.

P. #1322

PILEFLEBITIS: DE LA INFECCIÓN A LA TROMBOSIS, UN VIAJE POR LA VENA PORTA

Cristina Gasós García, Laura Lafuente Muñoz, Joaquín López Miota, Rosalía Vidal Baños, Ester García Solivelles, Lucía López Martínez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años sin antecedentes médico- quirúrgicos de interés que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho (HCD), de carácter continuo, de 3 días de evolución. Asocia fiebre desde hace 48 horas con un pico máximo de 39°C.
No asocia náuseas ni vómitos ni alteraciones del ritmo deposicional.
Exploración física:
Tensión arterial (TA): 129/81 mmHg; Temperatura: 38.8 °C (Timpánica); Frecuencia cardiaca (FC): 110 lat/min; Saturación O2: 94 %;
Buen estado general. Eupneico en reposo. Consciente y orientado. Normohidratado. Normocoloreado. Lenguaje espontáneo
Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos ni roces audibles
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares sin ruidos patológicos sobreañadidos. No se aprecia tiraje intercostal.
Exploración abdominal: blando y depresible sin masas ni organomegalias. Doloroso a la palpación de hemiabdomen derecho. Ruidos hidroaéreos conservados. Blumberg negativo, Murphy positivo. Rovsing negativo.
Exploraciones complementarias realizadas en Urgencias:
- Analítica de sangre en la que destaca Leucocitos 16.000 con neutrófilos absolutos 13.000, láctico 2,4 mmol/L,, procalcitonina 0,73 ng/mL y proteína C reactiva (PCR) 332.6 mg/L
- Hemocultivos negativos a los 5 días
- Ecografía abdominal: sospecha de trombosis portal. Vesícula sin hallazgos
- Tomografía computarizada (TC) abdominopélvico con contraste:

Trombosis de vena porta en su ramificación hepática y rama portal izquierda hepática. La rama portal derecha hepática está preservada y es permeable.
Engrosamiento homogéneo de pared en sigma con divertículos por cambios de diverticulosis colónica. Hay una mínima alteración de la grasa que tengo dudas de si corresponde a una diverticulitis leve subclínica.
Apéndice normal. Sin otros hallazgos.
Diagnóstico: Pileflebitis hepática por diverticulitis muy leve.
Diagnóstico diferencial: Ante paciente con fiebre elevada y dolor abdominal en HCD, la primera sospecha diagnóstica fue de colecistitis aguda, motivo por el que se solicita ecografía abdominal.
Tras el diagnóstico de pileflebitis hepática por diverticulitis, se contacta con cirugía de guardia, que descarta actitud quirúrgica urgente.
Finalmente, dado que se trata de un paciente con trombosis séptica portal por infección intraabdominal (diverticulitis leve

subclínica), se decide ingresar a cargo de Medicina Digestiva con tratamiento antibiótico intravenoso.

CONCLUSIONES

La pileflebitis es una entidad que consiste en una trombosis séptica de la vena porta o sus ramas. Suele relacionarse con infecciones intraabdominales principalmente la diverticulitis aguda, seguida de la apendicitis aguda y la colangitis. Al existir un lugar de infección puede ocurrir que a través del drenaje de sangre procedente de las venas mesentéricas superior, inferior y esplénica que drenan hacia la vena porta, se liberen émbolos sépticos pudiendo provocar trombosis portal e incluso abscesos hepáticos.
Se trata de una entidad poco frecuente pero con una elevada morbimortalidad
La clínica suele ser fiebre, dolor abdominal, ictericia y en ocasiones puede ocurrir que el paciente se encuentre asintomático.
La prueba de elección para el diagnóstico es la TC abdominopélvica.
El tratamiento se basa en antibioterapia de amplio espectro durante 4-6 semanas, pudiendo asociar anticoagulantes, aunque el uso de los mismos es controvertido
En conclusión, la pileflebitis es una entidad infrecuente que ocurre como complicación de infecciones intraabdominales. Presenta una elevada morbimortalidad, por lo que es importante establecer un diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento precoz y así poder mejorar el pronóstico de los pacientes.

P. #1323

DE LA GRIPE AL FALLO MULTIORGÁNICO: UN CASO CON DESENLACE FATAL

Jorge Corchero Gijón, Francisco Javier Nieto García, Rafael Ortiz Alba

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos a varón de 24 años sin antecedentes, que acude a Urgencias con un cuadro de tres días consistente en fiebre de hasta 40°C, tos con expectoración blanquecina y disnea. Se realizó autotest de gripe B que resultó positivo. En las últimas horas, presenta esputo hemoptoico y un episodio de hemoptisis franca.
A la exploración física, se encuentra en mal estado general, obnubilado, con palidez mucocutánea y sudoración profusa. Presenta taquipnea de 50 respiraciones por minuto, hipoxemia franca pese a uso de reservorio. Se registra tensión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 130 lpm y temperatura de 35,1°C. La auscultación pulmonar revela roncus y crepitantes bilaterales hasta vértices. Se realiza una radiografía de tórax que muestra infiltrados algodonosos en la totalidad del pulmón derecho y campos medios e inferiores del izquierdo, sin signos de derrame pleural.
Entre las pruebas complementarias destaca una gasometría venosa con pH de 7,01, pCO2 de 64,6 mmHg, bicarbonato de 11,6 mmol/L y lactato de 14,5 mmol/L, sugiriendo acidosis mixta. La analítica de sangre evidencia hemoglobina de 15,8 g/dL, leucopenia severa de 710 leucocitos/µL, trombocitopenia de 48.000 plaquetas/µL y prolongación de los tiempos de coagulación (INR 2,03; TTPa ratio 1,61). Se documenta fracaso renal agudo (creatinina 2,36 mg/dL; urea 46 mg/dL) y elevación de proteína C reactiva (196,3 mg/L). La tomografía computarizada de tórax con contraste revela un patrón en empedrado compatible con hemorragia alveolar y áreas de consolidación alveolar con zonas de hipocaptación y con presencia de cavitaciones sugerente de neumonía necrotizante bilateral.
Ante el deterioro respiratorio, se procede a intubación orotraqueal, con salida de contenido hemático por la vía aérea. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde evoluciona con hipoxemia persistente, acidosis mixta, shock refractario a vasoactivos y dificultades ventilatorias, incluso tras maniobra en prono. Finalmente, desarrolla síndrome de disfunción multiorgánica y fallece.
La PCR de exudado nasofaríngeo fue positiva para virus influenza B y en los hemocultivos se aísla Staphylococcus aureus. La necropsia reveló edema intraalveolar, hemorragia difusa y necrosis pulmonar extensa. Se identificó vasculitis de pequeño vaso con infiltrado inflamatorio mixto y sobreinfección bacteriana polimicrobiana, incluyendo cocos Gram positivos y Gram negativos. Además, se observó glomérulos esclerosados e hipertróficos así como abundante material hemático coagulado intracapilar a nivel glomerular.

CONCLUSIONES

A pesar de no contar con todas las pruebas complementarias necesarias para un diagnóstico etiológico definitivo, todo apunta a que el paciente presentó una hemorragia alveolar secundaria a una vasculitis necrotizante de pequeño vaso, con infiltrados cavitados que se sobreinfectaron por Staphylococcus aureus sobre una neumonía por gripe B. Esta infección vírica y bacteriana actuaron como desencadenante del cuadro clínico, provocando una neumonía bilateral con bacteriemia secundaria y fallo multiorgánico, lo que finalmente resultó en el fallecimiento del paciente.

La ausencia de perfil de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) debido a la rápida evolución del cuadro impide determinar la etiología exacta, sin embargo, hay diversos factores que apoyan la hipótesis de que se trató de una granulomatosis con poliangeítis (GPA):

-En la histología se aprecia vasculitis necrotizante de pequeño vaso en muestra de pulmón e hipertrofia y restos hemáticos coagulados en glomérulos, lo que sugiere afectación vasculítica a nivel pulmonar y renal.

-A nivel macroscópico, el paciente presenta infiltrados pulmonares cavitados bilaterales.

-El paciente debuta con un síndrome gripal, como aproximadamente el 90% de los pacientes con GPA, que pudo ser el desencadenante del cuadro.

-Existen casos documentados de vasculitis asociada a infección por Staphylococcus aureus.

Desde una perspectiva clínica, este caso enfatiza la importancia del diagnóstico temprano de cuadros clínicos compatibles con vasculitis pulmón-riñón que aunque infrecuentes, pueden tener un desenlácese fatal si no se instaura tratamiento precoz.

P. #1327

EL MEDIASTINO BAJO PRESIÓN: CASO CLÍNICO EN URGENCIAS

Aurora Navarro Regi, Estrella Serrano Molina, Sara Pérez Cruz, Juan Muñoz-Mingarro Molina, Ángel Julián Iglesias Merchán, Paula Romero Gallardo

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años, fumador y consumidor de cannabis, sin antecedentes médicos de interés.

Acude a urgencias por cuadro de dolor retroesternal y en hemitórax derecho de 48 horas de evolución que empeora con los movimientos. Además, refiere disnea súbita y dolor laterocervical derecho sin otra clínica asociada.

A la exploración, destacan sibilancias bilaterales con saturación de oxigeno a 99%. En el cuello se palpa enfisema en región laterocervical derecha y crepitación del segundo tono cardiaco en foco aórtico.

Se realiza analítica con mínima elevación de reactantes de fase aguda (PCR 54 mg/L y leucocitos 10.87x10s3/mcL), troponina ultrasensible < 2.0 ng/L y Dímero D de 0.39 mcg/mL. El electrocardiograma presenta ritmo sinusal a 72 latidos por minuto, eje inferior derecho, intervalo PR normal, QRS estrecho, ausencia de signos de sobrecarga o hipertrofias y elevación del punto J como signo de repolarización precoz. Se realiza una radiografía (Rx) de tórax en inspiración y espiración donde se objetivan zonas de enfisema subcutáneo en partes blandas de la región supraclavicular y cervical baja derechas con imágenes lineales radiolucentes de disposición vertical y paravertebral superior derecha, que podrían estar en relación con pequeñas zonas de neumomediastino en su región superior

Dados los resultados se rehistoria al paciente. Es obrero de profesión. No ha tenido cuadros similares previos, no tiene asma, aunque en su infancia tuvo que utilizar algún inhalador de manera ocasional. Niega traumatismos, vómitos, infecciones dentales o inhalación de gases tóxicos. No ha realizado recientemente submarinismo ni viajes recientes. Niega disfonía o voz bitonal. Refiere disfagia progresiva.

Finalmente, se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax visualizándose neumomediastino con extensión cervical sin identificar clara causa subyacente (a valorar posible origen espontáneo: Signo de Hamman). Dada la ausencia de datos que respalde algún factor causal a estudio y tras consultar con Cirugía General, se decide ingreso en planta para vigilancia clínica y radiológica, donde se mantiene en dieta absoluta con analgesia. Finalmente, fue dado de alta a las 72 horas tras mejoría clínica y radiológica, con una cita en consultas para control clínico.

CONCLUSIONES

El neumomediastino se define como la presencia de aire en el mediastino. Actualmente, se clasifican como espontáneo cuando no se identifica una causa aparente, y secundario cuando existe un evento traumático que lo desencadena.

El neumomediastino espontáneo se trata de una entidad poco

frecuente. Se estima que suele afectar entre al 0,001-0,01% de la población adulta, predominantemente a adultos jóvenes con una razón hombre/mujer de 2:1. Se trata de una patología benigna y autolimitada, con una morbimortalidad baja. A pesar de no tener una causa aparente, se ha visto que existen factores predisponentes implicados en su aparición, que incluyen maniobras de Valsalva, ejercicio, consumo de algunas drogas o incluso enfermedades pulmonares tales como asma.

Se caracteriza por aparición de dolor torácico y cervical súbito, disnea y enfisema subcutáneo, cuyo diagnostico se basa en la visualización de aire mediastínico en una Rx, siendo la TC torácica un estudio de confirmación y extensión.

La importancia de esta patología reside en que se trata de una condición rara con un amplio diagnostico diferencial, entre ellas patologías de carácter vital, convirtiéndola en un desafío diagnóstico en el ámbito de urgencias. Por lo que, reconocer esta entidad y diferenciarla de condiciones potencialmente mortales, permitirá optimizar el uso de recursos y garantizar un tratamiento seguro y efectivo.

P. #1331

INFECCIÓN FARINGO-LARÍNGEA TUBERCULOSA

Marta Cabrera Vera, Francisco José Niño Azcárate, Loida Herrera Ramos, Aitana Barrios Trujillo, Celia Herrera González, Ignacio Ayala Barreto

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 33 años de edad, como único antecedente personal fumador de una caja de cigarros/día y exconsumidor de cocaína y cannabis, que acude por odinofagia de dos meses de evolución con diagnóstico en Atención Primaria de faringoamigdalitis con evolución tórpida a pesar de tres ciclos de antibioterapia (azitromicina, amoxicilina-clavulánico, cefditoreno). El paciente presentó fiebre alta al inicio del cuadro, asociado a tos y flemas, lo cual ha cedido progresivamente, presentando febrícula vespertina solo algunos días. Presenta también disfonía y astenia moderada con pérdida de unos 7 kg de peso en estos dos meses.

A la exploración física llama la atención que el paciente presenta un aspecto cetrino con delgadez importante. Está afebril, estable hemodinámicamente. Presenta disfonía. En cavidad oral se evidencia abombamiento de paladar blando izquierdo con una lesión granulomatosa purulenta en úvula y amígdala izquierda. A la auscultación presenta una disminución generalizada del murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Se palpan tres adenopatías laterocervicales izquierdas menores de un centímetro.

Se solicita analítica de sangre con resultados que muestran una leucocitosis de 9910 mm3 con linfocitos de 7200 mm3, PCR de 10,36 mg/dl con procalcitonina de 0,09 ng/ml y la prueba de Paul-Bunnel con resultado negativo. Ante la importante afectación sistémica con cuadro constitucional con adenopatías y una auscultación anormal, se decide solicitar radiografía de tórax observándose infiltrados reticulonodulares con distribución uniforme bilateral que sugieren una tuberculosis miliar, por lo que se amplía estudio con quantiferón. No obstante, se inicia antibioterapia empírica endovenosa con cefotaxima y clindamicina por si se tratase de una neumonía atípica. Ante la sospecha diagnóstica se comenta el caso con Otorrinolaringología y Neumología de guardia que cursan ingreso del paciente para continuar estudio.

En la exploración al ingreso con nasofibroscopia se observa una epiglotitis con tejido granulomatoso en toda la zona, con cuerdas vocales y laringe con mucha fibrina. Debido a que el paciente no consigue recoger muestra de esputo se realiza broncoscopia con aspirado bronquial para cultivos y baciloscopia.

A pesar de que el resultado del quantiferón y el aspirado bronquial tardan unos días, ante confirmación por parte de Microbiología de baciloscopia positiva, se inicia tratamiento antituberculoso con Rifampicina/Isoniazida/Pirazonamida y Etambutol.

Finalmente se confirma infección tuberculosa por Mycobacterium tuberculosis complex que se negativiza en el cultivo de control a los 60 días. El paciente al alta permaneció aislado 3 semanas y durante el ingreso se avisó a convivientes para que se realizaran screening de tuberculosis en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

La tuberculosis está causada por el Mycobacterium tuberculosis que es un bacilo aerobio y afecta a unos 10,8 millones de personas en el mundo (datos de 2023) suponiendo un importante problema de salud pública a escala mundial, siendo una de las principales causas de muerte por patógeno infeccioso.
En España afecta más frecuentemente a varones jóvenes con una mayoría de formas pulmonares siendo la infección por VIH el principal factor de riesgo para el padecimiento de tuberculosis.
Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variadas, aunque los síntomas más frecuentes son fiebre y tos no productiva. La tuberculosis laríngea es muy contagiosa y actualmente es una manifestación muy poco frecuente en los países desarrollados. La mayoría de los casos se producen por diseminación hematógena de la enfermedad pulmonar. El principal síntoma de la laringitis tuberculosa es la disfonía y la monocorditis siendo habitual la forma ulceroinfiltrante (se debe hacer diagnóstico diferencial con cáncer de laringe).
Es importante, por tanto, contemplar la tuberculosis como diagnóstico diferencial de la disfonía y tener una alta sospecha en faringoamigdalitis que no responden bien a antibioterapia empírica, más aún si se evidencian lesiones ulceroinfiltrantes en cavidad oral.

P. #1343

TROMBOEMBOLISMO EN MIEMBROS SUPERIORES UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN PACIENTES JÓVENES

Xiujun Wu, Irene Játiva Torres, Miguel Ángel Corisco Sánchez, Pilar Menéndez Álvarez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica:
Mujer de 21 años sin antecedentes de interés en tratamiento con anticonceptivos orales que acude a Urgencias por edema e inflamación de miembro superior derecho de 3 días de evolución. Además, refiere acorchamiento de brazo y dolor axilar desde hace un día. Refiere dolores cervicales recurrentes. Comenta como único desencadenante elevación del brazo durante dos horas mientras se peinaba y exacerbación del dolor tras esto. No dolor torácico. No parestesias. No cirugías recientes ni inmovilizaciones. No historia familiar de patología trombótica.
Exploración física:
Temperatura 36°C. Tensión arterial: 170/75 mmHg Frecuencia cardiaca: 93 lpm Saturación de O2:97%
Buen estado general. Consciente y orientada en las tres esferas, normohidratada, normoperfundida. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No taquipnea. Miembro superior derecho: mínimo edema y calor local en antebrazo, hipoestesia en zona anterolateral derecha. No eritema. Miembro superior izquierdo: no edema no signos de trombosis venosa profunda (TVP). Miembros inferiores: No edemas no signos de TVP.
Pruebas complementarias:
- Analítica: Hematíes 4.80.000, Hb 15.1, Hto 46,6%, plaquetas 179.000. Dímero D 2860ng/ml. Creatinina 0,64 FG >90 PCR 8,5 mg/L. PCR 2,5.
- Eco-doppler: Confirma la existencia de contenido ecogénico y ausencia de flujo en el estudio Doppler pulsado y Doppler color que se extiende desde la vena subclavia derecha a la altura del espacio costo clavicular hasta la vena axilar. Porción distal de la vena axilar y venas braquiales permeables, con pérdida de la variabilidad respiratoria en el estudio Doppler pulsado con las maniobras de Valsalva. Contenido ecogénico y ausencia de flujo en la porción más proximal de la vena cefálica a nivel de la desembocadura. Vena basilar permeable. Vena yugular interna derecha permeable. Conclusión: hallazgos compatibles con TVP del miembro superior derecho afectando a vena subclavia y axilar derecha y segmento proximal de la vena cefálica.

Juicio clínico: Tromboembolismo venoso periférico del miembro superior derecho afectando a venas subclavia y axilar derechas y segmento proximal de la vena cefálica.

CONCLUSIONES

Este caso corresponde a una mujer joven con una trombosis venosa profunda en miembro superior, siendo una localización poco frecuente para un evento tromboembólico.
Respecto a los factores predisponentes en esta paciente hay que destacar el uso de anticonceptivos orales, ya que diversos

estudios demuestran que estos medicamentos aumentan la producción de factores procoagulantes (como el fibrinógeno y el factor VII) y disminuyen los anticoagulantes naturales (proteína S y antitrombina III), favoreciendo un estado protrombótico. Aproximadamente un cuarto de los eventos tromboembólicos aparentemente idiopáticos entre mujeres en edad fértil se ha atribuido a los anticonceptivos orales.

La TVP de miembros superiores, también conocida como síndrome de Paget-Schroetter o trombosis por esfuerzo, es una forma rara de trombosis que afecta a venas profundas del miembro superior, especialmente la subclavia y axilar. La principal causa es por la compresión subclavia debido a movimientos repetitivos o anomalías anatómicas. Los síntomas incluyen dolor en el hombro o cuello, hinchazón, cianosis y debilidad en la mano generalmente involucrando la extremidad superior dominante. Representa el 10% de todas las TVP y ocurre más frecuentemente en hombres jóvenes físicamente activos o tras actividades deportivas que implican movimientos repetitivos por encima de la cabeza.

El diagnóstico de una TVP como en nuestra paciente requiere una adecuada exploración clínica y analítica, incluyendo el dímero D, cuyo alto valor predictivo negativo permite descartar TVP en casos de baja probabilidad clínica. Para confirmar la presencia y localización del trombo, el eco-Doppler es la herramienta diagnóstica de elección. Un diagnóstico temprano y un manejo adecuado optimiza los resultados clínicos y previene las complicaciones.

P. #1349

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNCOPE

YOLANDA Álvarez Colmenero, MARCO AURELIO Alfaro Mora, IRENE Ursúa Sánchez, Ana Paula De Almeida Sobrinho

HURH, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 60 años que acude al Servicio de Urgencias hospitalarias traída en Soporte Vital Básico por síncope. La paciente se encuentra en el momento de la anamnesis consciente, refiere que iba en ambulancia al hospital para realizar curas. Al bajar de la ambulancia la paciente refiere que ha tenido sensación de mareo, sin cortejo vegetativo, sin dolor torácico ni disnea, su marido refiere que se le han puesto los ojos en blanco y que se ha desvanecido en dos ocasiones. Refiere que días previos ha estado con clínica catarral de tos seca, febrícula, deposiciones blandas y malestar general motivo por el cual su médico pautó amoxicilina-ácido clavulánico 875 -125 mg/8 horas durante 7 días.

Como antecedentes personales refiere:

- Quistes hidatídicos en pulmón izquierdo e hígado.
- Hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril-hidroclorotiazida 20-12,5 mg cada 24 horas.
- Diabetes Mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina 1000 mg.
- Exfumadora desde hace 15 años.
- Intervenciones quirúrgicas: quistectomizada en infancia, con 35 años se realizó periquistectomia subtotal LM y quistectomía total con segmentectomía atípica LID con 50 años, en este mismo año precisó de realización de toracotomía abierta derecha por empiema crónico y fístula broncopleural. Dos embarazos y dos partos vaginales.

A su llegada a nuestro servicio presenta: Tensión Arterial de 90/68, frecuencia cardiaca 110 lpm, saturación 97%.

A la exploración física la paciente se encuentra consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo sin necesidad de oxigenoterapia. A la auscultación cardiaca se encuentra rítmica, sin soplos. A la auscultación pulmonar el murmullo vesicular se encuentra ligeramente disminuido sin crepitantes ni otros ruidos patológicos. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes y normales, sin masas ni megalias, puñopercusión renal bilateral negativa. Las extremidades inferiores no presentan edema, pulsos pedios presentes.

En urgencias se ponen 1000 ml de suero salino fisiológico y 1000 ml de ringer lactato. Se monitoriza a la paciente, se saca una analítica con hemograma (normal), coagulación (normal), bioquímica con PCR (150), Procalcitonina (negativa), troponinas (140) y dímero D (1300). En el electrocardiograma se ven T negativas de V2 a V6 y en la III derivación, no presentes en electrocardiograma de 2015. Se solicitó angio-TC tras el resultado del dímero D y lo informa el radiólogo como defecto de replección en rama segmentaria lobar derecha y terminal de lobar media y arteria de la língula y LII. Numerosas lesiones nodulares de baja densidad adyacentes a pared bronquial superior con contenido sin poder descartarse su sobreinfección, pudiendo ser una infección por apergilosis. Otra opción sería

una diseminación hidatídica broncógena.
A la vista de los resultados, se decide interconsulta con Medicina Intensiva que acepta a la paciente e ingresa a su cargo. En todo momento l paciente se ha mantenido en nuestro servicio hemodinámicamente estable, sin dolor torácico ni disnea.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con síncope siempre tenemos que tener en cuenta que una de las posibilidades diagnosticas puede ser un tromboembolismo pulmonar, una patología traicionera y que necesita de una sospecha diagnóstica y manejo urgente. En nuestro caso, se abre un abanico variado en el que todas las opciones diagnósticas pueden poner en riesgo la vida de nuestro paciente. Aunque la hidatidosis es más frecuente en países de África, en nuestro medio también puede verse y puede tener una rara pero seria complicación como puede ser la diseminación broncógena que, al igual que el tromboembolismo requiere de una sospecha y tratamiento rápidos.

P. #1352

DIFICIL DESPERTAR DE MADRUGADA

Rosa Baz Carranza, María Isabel Rivera Aguiriano, Ainhoa Marcaida Hernández, María De Los Milagros Montoya Linares, Sonia García Castro, June Ibargutxi Villadangos

HU Álava, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de 72 años, que es traida de madrugada por disminución del nivel de conciencia.
Entre sus antecedentes personales destacan: Fibrilación auricular valvular con estenosis mitral moderada-severa, anticoagulada con acenocumarol. Ictus hemisférico derecho tratado con trombolisis sobre trombo en carótida derecha de probable origen cardioembólico en 2019, que le dejaron como secuelas leve afasia sensitiva, leve hipoestesia faciobraquiocrural izquierda, e hipoacusia moderada.
Su situación funcional, independiente para todas las actividades de la vida diaria, sale a la calle sola sin ayuda.
El motivo de traerla es, porque el marido escucha un ruido, y al volverse en la cama, la encuentra en el suelo, sin conseguir respuesta a pesar de estimularla. La tarde anterior la paciente no manifestó ninguna sintomatología.
En la exploración en Urgencias se objetiva una escala de coma de Glasgow de 7 (O1,V1,M5), con desviación de la mirada hacia la derecha, y paresia inicial de extremidades izquierdas. El resto de la exploración general no llama la atención, ni se objetivan signos traumáticos en craneo.
Con sospecha de ictus, se avisa a Neurólogo de guardia, que solicita estudio radiológico para confirmar el diagnóstico.
En el TAC no se objetivan hemorragias ni signos sugestivos de lesión isquémica aguda establecida. Extensa area malácica frontotemporoparietal derecha, que ocasiona dilatacion ex-vacuo del ventrículo lateral, en relacion con infarto previo.
En el TAC de perfusion cerebral, se objetiva una disminución del flujo sanguíneo cerebral en la práctica totalidad del hemisferio derecho, mostrando caida de volumen unicamente en el area malácica conocida.
En la angiotomografía de troncos supra-aórticos y polígono de Wilis se identifica una imagen lineal endoluminal en la arteria carótida comun derecha distal, con disminución del calibre y ausencia de opacificación luminal en forma de llama de la arteria carótida interna y arteria carótida externa en su segmento proximal que sugieren disección aguda de de la arteria carótida comun con extensión a la bifurcación carótidea. También se observa ausencia de opacificacion de arteria carótida interna derecha en el resto de sus segmentos distales. En la arteria cerebral anterior derecha se objetiva “stop” brusco en su segmento proximal, probable embolo/embolo.
Durante la realización de pruebas complementarias, se inicia tratamiento con antiepilepticos por sospecha de estatus.
Se comenta el caso entre Urgencias, Neurologia, Radiología y Radiología intervencionista y Medicina Intensiva, se descarta indicación de fibrinolisis por anticoagulación en rango terapeútico, e inicialmente se descarta indicación de tratamiento endovascular.
Se decide ingreso a cargo de UCI.

Pasadas varias horas, se decide repetir prueba de imagen para descartar definitivamente tratamiento endovascular, objetivando accidente cerebrovascular isquémico establecido en el territorio anatómico irrigado por arteria cerebral media, arteria comunicante anterior y arteria comunicante posterior derecha con escasa penumbra. Sin signos de transformación hemorrágica. Se desestima finalmente tratamiento con trombectomía.

CONCLUSIONES

.- La presencia alteración de conciencia en paciente anticoagulado que ha sufrido un traumatismo craneal no descarta la existencia de una lesion cerebral de origen isquémico.
.- En el caso de nuestra paciente, la leucomalacia secundaria a ictus previo, podría haber desencadenado una crisis comicial en forma de estatus epiléptico de forma súbita, justificando el cuadro por el que fue traida a nuestro servicio.
.- La indicación de intubación orotraqueal y uso de medicación para ello en paciente que precisa protección de via aerea por bajo nivel de conciencia, dificulta en Urgencias la valoración neurológica de otras especialidades que desean valorar la situación neurológica del paciente

P. #1354

CAÍDAS NO PRESENCIADAS: UN RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Marta Gesto Domínguez, Ramón Sánchez Muñoz, Carmen Rodríguez Cortegoso, Carlota Clemente Callejo, Enrique Del Toro Daza, Joana Ugalde Lázaro

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 69 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II (control dietético), síndrome de apnea obstructiva del sueño y cirugía bariátrica por obesidad mórbida. Refiere además un episodio previo de trombosis venosa superficial en miembro inferior izquierdo en febrero de 2024, tratado con heparina de bajo peso molecular durante un mes.
Acude a urgencias por disnea progresiva de 24 horas de evolución. Como antecedente inmediato, refiere haber sufrido una caída no presenciada en la bañera dos días antes, con traumatismo en el hemicuerpo derecho, sin pérdida de conciencia. Niega fiebre, tos, dolor torácico o palpitaciones. A la exploración se encuentra consciente, orientado y eupneico en reposo, con tensión arterial de 138/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 115 lpm y saturación de oxígeno del 92% basal. Se realiza analítica con hallazgos de dímero D elevado (5.227 ng/mL), leucocitosis leve y elevación de LDH (800 U/L). En la gasometría arterial destaca hipoxemia con PaO2 de 40 mmHg y alcalosis respiratoria leve. ECG con ritmo sinusal, taquicardia y patrón S1Q3T3. La radiografía de tórax no muestra hallazgos significativos. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), se realiza angio-TC de arterias pulmonares, que confirma la presencia de múltiples defectos de repleción bilaterales en arterias segmentarias y subsegmentarias, así como signos de sobrecarga de cavidades derechas (dilatación ventricular derecha, rectificación del septo interventricular y reflujo de contraste a venas suprahepáticas). Se comenta con cardiología y se inicia anticoagulación con Enoxaparina 100 mg cada 12 horas y se decide ingreso hospitalario para monitorización y ajuste terapéutico.

CONCLUSIONES

El tromboembolismo pulmonar es una patología potencialmente mortal, cuya presentación clínica puede ser inespecífica y requerir un alto índice de sospecha. Además de los síntomas, es importante conocer los factores que predisponen a la ETEV para determinar la probabilidad clínica de la enfermedad, que aumenta con el número de factores predisponentes presentes. En pacientes con factores de riesgo mayores, como antecedentes de enfermedad tromboembólica, inmovilización o cirugía reciente, la disnea de instauración súbita debe hacer considerar este diagnóstico. También debemos tener en cuenta factores de riesgo menores como pacientes ancianos, obesidad, hipertensos, diabéticos, venas varicosas y embarazo.
En el 90% de los casos, se sospecha un TEP por la presencia de síntomas como disnea, dolor torácico y síncope, solos o en combinación. En diversas series, la disnea, la taquipnea o el dolor torácico se presentaron en más del 90% de los pacientes.

El síncope es raro, pero es una presentación importante de tromboembolismo pulmonar, ya que puede ser indicio de una reducción grave de la reserva hemodinámica. Por ello, las caídas no presenciadas en pacientes de edad avanzada nos obligan a llevar a cabo un diagnóstico diferencial con patologías potencialmente graves como el TEP.
Las pruebas complementarias, incluyendo dímero D, gasometría arterial, ECG y angio-TC de arterias pulmonares, son fundamentales para el diagnóstico. En este caso, los hallazgos de sobrecarga de cavidades derechas orientaron a un TEP de riesgo intermedio-alto. El tratamiento se basa en anticoagulación temprana, y en casos de alto riesgo, pueden considerarse terapias de reperfusión como la trombólisis o tromboaspiración. La monitorización estrecha es crucial para detectar signos de inestabilidad hemodinámica o deterioro respiratorio. Con un enfoque adecuado, el TEP puede diagnosticarse y tratarse de manera eficaz, minimizando la morbimortalidad asociada.
En resumen, los signos clínicos, síntomas y pruebas de laboratorio habituales no permiten excluir o confirmar la presencia de TEP agudo, pero aumentan el índice de sospecha. Por ello, es fundamental llevar a cabo un correcto diagnóstico diferencial en la valoración inicial de los pacientes ancianos con caídas no presenciadas, de cara a no pasar por alto causas subyacentes con una alta mortalidad a corto plazo.

P. #1356

JOVEN CON GRIPE A, HIPOXEMIA Y BLOQUEO DE RAMA DERECHA: DIAGNÓSTICO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO OSTIUM PRIMUM

María Isabel Puca Briones, Rosa Nieto Ortiz, Blanca Ruata Lacaustra

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Varón 20 años, sin antecedentes personales de interés, amigdalectomía a los 6 años, vida basal: buena clase funcional practica natación.
Acude a urgencias por cuadro catarral con tos seca, fiebre termometrada 38,7° y disnea de mínimos-moderados esfuerzos.
Exploración física: TA 119/74mmHg, FC: 88, T° 37,1 Saturación de O2 93%
Eupneico en reposo, ORF: pilares amigdalinos eritematosos, AC: rítmico, sin soplos.
Pruebas complementarias: Hemograma, BQ, coagulación sin alteraciones, D-Dímero: 1.6, Gasmetría arterial: pH 7,45, PCO2 35mmHg, PO2 53mmHg.
ECG: ritmo sinusal a 85lpm, PR en rango, QRS 120ms con morfología de bloqueo de rama derecha, eje izquierdo. RX tórax: ICT normal. Angio-TAC de arterias pulmonares: no TEP, signos de hipertensión pulmonar con marcada sobrecarga de cavidades cardíacas derechas, con adelgazamiento de las paredes del ventrículo derecho, aumento del ratio VD/VI.
ETT: VI normal, FEVI preservada, VD: moderadamente dilatado, hipertrófico, FEVD conservado. Rectificación diastólica del septo en relación a sobrecarga de volumen. Válvulas AV en mismo plano con insuficiencia leve. Defecto de SIA de gran tamaño y convierte las aurículas en una cámara única. Comunicación interauricular tipo Ostium Primun.
Con la sospecha diagnóstica de cardiopatía congénita tipo CIA en paciente hasta ahora con buena clase funcional fue derivado a unidad de cardiopatías congénitas. Fue intervenido quirúrgicamente sin incidencias.

CONCLUSIONES

Los defectos del tabique interauricular (CIA) representan una de las cardiopatías congénitas más comunes. Gracias a la ecocardiografía neonatal, su diagnóstico suele realizarse de forma temprana. Algunas CIAs suelen cerrar de forma espontánea y no dan síntomas. El diagnóstico se fundamenta en el examen físico, complementado por hallazgos en el ECG y confirmado por ecocardiograma. En este caso, limitarse al diagnóstico inicial de gripe con insuficiencia respiratoria habría conducido únicamente a una valoración neumológica. Sin embargo, la presencia de hipoxemia y bloqueo de rama derecha en un paciente sin antecedentes nos motivó a ampliar las pruebas diagnósticas, lo que permitió identificar incidentalmente una patología congénita. Detectar y tratar este tipo de anomalías a tiempo es crucial, ya que la corrección quirúrgica ofrece un excelente pronóstico con alta tasa de éxito y baja mortalidad.

P. #1361

CIENCIA, SÍ... PERO SIN OLVIDAR LA PRUDENCIA

María Jesús Alario García, Ángel García García, Rosa María Herrero Antón, Gloria López Sánchez, Consuelo Crespo Martínez

CAUSA, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Atendimos a una mujer de 93 años que acudía remitida desde la residencia donde estaba institucionalizada por disnea y edemas en extremidades inferiores de 15 días de evolución. Desde el día anterior la disnea aparecía también en reposo y se acompañaba de ortopnea.
No percibía dolor torácico.
Tampoco había sufrido ningún episodio catarral ni había presentado fiebre.
La médica de la residencia le prescribió furosemida sin mejoría.
La tensión arterial (136/81) y la frecuencia cardiaca (76 l.p.m.) eran normales y estaba afebril (36,4°C), pero la frecuencia respiratoria estaba elevada (30 resp/min) y la saturación disminuida (92%).
En la exploración la paciente se mostraba orientada, normo coloreada y bien perfundida, aunque con taquipnea. Su auscultación cardiaca era rítmica y sin soplos, pero existía una evidente hipofonesis en todo el campo medio e inferior del pulmón izquierdo. En las piernas se evidenciaban edemas pretibiales leves con fóvea.
La radiografía de tórax constataba un derrame pleural izquierdo de gran volumen.
En la analítica había leve hipopotasemia, neutrofilia y linfopenia sin leucocitosis, función renal normal y una elevación de los D Dímeros (8,4).
La gasometría arterial era compatible con alcalosis respiratoria y encontramos hipoxemia leve, pCO2 normal y bicarbonato elevado (31mmol/L).
El electrocardiograma estaba en ritmo sinusal y aparecía un bloqueo completo de rama derecha desconocido previamente.
Se la trató con oxigenoterapia a 2 litros/min y se decidió su ingreso hospitalario.
En ese momento nos planteamos la duda de si solicitar un angioTAC de arterias pulmonares, puesto que el derrame pleural justificaba por sí mismo la clínica de la paciente y la aplicación de la escala de Wells señalaba un riesgo bajo y la de Ginebra, riesgo moderado.
Finalmente, por prudencia y por experiencias previas, realizamos la petición del angioTAC, que mostró, además del gran derrame pleural izquierdo, defectos de repleción en las arterias de los segmentos anterior y medial del lóbulo inferior derecho, con extensión a sus ramas.
La anticoagulamos con heparina de bajo peso molecular y quedó ingresada a cargo del servicio de Neumología.
Durante su ingreso hubo que realizarle varias toracocentesis y el diagnóstico citológico del derrame pleural resultó ser maligno, un adenocarcinoma de probable origen pulmonar.
Tras el alta médica se la derivó a la consulta de externa de Neumología para control y drenaje de la efusión pleural y se solicitó interconsulta con la Unidad de Paliativos.

CONCLUSIONES

La prudencia y la experiencia de los profesionales, aunque no estén cuantificadas en ninguna escala médica, deben influir en las decisiones clínicas.

P. #1362

TIEMPO CRÍTICO: ¿CUÁNTO CUESTA UN INFORME TARDÍO?

María Cardells Peris, Andrea Cantos López, Gema Patricia Checa De La Cruz, Clara Grau Viel, Natalia Morera Sendra, Laura I Tarrat Alcalde

Hospital Francisco de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años, derivado desde el punto de atención continuada por hipotensión iatrogenia tras la administración de diclofenaco 75 mg y 2 g de metamizol intramuscular por dolor lumbar izquierdo, tras esfuerzo físico realizado el día anterior.
A su llegada al servicio de urgencias terciario refiere irradiación a fosa iliaca izquierda, asociando con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo.
A su llegada a triaje (14:53 h): tensión arterial (TA) de 68/45 mmHg; frecuencia cardiaca 89 lat/min; saturación de oxigeno: 100 % a aire ambiente; afebril. Es valorado inmediatamente en el box de reanimación de urgencias, apreciándose mal aspecto general, palidez mucocutánea intensa, sudoración profusa, cianosis distal, eupneico en reposo. La auscultación cardiaca es rítmica sin soplos. A nivel pulmonar, se detecta murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. A exploración abdominal se aprecia el abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan pulsos femorales, asociando cianosis acra. Se solicita analítica urgente, y tomografía computerizada vascular (angioTC), ante la sospecha de síndrome aórtico. Se inicia reanimación del shock hipovolémico con ringer lactacto. En la analítica destaca pH de 7,3, lactato de 2,8 mol/L y hemoglobina de 11,9 d/dL. Tras realizarse el angioTC a las (15:10 h), se pasa a observación a la espera del informe para traslado al hospital cuaternario con manejo enérgico del shock hipovolémico, con sueroterapia y drogas vasoactivas. Durante su estancia en observación se produce una disminución del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica y se inicia maniobras de reanimación cardiopulmonar, se realiza una segunda gasometría venosa en la que destaca pH de 7,2; bicarbonato 19,7 mmol/L; lactato de 10,4mmol/L y hemoglobina de 6,9 g/dL, por lo cual se inicia protocolo de transfusión masiva, reponiéndoselos el bicarbonato de 1/6 M. En el angioTC con informe a las 16:30 h se aprecia rotura aguda de aneurisma de aorta abdominal, con traslado posterior al servicio de cirugía vascular del hospital cuaternario de referencia, a una hora de traslado, con traslado del paciente a las 16:45 h.

CONCLUSIONES

Los tiempos en los servicios de urgencias son de vital importancia, en determinadas patologías, impactando en la morbimortalidad de los pacientes, así como la importancia de una buena exploración física para la correcta orientación clínica. El cuadro clínico inicial de hipotensión podría haberse atribuido a una reacción adversa a los AINEs (vasodilatación o hipersensibilidad), sin embargo, la rápida evolución a un estado de shock hipovolémico con dolor abdominal y cianosis distal obliga a sospechar causas vasculares graves, como, síndrome aórtico agudo (aneurisma roto, disección aórtica), isquemia mesentérica aguda o hemorragia retroperitoneal espontánea. El angioTC confirmó la rotura del AAA como la causa del cuadro de shock.
La importancia de la correcta orientación, así como su manejo temprano es esencial en todos los servicios de emergencias, pero en especial cuando se encuentra en hospitales terciarios, donde se tiene que externalizar servicios como radiología, que retrasaron el diagnóstico, por ejemplo. El traslado del paciente hasta hospitales cuaternarios, a una hora de distancia o más, por ejemplo, condiciona directamente la supervivencia del paciente. En la actualidad en este tipo de patologías tiempo dependientes es más importantes el código postal que el código patológico.

P. #1368

NO ROMPAS MÁS, MI POBRE CORAZÓN

Raquel Rodríguez Sánchez, Luz Natalie Ruíz Huarca, Damián Jesús González León, Irene Corral Flores, Delfina Gretel Frey Fernández, Fátima Martínez Duran

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: dolor torácico.
Antecedentes personales:
- Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, exfumador y enfermedad renal crónica estadio 3b.
- Historia Neumológica: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC Gold IV), tuberculosis antigua, síndrome de apneas-hipopneas del sueño grave, insuficiencia respiratoria crónica. Hipertensión pulmonar moderada. Neumotórax derecho en 2016.
- Historia Cardiológica:

* Infarto agudo de miocardio (IAM) realizando una intervención coronaria percutánea e implantación de 3 stents farmacoactivos (en arteria coronaria descendente anterior media, circunfleja proximal y primera rama de obtusa marginal) dos semanas antes de su consulta en el Servicio de Urgencias. Doblemente antiagregado con Ácido acetilsalicílico y Clopidogrel.
* Fibrilación auricular permanente anticoagulado con Apixaban.

- Gammapatía monoclonal de significado incierto IgG Kappa y trombocitopenia leve.

Enfermedad actual:
El paciente acude a urgencias por un episodio de dolor centro-torácico tipo punzada no irradiado y sin cortejo vegetativo asociado, de una hora de duración, que aumenta con la inspiración y ocurrió mientras se encontraba en reposo. Acompañado de leve dificultad respiratoria y aumento de tos con expectoración con restos hemáticos, en los últimos 3-4 días. Niega palpitaciones, fiebre, ortopnea o disnea paroxística nocturna.
Exploración física:
Tensión arterial: 144/88 mmHg, Temperatura: 37°C, Frecuencia Cardiaca: 122 lpm, Saturación de Oxígeno: 91%
Buen estado general, consciente y orientado. Hemodinámicamente estable, eupneico en reposo y destaca marcada palidez mucocutánea.
- Cuello: Carótidas rítmicas, sin soplos, presión venosa yugular normal, no adenopatías.
- Auscultación respiratoria: hipofonesis hasta campo medio de hemitórax derecho.
- Auscultación cardiaca: Ruidos cardiacos arrítmicos, sin soplos asociados.
- Extremidades inferiores: Pulsos conservados y simétricos, no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 115 lpm, sin otras alteraciones asociadas.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado y presencia de derrame pleural derecho hasta campo pulmonar medio, sin poder descartar consolidación parenquimatosa asociada.
- Analítica sanguínea: Destaca leve deterioro de la función renal, aumento de reactantes de fase aguda, leve neutrofilia y hemoglobina de 6,9 g/dL (previa de 11.1 g/dL).
- Tomografía computarizada (TC) torácica: Presencia de hemotórax y neumotórax derecho con gran cámara anterior. Lesiones hiperdensas en pleura parietal y en espacio extrapleural posterior derecho, de carácter indeterminado, y atelectasias completas del lóbulo medio e inferior derecho, con parénquima pulmonar colapsado y no valorable.

Evolución:
Se trata de un paciente con dolor tipo punzada y disnea, además de esputos con restos hemáticos en los últimos días. Inicialmente se solicitaron las pruebas complementarias descritas anteriormente, y se plantearon algunos diagnósticos diferenciales como: IAM, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, neumotórax, hemotórax y agudización de EPOC.
Posteriormente, se solicitó una TC torácica, ante la principal sospecha de derrame pleural secundario a cateterismo, y se solicitó una transfusión sanguínea de 2 concentrados de hematíes por presencia de hemoglobina menor de 8 en paciente cardiópata con anemización de 4 puntos.
El TC revela hemo - neumotórax derecho, probablemente iatrogénico (realización de cateterismo en las 2 semanas previas), por lo que se decidió ingreso en Neumología para toracocentesis, estudio y seguimiento.

CONCLUSIONES

Este caso enfatiza la importancia de una anamnesis detallada y de considerar los antecedentes médicos con el objetivo de identificar posibles complicaciones post-procedimiento. Además, dada la baja prevalencia de esta complicación, resalta la necesidad de vigilar estrechamente a pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco, ya que las complicaciones pueden aparecer días o semanas después y, siendo infrecuentes, siempre debemos considerarlas.
En resumen, resalta la necesidad de una atención integral y una intervención temprana en pacientes con múltiples comorbilidades y antecedentes invasivos.

P. #1373

NO TODO LO QUE RELUCE ES ORO

Susana Pérez Antón, Noiva Díaz García, Francisco Javier Ayuso Iñigo, Mario Agreda Fernández, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Audrey Morales Rodríguez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 43 años, sin antecedentes médicos de interés.
Valorada en urgencias por cuadro de viriasis, dada de alta con paracetamol. Consulta nuevamente 48 horas más tarde, por disnea paroxística nocturna, ortopnea, y edemas en extremidades inferiores.
Analítica en urgencias con fracaso renal agudo, péptido natriurético y dímero elevados, Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral. Angio-TAC (Tomografía axial computarizada) descarta tromboembolismo pulmonar, pero muestra edema pulmonar intersticial de probable origen cardiaco y derrame pleural bilateral mayor en el lado derecho.
Electrocardiograma normal.
Se inicia tratamiento con furosemida intravenosa y se comenta caso con cardiología de guardia, con diagnóstico de primer episodio de insuficiencia cardiaca. Descartan cardiopatía estructural por ecocardioscopia, por lo que se ingresa a la paciente en planta de medicina interna, para estudio de otras causas.
Durante el ingreso continua con tratamiento deplectivo, con mejoría de la disnea y de los edemas, pero con empeoramiento progresivo de la función renal en analíticas.
Se realiza TC TAP, con ganglios cervicales, axilares bilaterales, mediastínicos llamativos en número y tamaño, sin otros hallazgos. Frotis de sangre periférica con predominio de eosinófilos maduros. Orina con proteinuria en rango subnefrotico y micro hematuria. Autoinmunidad negativa. Serología positiva para parvovirus B19, resto negativas.
Valorada durante la hospitalización por servicio de nefrología, por el deterioro progresivo de la función renal, de probable origen multifactorial por depleción de volumen, uso de diuréticos y administración de contraste, por lo que suspenden tratamiento y recomiendan ingesta de líquidos, con posterior recuperación de la función renal.
Se resuelve la proteinuria y mico hematuria.
Dada de alta por mejoría clínica con desaparición de los edemas, con diagnóstico de infección por parvovirus B19 y Fracaso renal agudo resuelto.

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de sobrecarga hídrica es por insuficiencia cardiaca, lo que nos lleva al tratamiento con diuréticos.
En el caso de nuestra paciente, fue en relación con la insuficiencia renal aguda, con proteinuria subnefrotica, lo que hizo que el tratamiento con furosemida empeorara la función renal, evolucionando a una necrosis tubular aguda por deshidratación.
Descartada causa tumoral y autoinmunitaria.
Presenta infección por parvovirus B19, no obstante, la afectación del virus a nivel renal suele ser de tipo glomerular, no compatible con la evolución ni los hallazgos analíticos del episodio.
Dada la recuperación de la función renal y la resolución de la proteinuria y mico hematuria, se decide alta con seguimiento en consultas.

P. #1377

Y DE REPENTE...HEMOPTISIS

Javier Toledano Villar, María Teresa Correas López, Irene Corral Flores, David García Gacimartín, Ivan Leiton Bautista, Diego Castrillón Rodríguez

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años sin alergias medicamentosas, en tratamiento activo por adenocarcinoma de pulmón IIIA con Durmalumab y RT. En TAC previo informan de progresión tumoral a nivel paratraqueal.
Paciente traído a unidad de críticos de urgencias desde las consultas externas de Oncología por bajo nivel de consciencia. Avisan a UCI quien valora Glasgow 8 fluctuante derivándolo a urgencias. Paciente refiere tos con expectoración verdosa de 2 semanas de evolución asociado a cuadros febriles de hasta 38 grados.
En exploración: Glasgow 15, taquipnea con SatO2 del 89% sin oxigenoterapia, manteniendo SatO2 94% con Ventimax al 35% a 4 lpm. Tendencia a la hipotensión, acatísico y con roncus dispersos en la auscultación.
Pruebas complementarias:
Rx tórax portátil: engrosamiento de región hiliar derecho, con aumento de trama broncovascular.
Bioquímica: Proteina C reactiva 283.0 mg/L Procalcitonina 7.39 ng/mL. Sin alteración de la funcion renal ni alteraciones iónicas.
Hemograma: HEMOGLOBINA 13.7 gr/dL Plaquetas 224 x10^9/L 120 - 400 Leucocitos 9.7 x10^9/L con neutrofilia y linfopenia.
Coagulación: % I.N.R. 1.4 Fibrinógeno 992.0 mg/dL D-Dímero 20200.0 ng/mL.
Gasometría venosa: pH 7.32 pCO2 - PCO2 51 mm Hg PO2 20 mm Hg HCO3 - Bicarbonato 26.3 mmol/L Lactato 50 mg/dL
TAC cerebral multimodal: Sin signos sugestivos de lesiones ocupantes de espacio, isquémia o hemorragia cerebral.
AngioTAC: No se identifican defectos de repleción sugestivos de tromboembolismo pulmonar agudo. Empeoramiento de las consolidaciones parcheadas en lóbulo inferior derecho
Fibrobroncoscopia: Intentan aspirar coágulo con tracción mecánica y fragmentación repermeabilizando parcialmente la vía aérea. Tras lo mismo se procede a colocar extremo distal a 2 cm de carina principal visualizando colapso por mucosa infiltrativa peritubo del 100% de su luz desde bronquio principal derecho y proyectado a carina principal.
Dado que el paciente refería clínica infecciosa respiratoria las dos semanas previas inicialmente se orienta el caso como posible sepsis respiratoria, solicitando pruebas analíticas y de imagen radiológica. A su vez se solicita TAC cerebral y AngioTAC ante la posiblidad de trombosis en paciente con proceso oncológico activo no anticoagulado, tanto a nivel cerebral, como a nivel pulmonar que justifica la clínica de alteración de consciencia e insuficiencia respiratoria objetivada en la exploración inicial. El tratamiento inicial consiste en sueroterapia junto con ceftriaxona y azitromicina por el cuadro infeccioso pulmonar. Aparte se pauto levetiracetam ante posible lesión ocupante de espacio dada la probabilidad de metástasis cerebral que condicionara una crisis convulsiva.
Tras el descarte de patología trombótica y sin objetivarse lesiones ocupantes de espacio cerebral se asume el diagnóstico de sepsis respiratoria. Posteriormente, previo ingreso en planta el paciente inicia cuadro brusco de hemoptisis masiva, se iniciándose tratamiento con sueroterapia ante shock hemorrágico y protocolo de trasfusión masiva. Se solicita valoración por UCI y Neumología para iniciar proceso de intubación inicialmente a ciegas y análisis de vía aérea con fibrobroncoscopio por sospecha de punto hemorrágico resultando estas medidas infructuosas. El paciente entra en insuficiencia respiratoria prolongada conllevando una parada cardiorrespiratoria durante los intentos de intubación.
Se realiza RCP resultando efectiva, pero tras nueva entrada en parada por no reversibilidad de sangrado y obstrucción se decide limitación de esfuerzo terapéutico.

CONCLUSIONES

-En el abordaje inicial de un paciente oncológico se debe tener en cuenta su estado procoagulante, la posibilidad de metástasis sintomática y la sobreinfección que puede llevarse a cabo en las lesiones de base.-
-La hemoptisis masiva es una emergencia médica que precisa de una sincronización exhaustiva multidisciplinar extremadamente tiempo dependiente requiriendo de un conocimiento del protocolo de actuación.
-El seguimiento y vigilancia estrecha de los pacientes por parte del personal sanitario en el servicio de urgencias es clave para prever situaciones de agravamiento agudo dado que las patologías son dinámicas y pueden evolucionar en cualquier instante del proceso de cuidados sanitarios.

P. #1382

MANEJO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ANTE UNA EMBARAZADA EN PERIPARTO

Ana Soriano Gallo[1], Fiorella Vanessa Leyva Romero[2], Rocío Robles Albero[3], Verónica Campos Andreo[4]

1. Centro de salud Barrio del Carmen, Murcia, España
2. Centro de salud Vistabella, Murcia, España
3. Centro de salud Murcia Sur, Murcia, España
4. Centro de salud Santomera, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

En nuestro caso clínico encontramos una mujer de 32 años, fumadora hasta fecha de embarazo, antecedentes familiares de tía materna con trombosis en mesentérica, tío materno con trombosis venosa profunda y tía materna con trombosis venosa profunda tras quimioterapia. Consulta en urgencias por sangrado vaginal y amenaza de parto en la semana 30 de gestación, además presenta dolor en zona de ambos miembros inferiores de dos semanas de evolución más predominante en miembro inferior izquierdo. Se explora: dolor a la palpación en zona gemelar y muslo izquierdo, aumento de flogosis y leve aumento perímetro en miembro inferior izquierdo. Presenta sensación disneica sin hemoptisis ni tos. Auscultación cardíaca y pulmonar aparentemente normal. Se ingresa por parto inminente y se decide seguir protocolo de actuación para estudio de posible trombosis venosa profunda (TVP), primero se realiza electrocardiograma (ECG) con taquicardia a 115 lpm, sin alteraciones, una analítica sanguínea con Creatinina 0.6, Troponina y ProBNP negativos, GOT y GPT 14, Hb 11.6, plaquetas 259.000, TTPA 2.06, AntiXa 0.6, Dímero D: 8950. No se realiza Radiografía de tórax por gestación. Decidimos anticoagular primera dosis con Enoxaparina 80MG una dosis mientras se esperan resultados de la Ecografía Doppler de miembros inferiores compatible con TVP en vena femoral superficial y troncos infrapoplíteos de miembro inferior izquierdo. Dado su estado gestacional y el probable estado de parto inminente se realiza abordaje de colocación de filtro de vena cava inferior por parte de radiología intervencionista, se coloca filtro en zona de venas suprahepáticas para evitar compresión del útero. Tras abordaje con éxito se consulta con ginecología y hematología y decidimos tratar con perfusión de heparina sódica previo parto, al no ser inminente tras pasar 72h, se cambia a enoxaparina 80mg cada 12h hasta dar a luz y posterior retirada de filtro de vena cava.

CONCLUSIONES

La definición de trombosis venosa profunda (TVP) consiste en la formación de un coágulo en la sangre (trombo) situado en venas profundas de las extremidades inferiores, que se dividen a su vez en proximales (venas poplíteas, femorales o ilíacas) que son de mayor riesgo embolígeno y en distales (infrapopliteas), en menor frecuencia en venas del cuello, extremidades superiores, abdomen o pelvis. La TVP puede ser grave si produce síndrome post-trombótico o si este coágulo migra al pulmón produciendo embolia pulmonar. La clínica acompañante puede incluir desde hinchazón, dolor, sensibilidad, enrojecimiento o cambio de color, aumento de calor y/o calambres, y con signos de mala evolución como disnea, dolor torácico, hemoptisis y tos.
Para el diagnostico de dicha enfermedad se debe realizar un ECG, una Rx de tórax y una analítica con bioquímica, hemograma y coagulación que contenga Dímero-D; siguiendo la escala de Wells: si es de baja probabilidad se realiza Dímero D y si sale positivo realizamos eco doppler para confirmar trombo y localización, si hay sospecha clínica y la eco Doppler es positiva se confirma TVP. Si hay una probabilidad moderada o alta puede realizarse eco Doppler venoso y si es negativo y el Dímero D positivo puede repetirse la ecografía previa anticoagulación una semana después. En el caso se realizaron todas las pruebas complementarias y se ingresó siguiendo criterios como embarazo, TVP proximal y alto riesgo de complicaciones del tratamiento anticoagulante. El tratamiento de la TVP es siempre anticoagular con fármacos como heparina sc, sintrom o nuevos anticoagulantes orales. Si el paciente tiene una contraindicación para anticogular o tomar fármacos o éstos no son efectivos, o como podemos tener en nuestro caso problema respecto al riesgo de embolización por causa del periparto, la opción es colocar un filtro en la vena cava inferior.

P. #1385

COMPLICACION DE UNA OMA

Sheila Condor Pineda[1], Irati Oregi Belaustegi[2], Alba Ramos García[3], Ana Rengifo Martínez[4], Lorea Gómez Berasategui[4], Carlos Pardo Rodríguez[1]

1. Hospital Bidasoa, Hondarribia, España
2. Hospital Mendaro, Mendaro, España
3. Centro de Salud Irun centro, Irun, España
4. Hospital Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años, fumador de paquete y medio por dia.
Acude al servicio de urgencias en el contexto de cuadro gripal de 10 dias con tos, fiebre de hasta 38°C, otalgia derecha y sensación de taponamiento en dicho oído además de dolor en hemicara ipsilateral. Es dado de alta con tratamiento antibiotico por otitis media derecha.
Al dia siguiente presenta empeoramiento de su estado general, agitación, vómitos y fiebre de 39°C por lo que es traído a urgencias.
Exploración: Regular estado general, agitado e inquieto. No obedece a órdenes. Pálido, mal perfundido.
Temp° 37.5°C, TA 131/80, FC 76, SO2 100%
ACR normal. Abdomen normal. No edemas ni signos de TVP.
Rigidez nucal. Ptosis palpebral izquierda. PICNR.
Pruebas complementarias:
ECG: RS a 75lpm
Rx tórax: sin hallazgos patológicos
TAC cerebral: Escasez de surcos cerebrales corticales, a valorar posible edema cerebral. Ocupación de celdillas mastoideas y cavidad del oído medio derecho compatible con otomastoiditis. Neumatización de la punta del peñasco derecho con ocupación de la misma.
Analitica: glucosa 137, Cr 1.06 FG 73, bilirrubina 1.6, PCT 2.5, PCR 126. Hemoglobina 15.2, plaquetas 297.000, leucocitos 14.540 (N 91% L 2.8%)
GV: pH 7.45, bicarbonato 20.9, pCO2 30, lactato 2.7.
LCR: 4.205 leucocitos, monocitos 3%, linfocitos 1%, PMN 96%, glucosa 24, LDH 52, ADA 8.2.
Se cursan hemocultivos x2 y cultivo de LCR
Se administran: 9mg de midazolam ev en bolos, ceftriaxona 2gr ev, ampicilina 2gr ev, dexametasona 10mg ev, aciclovir 1gr ev, vancomicina 1gr ev, SF 500ml ev, Paracetamol 1gr ev.
JUICIO CLINICO: sospecha de meningitis bacteriana
Evolución:
Durante su estancia en urgencias el paciente ha precisado varios bolos de midazolam por agitación. Objetivamente mejor perfundido, estable hemodinámicamente y con buenas saturaciones con oxigenoterapia en GN a 2L/min. Comentado con UCI, se acepta ingreso a su cargo.
Al inicio curso tórpido, resultado de hemocultivo y LCR positivo a neumococo. Tras 10 dias de antibioterapia IV se consigue mejoría y es dado de alta

CONCLUSIONES

Debemos tener en cuenta que ante un paciente con OMA, se debe instaurar un tratamiento empírico eficaz para los agentes etiológicos más comunes (Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis) y si, en un periodo de 48 a 72 horas, no se observa mejoría, es preciso valorar la realización de drenaje mediante timpanocentesis y su cultivo para determinar el agente etiológico y su sensibilidad antimicrobiana. De esta forma, se pueden prevenir posibles complicaciones de la OMA que, aunque muy inusuales, pueden poner en peligro la vida del paciente.
La complicación por una meningitis debe sospecharse ante un paciente con otitis media aguda o patología crónica del oído medio y mastoides, que presente sintomatología de afectación intracraneal como irritabilidad, somnolencia, cefalea persistente, fiebre y vómitos; síntomas indicativos de hipertensión craneal (edema de papila ocular) o focalidad neurológica.
El diagnóstico mediante punción lumbar mostrará pleocitosis y elevación del número de proteínas. Suelen acompañarse de un descenso de las cifras de glucosa en el líquido cefalorraquídeo.
El tratamiento antibiótico de la meningitis se realiza con cefalosporinas de tercera generación, con adición de vancomicina en algunas terapias.

P. #1388

OJO A LAS LESIONES EN LA PIEL

Patricia Carrasco García, Lina Cueto Avellaneda, Inés Fernández Guerrero

Hospital General Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS
Mujer de 47 años con AP de interés de Trasplante (Tx) renal donante cadáver en 1996 con rechazo crónico por células T por enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía por reflujo. Tras pielonefritis complicada del injerto se somete a un segundo Tx renal en 2021. Sufre rechazo agudo posterior tratado con plasmaféresis, inmunosupresores y esplenectomía.
Según refiere presenta cuadro de síndrome febril con temperatura de hasta 40° en domicilio asociado a síndrome miccional desde hace unos cinco días a pesar de haber estado desde el inicio con Fosfomicina tras acudir al servicio de urgencias del Centro de Salud donde se realiza prueba de sedimento de orina que resulta patológico. Hoy vuelve a acudir a urgencias hospitalarias por fiebre de 38,5° e importante cortejo bacteriémico. Niega dolor abdominal ni clínica respiratoria ni otra sintomatología sobreañadida. Por otro lado, también refiere aparición desde anoche de dos lesiones dolorosas de color negruzco en cara interna del brazo y en dedo del pie derecho.
EXP FISICA:
Regular estado general. Normocoloreada, bien perfundida. Consciente y alerta. Glasgow 15.
TA 100/60, frecuencia cardíaca de 95 lpm, SAT O2 99% aire ambiente, T 36°C.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.
Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni organomegalias.
En cara medial del brazo izquierdo se aprecia placa eritematoedematosa con centro petequial y extensión centrípeta del eritema a expensas de linfangitis. En ambos pies, se observa erupción micropetequial destacando un foco equimótico en el antepié derecho.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica de sangre: glucemia 85 mg/dl, urea 54, creatinina 1.41, sodio 140, potasio 3,8. Proteína C reactiva 160, procalcitonina 2.74. Hemograma con Hb 12 g/dl y leucocitosis 17800 con desviación izquierda, plaquetas 308000. Coagulación en rango.
- Gasometría venosa: pH 7.45, pCO2 27, HCO3 19, láctico 2.8.
- Sedimento de orina: leucocitos ++ (122/campo).
- Radiografía tórax normal.
- Hemocultivos y urocultivo extraídos.
- Ecografía abdominal: riñón trasplantado en fosa ilíaca izquierda de ecogenicidad cortical normal, sistema excretor no dilatado. No se aprecian colecciones. Arteria y vena renal permeables. Sin otros hallazgos relevantes.

DIAGNOSTICO: Bacteriemia de origen urinario en paciente inmunodeprimida por trasplante renal. Posible celulitis secundaria o émbolos sépticos.

CONCLUSIONES

Dado que se trata de una paciente inmunodeprimida con fracaso terapéutico previo con presencia de criterios clínicos y analíticos de sepsis, así como empeoramiento clínico, se pasó a la paciente al área de observación de urgencias para vigilancia clínica y hemodinámica. Se inicia antibioterapia empírica con antibiótico de amplio espectro y se ingresa a la paciente en nefrología. Durante el ingreso el resultado preliminar a las 24-48h de los hemocultivos es positivo para meningococo.
Las lesiones cutáneas en formas variadas pueden estar presentes en casos de sepsis y en la evolución de la sepsis grave, por lo que se podría considerar un factor más de gravedad junto con el resto. En particular, la mayoría de casos de enfermedad meningocócica desarrollan lesión dérmica durante alguna fase de la enfermedad, siendo la erupción tipo petequias o púrpura indicadores de enfermedad grave. Las lesiones distales como en este caso han sido descritas en distintas publicaciones en relación con antecedente de enfermedad autoinmune en tratamiento inmunosupresor, infecciones de orina y neumonías con coagulación intravascular diseminada.

P. #1392

LA TROMBOSIS VENOSAS RECURRENTE A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Beatriz Rivas Carnero, Beatriz Díaz Fernández, Sandra Del Valle Velasco, Nuria Hierro Vallejo, Naiara Cubelos Fernández

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) tiene una alta incidencia 120/100.000 habitantes/año, produciendo una gran morbimortalidad. La trombosis venosa profunda (TVP) se produce con más frecuencia en las venas de las extremidades inferiores (el 90% afectan a venas femorales o poplíteas) y la pelvis (10% se extienden en dirección proximal afectando a venas ileofemorales), aunque también pueden producirse en las extremidades superiores. Es la principal causa de tromboembolismo pulmonar por lo que es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz.

CASO CLINICO

Varón de 46 años, con antecedente de trombosis venosa profunda hace un año, acude al Servicio de Urgencias Hospitalarios por dolor intenso en la pierna derecha, asociado a inflamación y aumento de diámetro de dicha extremidad. Cuenta que estuvo en tratamiento con heparina durante 5 días el mes anterior por sospecha de tromboflebitis, y que tuvo un episodio de celulitis hace 6 meses que se resolvió con tratamiento antibiótico. Ahora cuenta un dolor intenso de horas de evolución, que aumenta con la flexión del tobillo derecho y con la deambulación. Afebril. Niega dolo torácico o disnea, u otros síntomas

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Constantes: TA 111/64 mmHg, T 36 °C, FC 95 lpm, SatO2 99%.

EF: Normoperfundido, normocoloreado, normohidratado. Eupneico en reposo.

- Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos
- AP: murmullo vesicular conservados, sin ruidos sobreañadidos
- Extremidades infeiores: no enrojecimiento, calor, edema o hematoma. Se observa aumento de diametrro de extermidad inferior derecha, asociado a empastamiento en musculo gastrocnemio y signo de Homans positivo. Pulsos pedios y poplíteos conservados y simetrricos bilateralmente.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre: leve aumento de la PCR 20,5 mg/dL con resto de hemograma, coagulación y bioquímica dentro de parámetros normales.

Doppler de miembros inferiores: Se observa ocupación de la luz de los tercios medio y distal de la vena femoral superficial, así como ocupación parcial de la luz de la vena poplítea de la extremidad inferior derecha por material ecogénico en relación con trombo, con ausencia de colapso de estas venas con las maniobras de compresión directa. La vena femoral común y el tercio proximal de la vena femoral superficial, así como venas intragemelares son permeables. Engrosamiento de las paredes de venas safena interna con ocupación parcial por material ecogénico en tercio proximal, asociado a cambios inflamatorios de la grasa adyacente en elación con tromboflebitis.

EVOLUCIÓN DEL CASO

El paciente fue dado de alta con bemiparina 10.000 UI subcutánea de forma diaria durante 3 meses y medias de compresión. El paciente fue derivado al Servicio Hematología para estudio de trombofilias hereditarias sin ninguna alteración sanguínea. Tras una semana con anticoagulación parenteral se decidió cambiar a anticoagulación oral.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda en extremidad inferior derecha asociado a tromboflebitis superficial derecha

CONCLUSIONES

- Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de una TVP como los cánceres, insuficiencia cardiaca, catéteres venosos permeables, inmovilización, antecedentes de trombofilia, tabaquismo…
- Los pacientes diagnosticados de TVP idiopática tienen hasta en un 50% una trombofilia subyacente. Esta debe sospecharse en pacientes con historial familiar de enfermedades hematológicas, pacientes menores a 50 años o ETEV recurrente.
- Los síntomas más frecuentes en la TVP son: hipersensibilidad, dolor sordo, edemas eritema, aumento del perímetro de la extremidad…
- El signo de Homans es un marcador semiológico que se mide en la exploración para el diagnóstico de sospecha de la TVP.
- La ecografía Doppler es el gold standard para el diagnóstico definitivo. En ocasiones se puede medir el Dímero D, con alto valor predictivo negativo, que se podría pedir de forma simultánea cuando la probabilidad preprueba sea alta
- El tratamiento se basa en la anticoagulación (con heparina de bajo peso inicialmente después pudiendo pasar a anticoagulantes orales).

P. #1393

EMPIEMA

Miren Josune Marín Villegas, Ana Lucía Rengifo Martínez
OSI BIDASOA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

EMPIEMA
Paciente de 69 años de edad natural de ucrania
Con antecedente de HTA Hiperuricemia
Fumador activo 2 paquetes /día
Se encuentra de vacaciones visitando a sus hijos en España
Cuadro de 2 semanas de evolución de tos no productiva, hace 24 horas con dolor torácico de características pleuríticas en hemitórax derecho.
Exploracion crepitantes en tercio medio y sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares
ECG Ritmo sinusal HAI
Gasometria arterial PH 7.46 pco2 33 PO2 56 PAFI 267
Radiografia de torax Cardiomegalia, Derrame pleural derecho y aumento de densidad en LID
Analitica sin datos relevantes
Exudado Faringeo Negativo
Antigenuria Negativa
Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftraixona.
Se realiza toracocentesis en planta obtención de liquido turbio amarillento se recogen muestras, cultivos.
Se cambia tratamiento con amoxicilina /clavulanico y se comenta paciente con cirugía torácica donde ingresa con diagnostico de empiema a descartar TBC (ADA en LP 47)
Se coloca drenaje torácico con drenaje de 2000 en las 24 horas se inicia la urokinasa
Interferón dudoso PCR M TBC negativo, se mantiene tto antibiótico con buena evolucion clínica-
El tratamiento definitivo para el empiema pleural implica el drenaje del líquido pleural infectado o pus, mediante la inserción de un tubo pleural, con la ayuda guiada de ultrasonido. Se administra antibióticos intravenosos para su tratamiento.

CONCLUSIONES

La acción terapéutica se dirige de forma simultánea al control de la infección mediante el tratamiento antibiótico y valoración de la indicación de drenaje torácico por toracostomia. La elección del tratamiento antibiótico en el empiema debe realizarse con el objetivo de proporcionar la mejor actividad antimicrobiana y buena penetración en el espacio pleural.

P. #1405

UN GRAN ANTECEDENTE DE CONTIGÜIDAD

Francisco Javier Toledano Villar Toledano Villar[1], María José Palomo Reyes[2], David García Gacimartín[1], Irene Corral Flores[1], Ivan Leiton Bautista[1], Daniel Alejandro Soliz Bruckner[1]
1. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
2. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 68 años que es traído a urgencias por bajo nivel de consciencia. no presenta alergias medicamentosas conocidas. Con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y síndrome depresivo, en tratamiento con trazodona 100mg, fenobibrato 160 mg, escitalopram 10 mg, atenolol, eutirox 25 mcg. Familiares refieren inicio de cuadro de dolor brusco en oído izquierdo con cefalea hemicraneal izquierda las 12h previas, sin sensación distérmica. Acude a atención primaria donde se diagnóstica cuadro de otitis aguda e inician tratamiento con ciprofloxacino y acetónido de fluocinolona, advierten en la exploración tensión arterial (TA) de 240/120 mmHg, que tratan con furosemida 40 mg vía oral. Tras 6h familiar refiere verlo consciente y orientado. Unas 4h después, lo encuentra con bajo nivel de consciencia, desviación oculo-cefalica y desviación de la comisura derecha.
A su llegada el paciente presenta Glasgow de 3 puntos (M1, O1, V1). TA 170/110 mmHg, Frecuencia cardiaca 100 lpm, Temperatura 37°C. Taquipneico, Saturación de Oxigeno a 90% con mascarilla con reservorio al 50% y respiración espontánea. Diaforético. Resto de exploración sin hallazgos.
Se trata de un paciente con un cuadro brusco de disminución del nivel de consciencia con antecedente referido de otitis izquierda y crisis hipertensiva.
Se realiza intubación orotraqueal, realizando un episodio tónico en ese momento de corta duración, cuya brevedad la asociamos a que hacía pocos segundos que había pasado etomidato y rocuronio. Nuestras principales sospechas diagnósticas eran:
- Ictus hemorrágico/ isquémico.
- Hemorragia Subaracnoidea.
- Infección del SNC.

El ictus hemorrágico y hemorragia subaracnoidea, dada la clínica con empeoramiento progresivo y dada la cefalea brusca intensa referida horas previas, así como la crisis hipertensiva nos parecieron las entidades más probables.
Pensamos en la infección del SNC por la febrícula objetivada a su llegada, con un probable origen de extensión por contigüidad otitis izquierda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
RX TÓRAX PORTATIL: Sin hallazgos patológicos.
ECG: Taquicardia sinusal, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización.
BIOQUÍMICA: Glucosa 234 mg/dL, Urea 38 mg/dL, Creatinina 1.29 mg/dL, Filtrado 57.8 mL/min/1.73m2 Bilirrubina Total 1.23 mg/dL, Proteina C reactiva 26.4 mg/L, Procalcitonina 0.67 ng/mL, NT-proBNP 434 pg/mL, CK 216 U/L.
HEMOGRAMA: Hemoglobina 17.5 gr/dL Plaquetas 80 x10^9/L, Leucocitos 4.8 x10^9/L, Neu 4.4 x10^9/L, Lin 0.3 x10^9/L,

COAGULACIÓN: Tiempo de Protrombina 73%, IN.R. 1.2, Fibrinógeno 375 mg/dL.
GASOMETRÍA VENOSA: Temperatura 37 °C pH 7.37, pCO2 41 mm Hg, pO2 29 mm Hg, HCO3 23.7 mmol/L, Exc bases -1.6 mmol/L Lactato 45 mg/dL,
TAC CEREBRAL: Ocupación de oído medio y celdillas mastoideas izquierdas.
Tras pruebas complementarias se sospecha meningitis por lo que se extraen hemocultivos, punción lumbar con cultivo celular y una prueba PCR Array. Se inició Ceftriaxona 2gr i.v. . El resultado fue compatible con infección bacteriana y en serología: Array Meningitis/Encefalitis (Streptococcus pneumoniae).
ORL, realizó miringotomía de oído izquierdo con extracción de material purulento. El paciente ingresó en UCI con diagnóstico final de meningitis neumocócica secundaria a otitis izquierda e insuficiencia respiratoria hipoxémica.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En ningún caso la realización de una prueba de imagen debe conllevar el retraso del inicio de tratamiento antibiótico empírico (en la 1° hora) en una meningitis aguda.

En la medida de lo posible, no retrasar la realización de punción lumbar y la toma de muestras de LCR como método diagnóstico y de guía terapeútica.

En regiones con cepas de S. Pneumoniae no resistente a Ceftriaxona, el tratamiento inicial en lineas generales es Ceftriaxona 2gr/12h + Ampicilina 2gr/4h + Dexametasona 10mg/6h durante 4 días.

P. #1413

LA EXCEPCIÓN QUE ROMPE LA REGLA: APENDICITIS EN PACIENTE APENDICECTOMIZADO

Paula María González Medina, Liuva Déniz Déniz, Lidise Rocío Arbolaez León, María Ferrando Feliu

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 17 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de apendicectomía en marzo de 2023 por apendicitis, episodio de apendicitis en noviembre de 2023 tratado con antibioterapia. No uso de tratamiento habitual. Acude a urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha desde ayer, asocia fiebre de 38.2°C. No asocia otra sintomatología.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Glucemia: 100 mg/dl; Tª: 36.8 °C (Axilar); TA: 121/76 mmHg; FC: 113 lat/min; Sat. O2: 98 %.
Buen estado general. Paciente consciente y orientado. Glasgow 15. Eupneico en reposo, no tiraje. Normohidratado y normoperfundido, sin signos de desnutrición. Abdomen blando, doloroso a la palpación superficial generalizada, localizando punto más doloroso en fosa iliaca derecha.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-ECG: ritmo sinusal a 96 lpm, eje 60°, PR normal, QRS estrecho, sin otras alteraciones de la repolarización
-Radiografía de tórax AP y L: sin hallazgos patológicos
-Analítica: glucosa 113 mg/dL, urea 24 mg/dL, creatinina 0,76 mg/dL, bilirrubina total 1,62 mg/dL, sodio 138 mmol/L, potasio 4,2 mmol/L, GOT 19 U/L, GPT 13 U/L, PCR 22,29 mg/dL, leucocitos 14,7 x 10^9/L, neutrófilos 12,5 x 10^9/L, linfocitos 1,0 x 10^9/L, monocitos 1,1 x 10^9/L, hemoglobina 14,6 gr/dL, plaquetas 186 x 10^9/L, tiempo de protrombina 58%, INR 1.45, TTPA 30.9seg
-Gasometría venosa: pH 7,403, pO2 25,6 mm Hg, pCO2 44,9 mm Hg, cHCO3 (P)c-SV 27,4 mmol/L, lactato 1,2 mmol/L
- Sedimento de orina: sin hallazgos patológicos
- Ecografía abdominal: Se explora la fosa iliaca derecha identificando muñón apendicular con cambios inflamatorios murales, hiperecogenicidad de la grasa adyacente, líquido libre y adenopatías de aspecto reactivo. Conclusión: Hallazgos ecográficos compatibles con apendicitis del muñón apendicular.

EVOLUCIÓN
A su llegada se administra enantyum IV para calmar el dolor. Tras resultados analíticos se solicita prueba de imagen para confirmar sospecha diagnóstica de apendicitis y descartar otras patologías que debemos tener en cuenta del diagnóstico diferencial. Tras confirmación de apendicitis del muñón apendicular se administra augmentine IV y contactamos con cirujano de guardia, quien indica ingreso para apendicectomía laparoscópica del muñón.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más común. En la presentación clásica, el paciente describe la aparición de dolor abdominal como primer síntoma, periumbilical con migración posterior al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación. Las náuseas y los vómitos, si ocurren, generalmente siguen a la aparición del dolor. Los síntomas relacionados con la fiebre generalmente ocurren más adelante en el curso de la enfermedad. También podemos encontrar signos físicos como el dolor puntal de McBurney, el signo de Rovsing, el signo del psoas o el signo del obturador. El tratamiento consiste en apendicectomía laparoscópica o, en la apendicitis aguda no complicada, puede tratarse de forma no quirúrgica. Para el tratamiento empírico antibiótico de infecciones intraabdominales adquiridas en la comunidad de bajo riesgo, cubrimos estreptococos, enterobacterias y anaerobios. Se inicia tratamiento intravenoso durante 3 días aproximadamente, seguido de antibióticos orales durante 7-10 días. Para el tratamiento intravenoso puede utilizarse la ceftriaxona en combinación con metronidazol y para el tratamiento oral encontramos las fluorquinolonas o una cefalosporina en combinación con metronidazol o, el augmentine.

BIBLIOGRAFÍA

1. UpToDate. Management of acute appendicitis in adults. Review Feb 2025.
2. UpToDate. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. Review Feb 2025.

P. #1414

¡ME DUELE EL PECHO Y NO PUEDO RESPIRAR, OTRA CRISIS DE ANSIEDAD!

Melany Moreira García, Defina Frey Fernández, Melody Muñoz Martin

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 22 años acude a urgencia por dolor torácico e hiperventilación.

Antecedentes Personales: Síndrome de ovario poliquistico. Trastorno de ansiedad y mutismo que inicia en la pubertad, en seguimiento.

Cuadro clínico de 2 horas de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos de inicio súbito y dolor centro torácico intermitente, no irradiado, que se exacerba con la inspiración profunda y no mejora al reposo, asociado a sensación de angustia y miedo. No síncope. Con antecedente de cuadro catarral hace 7 días. Niega otra sintomatología y consumo de sustancias. En compañía de madre quien refiere que acuden a urgencia regularmente por episodios de características similares de mutismo, actitud regresiva e hiperventilación en los últimos 2 años que ceden con benzodiacepinas u olanzapina. No colabora con anamnesis se expresa en monosílabos.

Al examen físico consiente, alerta, agitada, taquipnea, afebril, con TA:120/ 80.0 FC: 110 FR: 20rpm SatO2 96% basal. Auscultación Cardiaca: sin soplos, rítmica, Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreagregados. MMII: Pulsos periféricos conservados y simétricos, No edemas ni signos de Trombosis venosa profunda. Neurológico: pupilas isocóricas reactivas a la luz, lenguaje en monosílabos. Funciones superiores conservadas, no signos de irritación meníngeas.

Se solicitan pruebas complementarias: En electrocardiograma: taquicardia sinusal, Rx de tórax: No infiltrados en campos pulmonares, Senos costofrénicos libres. ICT normal. AS: función renal, electrolitos normales, no leucocitosis, no trastornos de la coagulación, reactantes fase aguda normal, marcadores de daño miocardio dentro de la normalidad. No anemia.

Paciente sin alteraciones en pruebas complementarias básicas, se re interrogamos a paciente y madre sobre otros antecedentes personales ,fármacos o sospecha de consumo de sustancias , y refiere que toma Diane 35 1 tableta diaria por SOP relatando que mejoraron su hirsurtismo.

Paciente con clínica de disnea súbita de horas de evolución y dolor centro torácico de características pleuríticas con toma de anticonceptivos hormonales , se calcula Escala de Wells por sospecha de Tromboembolismo pulmonar (TEP) , con resultado de probabilidad de TEP baja , se aplica criterios PERC presenta 6/8 (FC > 100, uso de estrógenos) por lo que se solicita D-Dimero cuyo resultado es 3830 µg/mL, complementado con un estudio de AngioTC de tórax urgente: con hallazgos Defectos de repleción en arterias pulmonares lobares inferiores bilaterales, con extensión a sus ramas segmentarias, en relación con tromboembolismo pulmonar agudo.

Los diagnósticos diferenciales de la disnea aguda son tan heterogéneos debido a la falta de sensibilidad y especificidad de signos y síntomas, las pacientes con enfermedad

tromboembolica venosa (ETEV) que se encuentran en tratamiento con ACO suelen ser jóvenes, edad media de 37 años y consumo de tabaco. Cobran relevancia los factores de riesgo transitorios, inmovilización reciente, cirugía reciente, viaje prolongado e infecciones. Las mujeres en tratamiento Anticonceptivos hormonales tienen aumentado el riesgo de ETEV es frecuente que coexistan otros factores de riesgo de trombóticos como son la obesidad, el tabaquismo y la trombofilia.
En urgencia se administra paroxetina 10mg y diazepam 5mg por cuadro compatible con ansiedad, posterior con diagnostico confirmado de TEP por hallazgos con pruebas complementarias, se inicia enoxaparina ajustada a peso, se solicitan ecotrastoracico y Ecodopler MMII y seguimiento a cargo neumologia por TEP de bajo riesgo.

CONCLUSIONES

No se debe etiquetar a los pacientes psiquiátricos, la etiología más frecuente de disnea es de origen cardiorrespiratorio y se debe sospechar de todo paciente con disnea inexplicable de inicio súbito la probabilidad de una TEP . No debemos tipificar el origen psicógeno de la misma, aunque el paciente tenga antecedentes psiquiátricos, sin haber realizado las pruebas complementarias necesarias para descartar una causa orgánica.

P. #1425

MIOSITIS AGUDA BENIGNA DE LA INFANCIA

Francisco Martínez De Gea, Laura Martínez Honguero
Hospital Rafael Méndez, Lorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Niño de 8 años de edad, con antecedentes de proceso febril reciente asociado a síntomas respiratorios, que consulta en nuestro SUH por dolor agudo intenso de ambas pantorrillas acompañado de rechazo para la deambulación.
Exploración física, el niño presenta buen estado general, presenta en el momento de la consulta febrícula de 37.2° C y síntomas respiratorios. Destaca importante dolor localizado en las pantorrillas que aumenta con la dorsiflexión del pie y a la compresión de los gastrocnemios y alteración de la marcha. Fuerza, tono muscular y ROT extremidades inferiores conservados.
Laboratorio: leucocitos 2.413 x mm3 (Neutrófilos 743 x mm3), Plaquetas 152.000 x mm3, CK 5300 UI/L, PCR 0.1 mg/dl, GOT 157 UI/L, LDH 530 UI/L, Influenza B positivo.
Tratamiento consistió en reposo relativo, hidratación y antiinflamatorio (ibuprofeno) pautado mientras persistiera el dolor.

CONCLUSIONES

La miositis aguda, es una entidad benigna, autolimitada, que desaparece a los pocos días de su aparición. Afecta a niños de 2-9 años y tiene preferencia por el sexo masculino. Suele estar asociado a infecciones virales, principalmente Influenza B, aunque puede producirla otros virus. El diagnóstico es clínico, sin necesidad de pruebas complementarias. En la analítica es característica la elevación de enzimas musculares, pudiendo acompañarse de leucopenia y neutropenia en el hemograma. No hay alteraciones de la fuerza, tono muscular y ROT. Su manejo es ambulatorio, pudiendo ser dado de alta los niños desde los SUH a domicilio. Como única posible complicación, es la rabdomiolisis.
El diagnóstico diferencial debe realizarse con procesos más graves, tales como dermatomiositis y polimiositis infantil, rabdomiolisis, polineuropatías y síndrome de Guillain-Barré; la mayoría pueden descartarse con una exploración física minuciosa y por los hallazgos de laboratorio.

P. #1429

UNA CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL EN MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Marcelo Roomel Zevallos Romero, Leonard Mihaita Román, Yolanda Aranda García, Luis Díaz Vidal, María Jesús Estevez Rueda, José Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
La ruptura esplénica o la formación de hematomas en el bazo debido a una infección por EBV suele ocurrir de forma insidiosa, a menudo sin síntomas previos evidentes. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal intenso, shock y signos de hemorragia interna.
EA: Varón de 19 años que acude al SU. Acudió a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo irradiado a hombro izquierdo de una semana de evolución, posteriormente a los 3 días comenzó con odinofagia, sin fiebre. No traumatismo previo, no esfuerzo excesivo, guardaba bastante reposo por estar en épocas de exámenes.
Evolución más examen físico:
Constantes: T°36,6°C, TA 111/73mmHg, FC 73 lpm, SatO296%
Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado, Cabeza y cuello: adenopatía cervical derecha, no dolorosa. ORL: orofaringe levemente eritematosa, sin exudados visibles, resto sin alteraciones.
Analítica:
- Hemoglobina 11.50 g/dL, Leucocitos 12.10 10^3/µl (3.7 - 9.5), Neutrófilos 2.97 10^3/µl (1.5 - 6.5), Linfocitos 7.84 10^3/µl (1.1 - 3.5), Bilirrubina Total 0.78 mg/dL (0.2 - 1.2), AST/GOT 129 U/L, ALT/GPT 245 U/L, GGT 200 U/L , LDH 423 U/L, Fosfatasa Alcalina 183 U/L, resto sin alteraciones
- VEB. Anti-VEB (VCA) IgG 6.42 (POSITIVO), VEB. Anti-VEB (VCA) IgM 5.98 (POSITIVO), VEB. Anti-VEB (NA) IgG 0.01 (NEGATIVO)
-serología VHA, VHB, VHC; VIH Ag, SÍFILIS, SEROLOGÍA. IgG, IgM negativo
Ecografía abdominal y AngioTC (basal, arterial y venoso): Esplenomegalia homogénea de 16,5 cm. Se identifica una colección periesplénica y subdiafragmática, de 4 cm de espesor, de 11 cm de longitud y con densidad heterogénea (de hasta 55 UH), que deforma parcialmente el contorno esplénico y por tanto compatible con hematoma subcapsular esplénico. No se identifican focos de extravasado de contraste en fase arterial y que aumenten de tamaño en fase venosa, que sugieran sangrado arterial activo. Asocia moderada cuantía de líquido libre intra-abdominal, de distribución predominantemente en pelvis menor, todo ello compatible con hemoperitoneo. Resto del estudio sin hallazgos reseñables desde el punto de vista de patología urgente. Conclusión: esplenomegalia homogénea con hematoma subcapsular esplénico en cúpula diafragmática (de hasta 4 cm de espesor) y que asocia moderada cuantía de hemoperitoneo.
Evolución:
En UCI (24 h) ha permanecido estable hemodinámicamente, no ha precisado de transfusión sanguínea con saturación basal del 99%. Ha tolerado adecuadamente la sedestación y la vía oral.
TC de control de 48h donde se observa: Esplenomegalia de hasta 16, 5 cm, estable. Persiste sin cambios significativos la colección periesplénica ya conocida, mostrándose actualmente heterogénea con áreas de mayor densidad y con un espesor de aproximadamente 44mm. Moderada cuantía de líquido libre intraabdominal de densidad media compatible con hemoperitoneo distribuido principalmente en gotieras parietocólicas y en pelvis, similar a estudio previo.
Evolución favorable durante su estancia en planta. Sin síntomas locales (no dolor abdominal ni en hombro derecho) ni sistémicos. No ha presentado datos de amenización, al alta con tto conservador.
Diagnóstico principal:
Hematoma subcapsular esplenico espontaneo en paciente con infección aguda por virus de Epstein-barr

CONCLUSIONES

Hematoma subcapsular esplénico espontáneo asociado a EBV es raro, su presencia en pacientes con mononucleosis infecciosa debe ser considerada, especialmente en aquellos con dolor abdominal significativo y signos de inestabilidad hemodinámica. Un enfoque diagnóstico y terapéutico rápido y apropiado es crucial para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones graves.

P. #1433

VIHGILA SIEMPRE: NO HAY DOS SIN TRES

Juan Antonio López Egea, Júlia Balcells Paris, Verónica Mate García, Diego Fernández González, Alicia Serrano García-Calvo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 29 años sin alergias ni antecedentes de interés acude a Urgencias por aparición hace una semana de lesiones cutáneas en región torácica anterior izquierda, dolorosas con caracteristicas urentes, no pruriginosas, que inicialmente eran vesículas sobre una base eritematosa, las cuales han ido confluyendo y secándose, siendo en el momento de la visita lesiones descamativas en fase costrosa, con afectación de dermatomas de T5 a T9. Además, asocia varias lesiones papulares en ambos brazos, pecho, espalda y ambas piernas, en diferente estado evolutivo, sin afectación palmoplantar. Refiere asimismo sensación distérmica no termometrada sin otra clínica infecciosa. Convivientes asintomáticos. Niega haber pasado varicela, y el estado vacunal se encuentra actualizado, Niega relaciones sexuales de riesgo.

En Urgencias, hemodinámicamente estable, febricular (Tª 37,4°C). Se orienta el cuadro como una posible varicela asociada a herpes zóster multimetamérico, se realiza analítica sanguínea completa incluidas serologias, se realiza un frotis de una de las lesiones del zóster y de una de uno de los brazos, y tras administrar analgesia de primer escalón con buen control del dolor y resolución de la febricula, el paciente es altado a domicilio con valaciclovir 1g/8h y analgesia, solicitándose una visita de control en Hospital de Día de Infecciosas.

48 horas después, en la visita programada, paciente con mejor control del dolor, sin fiebre, pero refiere aparición de nuevas lesiones en la zona dorsal posterior izquierda, de las mismas caracteristicas que las de la región torácica anterior izquierda. Se revisan las serologías, siendo la de VIH positiva para VIH-1, con una carga viral de 19.969 copias/mL, así como las de lues, tanto las reagínicas (RPR título 1/128) como las treponémicas. En cuanto a los frotis, en el de las lesión del zóster se obtiene una PCR positiva para HHV-3 (VZV) y en el de la lesión del brazo una PCR positiva para Treponema pallidum.

Se orienta finalmente el cuadro como un herpes zóster multimetamérico asociado a una sífilis secundaria en paciente con infeccion por VIH de cronologia indeterminada. Teniendo en cuenta que continuaban apareciendo lesiones a pesar de tratamiento antiviral y el desconocimiento del estado inmunitario (está pendiente de estudio de poblaciones linfocitarias) se decide ingreso para tratamiento endovenoso con aciclovir 10mg/kg/8h, y administrar la dosis de penicilina G benzatina 2,4MUI intramuscular en dosis única.

CONCLUSIONES

El proyecto “Urgències VIHgila” es una iniciativa para empoderar a los servicios de Urgencias a participar de forma activa en la detección de casos de infección por VIH ante cuadros clínicos compatibles con estados de inmunosupresión en pacientes aparentemente sin factores de riesgo, como pacientes jóvenes que consultan por neumonía adquirida en la comunidad, un síndrome mononucleósido, o un herpes zóster, entre otros motivos de consulta.

De esta manera, se consigue acelerar el proceso diagnóstico, permitiendo un inicio precoz de tratamiento antirretroviral, con la disminución consiguiente de las posibles complicaciones.

En este caso, además, se ha diagnosticado un secundarismo luético al solicitar también serologias de sífilis, permitiendo el tratamiento en fase precoz y evitando la progresión a fases más tardías. El paciente en cuestión no presenta ninguna enfermedad definitoria de SIDA, pero en una única consulta a Urgencias se ha podido diagnosticar de tres infecciones diferentes.

P. #1434

TENEMOS QUE DEJAR HUELLA EN LA URGENCIA

Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Belén Tortajada Hernández, Juan Martín Pilares Barco

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 36 años, natural de Perú, en España desde hace 7 meses, sin antecedentes personales de interés conocidos, que acude a urgencias por palpitaciones y disnea progresiva de un mes de evolución, sin dolor torácico. Desde hace dos meses presenta astenia progresiva, tos sin expectoración, episodios de diarrea intermitentes sin productos patológicos y pérdida de unos 5-10kg de peso.

A su llegada a Urgencias TA 108/66 mmHg, FC 115lpm, satO2 94% basal, eupneico con auscultación pulmonar y exploración abdominal normal. Se solicita electrocardiograma que muestra taquicardia sinusal a 120lpm, analítica sanguínea destacando leve linfopenia de 800, LDH 500, hiponatremia leve (130mmol/L), PCR (35.6 mg/L) y dímero D (2340 ng/mL) elevados.

Durante su estancia en Urgencias a la espera de resultados analíticos, presenta episodio de dolor torácico atípico y desaturación hasta 88%, se muestra taquicárdico y sudoroso con TA 90/60mmHg y temperatura de 37.5°C. Se extraen hemocultivos, gasometría arterial que muestra pH 7.44, pO2 52.7 mmHg, pCO2 34.9 mmHg y se pauta oxigenoterapia y sueroterapia con mejoría parcial.

Dada inestabilidad hemodinámica, el paciente es trasladado a box de reanimación donde se realiza ecocardiografía sin alteraciones. Tras resultados analíticos se solicita Angio-TC Torácico, sin signos de tromboembolismo pulmonar, pero con adenopatías hiliomediastínicas patológicas e infiltrados en vidrio deslustrado bilaterales, compatible con neumonía bilateral atípica o neumonitis por hipersensibilidad.

Se solicita test de Ag COVID, gripe y VRS negativos y serologías y cultivos de esputo y se pauta tratamiento empírico con meropenem y linezolid. El paciente permanece en Urgencias a la espera de ingreso en Medicina Interna, avisa microbiología por serología VIH + en paciente no conocido y sífilis: IgG+. TTPa - RPR-, en LCR: IgG -, por lo que se trata como sífilis de duración indeterminada con 3 dosis de penicilina IM y dada clínica e imagen radiológica compatibles con posible infección oportunista por Pneumocystis jirovecii, se inicia tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol, ácido folínico y corticoterapia, confirmándose posteriormente infección por dicho patógeno.

Durante su ingreso en Medicina Interna se reciben resultados de carga viral de VIH: 484000 copias, CD4 3 células y CD8 299. En estudio de inmunosupresión severa destaca viremia detectable de CMV con fondo de ojo normal. Dada la diarrea crónica se amplía estudio con colonoscopia que muestra úlceras en válvula ileocecal, colon y recto con PCR CMV positiva por lo que se inicia tratamiento con ganciclovir intravenoso y posteriormente tras mejoría se pasa a valaciclovir oral. Presenta excelente evolución clínica quedando afebril y eupneico en reposo, con muy buena adherencia al tratamiento por lo que una vez descartadas otras infecciones oportunistas se decide alta hospitalaria con seguimiento en consultas externas para inicio de tratamiento antirretroviral.

CONCLUSIONES

- Según datos del 2017; aproximadamente 151.387 personas viven con VIH en España de las cuáles 19.613 no lo saben. Además, se realizan menos de 4.000 diagnósticos nuevos al año, y al diagnóstico 46% son tardíos. El 28% de oportunidades de diagnóstico perdidas, se producen en Urgencias.
- Se debe realizar cribado urgente, a personas que presenten neumonía adquirida de la comunidad, infecciones de transmisión sexual, práctica del chemsex, herpes zóster, síndrome mononucleósido y profilaxis post exposición.
- Es necesario considerar la infección por VIH en pacientes con síntomas inespecíficos, aunque a priori se considere un paciente de bajo riesgo. La vigilancia estrecha de pacientes inicialmente estables, pero con analítica alterada es fundamental ,así como solicitar serologías ante una sospecha ya que acelera el diagnóstico, mejorando el pronóstico y evitando complicaciones graves.
- Existe un importante margen de mejora en la detección de la Infección por VIH oculto en urgencias. Debemos asumir un papel más activo, conocer los protocolos y así intentar cambiar el curso de la epidemia.

P. #1439

NEO PARECE, QUISTE (LO)ES

Alba Ramos García[1], Irati Oregi Belaustegi[2], Sheila Susan Condor Pineda[1], Lorea Gómez Berasategui[3], Carlos Pardo Rodríguez[1], Ana Lucía Rengifo Martínez[1]

1. OSAKIDETZA, Irun, España
2. OSAKIDETZA, Mendaro, España
3. OSAKIDETZA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 64 años con antecedentes personales de neo ductal de mama actualmente libre de enfermedad y trastorno bipolar en tratamiento con litio, estable desde hace años. Como factores de riesgo destacan hipercolesterolemia y hábito tabáquico con un índice paquete año (IPA) 67.

Refiere desde hace 15 días infección de vías respiratorias altas valorada en dos ocasiones en consulta del centro de salud sin mejoría con antibioterapia. Por evolución tórpida se realiza Rx tórax donde se visualiza una masa y se inicia estudio de neo pulmonar.

Las últimas 72 horas presenta fiebre >39°C que no cede con antitérmicos, tos y expectoración purulenta y disnea de mínimos esfuerzos. Además asocia fluctuación y empeoramiento del nivel de consciencia.

A su llegada a urgencias, neurológicamente presenta intensa agitación piscomotriz con lenguaje incoherente y alteración de la coordinación. En la exploración cardiopulmonar destaca un soplo tubárico en hemitórax derecho. Resto de anamnesis por aparatos anodina.

Como pruebas complementarias se realizan una analítica que muestra una IRA (insuficiencia renal aguda), y parámetros infecciosos elevados. Se realiza TAC cerebral sin lesiones ocupantes de espacio (LOES) y punción lumbar. Pendiente resultados de serologías infecciosas, hemo, urocultivos y antigenuria, cultivo de esputo y micobacterias y microbiología líquido cefalorraquíeo.

Se realiza TAC toracoabdominopélvico con aparición de una LOE cavitada (86x49mm) con nivel hidroaéreo en su interior que contacta con hilio pulmonar en lóbulo inferior derecho, otra lesión espiculada (14x11mm) en lóbulo superior más pequeña y dos adenopatías paratraqueales. Incidentalmente LOE renal derecha (45x57x56mm).

Tras varias horas en urgencias con empeoramiento del cuadro general, se decide ingreso en UCI por evolución desfavorable. Se solicita litemia y se inicia hemodiálisis por intoxicación moderada – grave por litio (niveles 2.73), sueroterapia intensa y cobertura antibiótica de amplio espectro con mejoría lenta pero progresiva de la clínica. Se traslada a planta con progresiva estabilización clínica, recuperación del nivel de consciencia y normalización de función renal en los días posteriores.

Tras mejoría del estado general con antibioterapia, se continua el estudio descartando tras resultados pendientes, tuberculosis en contexto de inmunosupresión, neoplasia en la LOE de mayor tamaño y neumonía por patógenos comunes. Se realiza broncoscopia para filiar lesión con diagnóstico final de quiste hidatídico sobreinfectado en resolución.

Finalmente tras varias semanas de ingreso con recuperación clínica y analítica de la insuficiencia renal secundaria a intoxicación por litio, alta domiciliaria para terminar estudio diagnóstico y de extensión de forma ambulatoria de las LOES renal y pulmonar.

Actualmente, en seguimiento y tratamiento multidisciplinar por oncología médica, neumología y urología, con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón y tumor renal de células claras.

CONCLUSIONES

Realizar una buena historia clínica es una herramienta fundamental en el proceso diagnóstico en urgencias. A veces se nos olvida la importancia que pueden tener los fármacos prescritos, sobre todo en pacientes polimedicados. No podemos olvidar efectos adversos medicamentosos, sobre todo en los que tiene un rango terapéutico estrecho que pueden alterarse fácilmente con procesos concomitantes, ya que en algunos casos pueden suponer marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

P. #1443

ENFERMEDADES TROPICALES: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS

Lara González Del Río, Andrea Tejada Claros, Rocío Romero Fernández, Denís Martínez Peón, Nuria Díaz Vázquez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años que acude por fiebre 39°C, cefalea holocraneal intensa que interrumpió el sueño y malestar general desde hace 5 días. Desde ese momento, molestias abdominales, sensación nauseosa y mialgias. No ha tenido vómitos ni clínica a otro nivel. Como antecedentes, realizó un viaje reciente a Indonesia durante 15 días. Realizó todas las medidas preventivas recomendadas y se ha vacunado previamente contra la fiebre tifoidea, hepatitis A y paludismo.

Exploración física:

Temperatura 38,4°C, tensión arterial 125/66, frecuencia cardiaca 72.

Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo.

Cabeza y cuello: no adenopatías palpables.

Auscultación cardiaca y pulmonar: normal.

Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación difusa. Ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

MMII: picadura de mosquito única en pie derecho, sin datos de sobreinfección.

Pruebas complementarias:

- Hemograma: Hemoglobina 12.1g/dL, Hematies 5020, Leucocitos 2.270, Neutrofilos 1120 (49.4%), Linfocitos 980 (43.2%), Plaquetas 77000.
- Bioquímica: LDH 374, AST 201, ALT 150, procalcitonina 0.28 ng/ml, Proteina C reactiva 2.0 mg/dL, resto sin hallazgos significativos.
- Coagulación y análisis de orina: sin alteraciones.
- Hemocultivos: pendientes.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal.
- Radiografía de tórax y abdomen: sin hallazgos significativos.

Dados los antecedentes de la paciente y los hallazgos analíticos, la primera sospecha diagnóstica es una enfermedad tropical, por lo que se ampliaron los siguientes parámetros analíticos.

- PCR múltiple Arbovirus (dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla y Nilo occidental): ARN Dengue positiva serotipo 3.
- PCR Paludismo: negativa.
- Serologías: Antígeno dengue positivo, IgM Dengue dudosa, IgG dengue negativa.

Juicio clínico: Dengue

CONCLUSIONES

El diagnóstico final es Dengue. La paciente pese a que no presenta en este momento complicaciones graves, ingresa en Medicina Interna para vigilancia, sueroterapia y control analítico. Su evolución es muy buena y es dada de alta 5 días después, con normalización de parámetros analíticos y mejoría clínica.

El dengue una enfermedad transmitida por mosquitos, especialmente del género Aedes. La infección leve ocasiona fiebre alta y síntomas gripales. Si se complica puede provocar coagulopatía y hemorragias, lo que se conoce como Fiebre hemorrágica del dengue (FHD). Si esta afección progresa, puede llegar a producir un shock hipovolémico, lo que se conoce como síndrome de shock del dengue (SSD).

La mayoría de las infecciones suelen ser autolimitadas y con baja mortalidad (<1 %). Los casos graves y sin tratamiento pueden llegar a tener una mortalidad del 20%.

Para llegar al diagnóstico final, es fundamental una anamnesis exhaustiva, ya que en este caso, con el viaje reciente realizado a zona tropical, se puede llegar a la sospecha diagnóstica desde un primer momento.

P. #1454

RECUERDOS DE ZANZIBAR

Paola Carolina Guerrero Flores[1], Laura Oltra Navarrete[2], Marcelo Alberto Lazo Carballo[1], María Del Mar Loring Rodríguez[1], Jorvi José Aguilar Valero[1], Juan Diego Isidoro Palmerin[1]

1. Hospital Can Misses, Ibiza, España
2. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis:
Niño de 4 años que es traído a urgencias por su padre, quien refiere que el paciente tras aproximadamente 10 días de su regreso a España de las vacaciones en Zanzíbar presenta lesiones cutáneas pruriginosas en zona de pliegue inferior de glúteo derecho y planta de pie derecho que se han extendido progresivamente. No fiebre, ni otros síntomas añadidos.
Exploración física:
Buen estado general, activo, reactivo colaborador. Bien hidratado y coloreado. Buen relleno capilar. No focalidad neurológica ni signos meníngeos. No signos de dificultad respiratoria. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos conservados, indoloro a la palpación superficial y profunda, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.
Piel:
- Zona inferior de glúteo derecho: lesión eritematosa serpentiginosa de aproximadamente 1cm de longitud. Lesiones de rascado, sin apreciar signos de sobreinfección.
- Planta de pie derecho: lesión eritematosa serpentiginosa que se extiende de borde externo a interno a nivel medial de planta del pie. No signos de sobreinfección.

Impresión diagnóstica:
El aspecto de las lesiones más el antecedente de viaje reciente a una zona endémica y contacto directo con arena nos da una impresión diagnostica de LARVA CUTANEA MIGRANS.
Tras consultar bibliografía y consulta telefónica con pediatría de guardia, se realiza registro iconográfico y se pauta ivermectina previo cálculo de dosis por peso. Se explica a su padre impresión diagnostica y tratamiento, damos de alta con revisión por su pediatra y signos de alarma.
Evolución:
Al cabo de una semana consulta con su pediatra, ha remitido lesión de planta de pie con persistencia de lesión en zona inferior de glúteo derecho.
Acude a revisión tras dos semanas, se objetiva persistencia de síntomas y progresión en la extensión de la lesión glútea, por lo que se deriva a dermatología.
En dermatología se describe pápulas eritematocostrosas con zonas que siguen trayecto lineal en ambos glúteos. Impresiona de Larva migrans. Revisa bibliografía y al encontrar casos con resistencia a ivermectina pauta albendazol según peso y edad. Posterior al tratamiento las lesiones remiten totalmente, dándose de alta al paciente.
Discusión:
El caso clínico presentado fue orientado como una anquilostomiasis, concretamente una larva cutánea que constituye el problema dermatológico más frecuente en viajeros occidentales a zonas tropicales. Se trata de una infección cutánea parasitaria causada por larvas de anquilostomas de perros y gatos, que se adquiere por contacto con suelos contaminados en playas tropicales, siendo el ser humano un huésped circunstancial. Produce una erupción serpiginosa con prurito intenso, debido a la penetración de las larvas en la piel. Sin tratamiento, las larvas mueren en varias semanas, resolviéndose las lesiones espontáneamente. Aunque la infección generalmente se limita a la piel, en casos excepcionales puede causar neumonitis grave (síndrome de Löeffler), miositis o enteritis eosinofílica, si las larvas alcanzan el intestino. A pesar de ser autolimitada, el tratamiento con ivermectina o albendazol acelera la curación y alivia el prurito en 1-2 semanas.

CONCLUSIONES

En urgencias debemos recordar preguntar si el paciente ha viajado recientemente, esto puede ser clave para un diagnóstico y tratamiento adecuado, especialmente en enfermedades poco frecuentes en la región.
En resumen, el tener presente las patologías del viajero nos ayuda a:
- Realizar un diagnóstico rápido y preciso, como en este caso que, sin el antecedente de viaje, la lesión podría haberse confundido con dermatitis de contacto u otras enfermedades dermatológicas locales.
- Evitar tratamientos innecesarios al conocer la epidemiología nos ayuda a evitar tratamientos inadecuados, por ejemplo antibióticos cuando en realidad, se requieren antiparasitarios como ivermectina o albendazol como en este caso.
-Prevenir complicaciones, ya que algunas enfermedades del viajero pueden evolucionar a formas más graves si no se tratan oportunamente.

P. #1455

PACIENTE CON FIEBRE SIN FOCO CON DIAGNÓSTICO DE PILOFLEBITIS: COMPLICACIÓN DE INFECCIÓN INTRAABDOMINAL

Ainhoa Izaguirre Uriguen, Leire Berriozabal Díaz
Hospital Alto Deba, Arrasate Mondragon, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años sin antecedentes previos de patología digestiva que acude tras valoración por Médico de atención primaria por fiebre de 72h de evolución de hasta 40ºC, que disminuye tras toma de Paracetamol. Al comienzo de la fiebre, presentó vómitos que cedieron en <24 horas, tras la toma de Metoclopramida. A su llegada, niega dolor abdominal, deposiciones sin productos patológicos, sin clínica miccional, respiratoria o cefalea que nos orienten a origen de la fiebre.
Exploración inicial realizada en urgencias: consciente y orientado en las tres esferas. Tiritona. Presenta TA 90/60mmhg FC 80lpm T38.5ºC FR 14rpm. No presenta dolor a la palpación abdominal y el resto de exploración es anodina, no orienta a foco febril claro. Se sospecha sepsis de origen indeterminado, cursando Hemocultivos e iniciando antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam.
Analítica: Creatinina 1,43 mg/dL FG 47 mL/min/1.73 m2, iones en rango. Perfil hepático y amilasa sin alteraciones y Bilirrubina 1,2 mg/dL. PCR 324,0 mg/L PCT 4,25 ng/mL. Lactato normal. Hb15,1 g/dL Leucocitos 6,97 *10^3/µL Neutrófilos 83% Linfocitos 9%. Coagulación sin alteraciones.
Resto de pruebas incluyendo RX Torax, sedimento orina, antigenuria en orina ,PCR gripe/ coronavirus/VRS sin alteraciones.
*Esa misma mañana se había realizado AS solicitado por su MAP: Creatinina 1.3, Bilirrubina 1.8, GGT 132, Fosfatasa Alcalina 191, PCR 289, PCT 4.35, leucocitos en rango. Urocultivo negativo
Durante la estancia en urgencias: TA 90/60mmHg mantenida con fluidoterapia, FC 60-80lpm. 2 picos febriles que ceden con antitérmicos.
Se decide realizar TAC abdominal, presentando, trombosis de varias ramas venosas mesentéricas en FID y trombosis parcial de la vena mesentérica superior, compatible con tromboflebitis, a valorar posible origen en diverticulitis de íleon terminal.
Se decide ingreso a cargo de cirugía general para sueroterapia, antibiótico y analgesia. Hemocultivos con bacteriemia por Escherichia coli y Bacteroides fragilis multisensibles, tras 6 días de ingreso con buena respuesta, alta con Hospitalización a Domicilio para antibioterapia IV y posteriormente cambio a oral.

CONCLUSIONES

El paciente presentaba un caso de Pileflebitis, un complicación desconocida para muchos de nosotros; es una trombosis séptica en el sistema venoso portal a raíz de una infección intraabdominal (sospecha de diverticulitis en caso de nuestro paciente).
La tromboflebitis se origina en el sistema venoso que drena el área de infección, habitualmente apendicitis o diverticulitis, extendiéndose por las venas mesentéricas, hasta llegar a la vena porta.
Clínicamente se manifiesta como dolor abdominal y fiebre, aunque se han observado casos en los que presentaban mínima clínica sugestiva de foco de la infección, como ocurrió a nuestro paciente. Asociando la clínica inespecífica a la dificultad de su diagnostica por imagen, es habitual que exista un retraso en el diagnostico del mismo. El TAC abdominal es la prueba de elección.
Analíticamente la leucocitosis ha sido la presentación más habitual, pudiendo presenta elevación de Fosfatasa alcalina y GGT además de bilirrubina.
La Bacteremia es frecuentemente polimicrobiana con gran negativos aerobios y anaerobios, siendo Bacteroides fragilis, Escherichia coli, y streptococcus spp las bacterias más habituales. Inicialmente pudiendo ser tratado con Piperacilina/tazobactam o ampicilina/sulbactam o un carbapenem en monoterapia o con terapia combinada de Metronidazol con cefalosporina de tercera generación o quinolonas. La duración del antibiótico tiene una duración entre 4-6 semanas.
No existe consenso con respecto a iniciar anticoagulación de inicio en estos pacientes, siendo valorable en aquellos con progresión de la trombosis en repetidas pruebas de imagen o persistencia de fiebre o bacteriemia a pesar de antibioterapia.
Dicha patología se puede complicar con abscesos piógenos hepáticos, con riesgo de mortalidad por diseminación de émbolos sépticos principalmente en la era pre-antibiótica, siendo fatal, hoy en día siendo menos común pero con una tasa de mortalidad de entre el 11 y el 32%.

P. #1458

PRESENTACIÓN ATÍPICA Y COMPLICACIONES DE SEPSIS POR MENINGOCOCCEMIA EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Laura Brañas Casas[1], Laura Álvarez Soto[2], Marta Riera Planells[1]

1. CAP Amadeu Torner, Barcelona, España
2. CAP Jaume Soler, Cornellà, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 21 años, natural de Barcelona. Carnet vacunal al día. Fumador ocasional de cannabis. Trastorno ansioso-depresivo diagnosticado a raíz de gesto autolítico, en tratamiento con Citalopram 20 mg/día, Trazodona 100 mg/día y Clonazepam 0'5 mg/día.
Consulta por cuadro de dolor abdominal y fiebre de hasta 39°C junto con vómitos y diarreas líquidas sin productos patológicos, orientado inicialmente como gastroenteritis por intoxicación alimentaria, por lo que se da de alta con tratamiento sintomático.
El paciente presenta de madrugada, síncope de características vasovagales. Niega sobreingesta medicamentosa.
A su llegada a urgencias, paciente hipotenso a 74/50 mmHg, taquicárdico a 120 lpm y febril a 38°C. Llama la atención la hiperemia conjuntival bilateral.
A la exploración física destaca Glasgow 13, dolor abdominal difuso sin ser peritonítico. Sin rigidez de nuca.
Durante el traslado a Radiología para TC, el paciente presenta aparición súbita de rash petequial en cuello y tórax.
Evaluación diagnóstica

- Gasometría venosa rápida: acidosis metabólica pH 7'19, bicarbonato 20'6 mmol/L, lactacidemia 10 mmol/L.
- Analítica de urgencias. Hemograma: Hb 155 g/L, leucocitos 1'24x10E9/L, neutrófilos 0'85x10E9/L, linfocitos 0'36x10E9/L, metamielocitos 4'8%. Plaquetas agregadas. Coagulación: TP 1'90, INR 1'89, TTPA 1'89, fibrinógeno 0'85 g/L, D dímero 62427 µg/L. Bioquímica: Urea 7 mmol/L, creatinina 164 umol/L, FG 51, potasio 3'77 mmol/L. PCR 82'8 mg/L, procalcitonina >100 µg/L.
- Sedimento urinario: negativo.
- TC Abdominal: Alteración difusa del nefrograma de forma bilateral y simétrica. Probable trombosis de la vena renal bilateral sin poder descartar otras etiologías. Discretas opacidades micronodulares en bases pulmonares de probable etiología inflamatoria o infecciosa.

Inicialmente, se orientó el cuadro como probable shock séptico de origen abdominal. A plantear diagnóstico diferencial con Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) vs Síndrome Shock Tóxico estafilocócico. Se comentó el caso con UCI consensuando ingreso.
Una vez pancultivado el paciente, se inició cobertura antibiótica con P/T 4g/8h. Se añadió amikacina puntual 12 mg/kg (Peso 69kg) 830 mg, ajustando por filtrado renal. Ante hipotensión refractaria con TA media de 37, se inició perfusión continua de noradrenalina a 5 mL/h.
Durante el ingreso, el paciente se mantuvo hemodinámicamente inestable con requerimientos de altas dosis de vasoactivos con escasa respuesta. A nivel hemostásico, rash petequial con hemorragias cutáneas generalizadas.
A nivel infeccioso, fiebre de 39°C, se escala cobertura antibiótica a meropenem 2g/8h, vancomicina 1g/12h y clindamicina 600mg/6h, doxiciclina 100 mg/12h y levofloxacino 500mg/12h y dosis única de inmunoglobulina 2g/kg. En tratamiento con dexametasona dosis de carga 12 mg y 4mg/6h.

CONCLUSIONES

Se informa de crecimiento de diplococos Gram negativos en 2 de 4 botellas de hemocultivo, Neisseria meningitidis serogrupo Y.
En resumen, paciente que ingresa hace 24 horas por shock séptico secundario a bacteriemia por N. meningitidis asociado a fracaso multiorgánico y CID. Inestabilidad hemodinámica refractaria a DVA, bajo tratamiento antibiótico de amplio espectro.
Se ajusta tratamiento a ceftriaxona a dosis meníngeas (2g/12h ev.).
A pesar del tratamiento y soporte en UCI, el paciente presenta mala evolución clínica por shock refractario con bradicardia extrema y PCR a las 07:08, RCP avanzada sin respuesta, siendo exitus a las 07:22.
Causa inmediata de muerte: Paro cardíaco.
Causa intermedia de muerte: Síndrome de distress respiratorio del adulto.
Causa fundamental de muerte: Shock séptico con meningococcemia.
Discusión
La dificultad para identificar la enfermedad meningocócica se debe, en parte, a que las características clínicas clásicas de la enfermedad meningocócica (p. ej. rash hemorrágico, meningismo y alteración de la consciencia) aparecen tarde en la enfermedad y a la baja incidencia de casos en los centros de urgencias.
El dolor abdominal y gastroenteritis se puede deber a la presencia de cepas aisladas hiperinvasivas de meningococos que provocan con frecuencia cuadros abdominales. El retraso en el tratamiento de estos casos y la virulencia de las cepas aisladas pueden explicar la elevada tasa de letalidad.

P. #1460

CLÍNICA COMPATIBLE CON VÉRTIGO DE ORIGEN PERIFÉRICO COMO DEBUT DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA

Cristina De La Casa Resino, Yolanda Aranda García, Patricia Alva García, Luis Díaz Vidal, Mario Sánchez Pérez

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años de origen marroquí. Antecedentes personales de trombosis venosa profunda (TVP) y troboembolismo pulmonar (TEP) en 2022, por lo que estaba anticoagulado con apixaban 5 mg cada 12horas. En el momento de la consulta en seguimiento por medicina interna por sospecha de polimialgia reumática versus síndrome de Sjöegren (el paciente rechazó realizarse biopsia ganglionar) en tratamiento con prednisona 7.5mg al día. Consulta en urgencias la noche previa por clínica de 24 horas de evolución de mareo con giro de objetos, naúseas y epigastralgia en ese contexto. Es valorado inicialmente por la guardia de otorrino con diagnóstico de síndrome vestibular agudo y queda en evolución durante la noche con tratamiento sintomático. Se realiza analítica al ingreso en la que destaca creatinina 1.64mg/dL (TFG 43.21 ml/min), bilirrubina total de 3.36 mg/d y trombocitopenia 9.740 uL Reevaluado al día siguiente el paciente continúa sintomático a pesar de tratamiento, en la reexploración vestibular persiste nistgamo espontáneo grado II a la derecha, horizontorotatorio que cumple las leyes de Alexander. El resto de la exploración vestibular y cerebelosa no es posible por afectación del paciente. Se repite analítica en la que se objetiva empeoramiento de función renal y mayor elevación de bilirrubina a expensas de bilirrubina indirecta y LDH de 2089 U/L. Ante el empeoramiento analítico y la ausencia de mejoría clínica solicitan valoración por área médica. Llama la atención en dicha valoración la presencia de ictericia mucocutánea y reinterrogado el paciente refiere coluria en los días previos. Se amplia el estudio con frotis en sangre periférfica con resultado de anisocitosis con 10-12 esquistocitos/campo y policromatofilia. Coombs directo negativo. Ante la sospecha de microangiopatía trombótica (MAT) se realiza test de ADAMST 13 con valor 0.4%, con presencia de inhibidores con título superior a 2U Bethesda. Se confirma por tanto el diagnóstico de púrpura trombocitopénica trombótica y el paciente ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para recambio plasmático urgente, corticoesteroides, rituximab y posteriormente caplacizumab, con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES

La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es uno de las formas más graves de microangiopatía trombótica (MAT) y sin tratamiento adecuado se asocia a una elevada morbimortalidad de forma rápida, si bien su incidencia es baja. Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica con esquistocitos en sangre periférica, trombopenia, fiebre, fracaso renal y clínica neurológica de intensidad variable. Las nuevos test diagnósticos permiten un diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de MAT y por tanto un tratamiento específico para cada una de ellas, si bien a pesar de ello, no excluye la posibilidad de recaídas.

P. #1463

ERITEMA MIGRATORIO EN PACIENTE EXTRANJERA

Marta Cabrera Vera, Raquel Pérez Jiménez, Aitana Barrios Trujillo, Celia Herrera González, Loida Herrera Ramos, Ignacio Ayala Barroso

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 67 años de edad, natural de Eslovaquia y de vacaciones en España, con antecedentes de asma bronquial e hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, que acude por lesiones eritematosas en piel. La paciente refiere que hace 7 días, estando de senderismo en su país, sufre picadura de garrapata en región maleolar externa de pie derecho. Cuenta que en ese momento un familiar le extrae la garrapata aparentemente sin quedar restos de la misma en piel. En esa zona aparece una placa eritematosa circular a las 48 horas de la picadura que se trata con corticoides tópicos. Tres días después aparecen tres nuevas placas eritematosas en hombro derecho y hoy, una semana después, consulta porque presenta una nueva lesión en el hombro izquierdo. La paciente asocia mialgias, sensación distérmica y cefalea sin otra sintomatología asociada.
A la exploración física, la paciente se encuentra con buen estado general, estable hemodinámicamente, presentando una placa eritematosa no indurada en el hombro izquierdo no dolorosa a la palpación y con leve aumento de temperatura en la zona. El resto de la exploración es anodina.
Se realiza analítica de sangre donde destaca discreta elevación de LDH y linfopenia. Se extrae serología de rickettsias y borrelia en urgencias y se lleva a cabo una interconsulta a la Unidad de Infecciosas de Medicina Interna para valorar resultados en consulta.
Ante la alta sospecha clínica de que se trate de un eritema migratorio secundario a una infección transmitida por garrapatas, se pauta tratamiento con doxiciclina 100 mg 1 comprimido cada 12 horas durante 10 días hasta confirmación diagnóstica en consultas. Finalmente la serología es positiva para Borrelia burgdorferi confirmándose el diagnóstico de Enfermedad de Lyme. La paciente continúa el tratamiento y seguimiento en su país de origen.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Lyme es una zoonosis producida por la bacteria Borrelia burgdorferi y en menor medida Borrelia mayonii, que se contrae tras la picadura de una garrapata del género Ixodes. Sus síntomas típicos son fiebre, cefalea, fatiga y la lesión cutánea característica que es el eritema migratorio. Su diagnóstico se basa en la búsqueda de un antecedente de exposición a garrapatas y en una rigurosa exploración física, apoyados por test serológicos correctamente empleados. En la mayoría de los casos esta enfermedad evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico durante varias semanas.
En análisis realizados con los datos de los ingresos registrados en el Registro de Actividad de Atención Especializada entre 2009 y 2019, se ha observado una ampliación de la distribución

geográfica de la enfermedad en España y un aumento de las hospitalizaciones en un 191%. Se debe tener en cuenta que la alta presencia del vector transmisor en nuestro país sumado a la gran cantidad de reservorios animales existentes y el aumento de las hospitalizaciones en los últimos años, justifican la necesidad de reforzar la detección y vigilancia de esta enfermedad, sobre todo teniendo en cuenta que si no es tratada de manera adecuada puede cronificarse y extenderse la infección al aparato locomotor, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso convirtiéndose en una enfermedad altamente invalidante. Los médicos de urgencias somos clave en el diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad emergente en Europa.

P. #1472

LO QUE PARECÍA UNA EPICONDILITIS

Inés María Bravo Arrebola, Elisabet Fernández Martín, Miguel Ángel Castilla Moreno, Liani Carolina Gónzalez Castrillo
Centro de salud Berja, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 43 años, refiere desde hace una semana inflamación en hombro, brazo y antebrazo derecho. No traumatismo a dicho nivel. Acudió a urgencias hospitalarias, se hizo Dímero D con resultado normal y se diagnosticó de epicondilitis.
Acude a revisión en consulta y tras sospecha diagnóstica de trombosis subclavia se remite a urgencias hospitalarias donde se confirma el diagnóstico de Trombosis venosa aguda miembro superior derecho sin factores desencadenantes, al alta se pautó tratamiento anticoagulante subcutáneo. Se derivó a hematología para completar estudio de Trombofilia junto con vascular para descartar posibles mutaciones y Enfermedad de Paget Schoretter. Los resultados obtenidos en los estudios posteriores se diagnosticó mutación C20210.
Antecedentes familiares: Hermanas con antecedentes de Trombosis Venosa Profunda(TVP).
Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. No obesidad. Sin factores de riesgo cardiovascular. No traumatismo ni inmovilización. Sin antecedentes quirúrgicos previos. No toma de tratamiento habitual. No toma de anticonceptivos.
Exploración física
Buen estado general. Eupneica en reposo. Constantes: Tensión arterial 120/77mmHg. Saturación oxígeno basal 97%. Frecuencia cardiaca 80 lpm.
Exploración miembro superior derecho, en brazo y antebrazo se observan venas colaterales visibles con asimetría respecto a miembro izquierdo con edematización de todo el miembro que llega hasta dedos de las manos junto con cambios en la coloración de piel visualizando eritema. A nivel axilar no palpación de adenopatías. Palpación de pulso débil a nivel de axila derecha.
Auscultación cardio-pulmonar, tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular preservado sin ruidos respiratorios.
Se calculó la probabilidad clínica de Trombosis en miembro superior con la escala de Constans, obteniendo una puntuación de 1 punto, indica probabilidad intermedia.
Pruebas complementarias
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 80 lpm. Eje normal. PR < 200 msg. QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.
- Radiografía de tórax: Silueta cardiaca normal. No visualización de neumotórax.
- Ecografía Doppler Venoso brazo derecho en urgencias: Trombosis venosa vena subclavia, axilar y basílica, sin flujo de las mismas.
- Analítica sanguínea: Vitamina B12 91 pg/ml. Homocisteina 36 umol/L. Dímero D 400
- Analítica genética molecular: Mutación heterocigota C20210.
- AngioTAC cervical: Se realiza angio-tomografía de troncos supraaórticos con brazos abajo y arriba no evidenciando compresión extrínseca del plexo braquial ni de las estructuras vasculares evaluadas. De ambos lados se evidencia intima

relación del extremo esternal de la clavícula con las venas subclavias. Correcto calibre y flujo a nivel de los vasos evaluados. Sin evidencia de otras alteraciones significativas.
- Ecografía Doppler venoso brazo derecho control: Sin signos de TVP.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa de extremidades superiores es una patología con muy baja prevalencia, estableciéndose en diversos estudios una prevalencia del 1-4%, con respecto al total de trombosis venosas profundas. En múltiples ocasiones puede pasar desapercibida por confusión con otra patología ante las manifestaciones clínicas como ocurrió con la paciente.
Es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial, en nuestro caso la paciente continuó seguimiento posterior tanto en las consultas de Atención primaria como en la consulta específica de trombosis en Medicina interna con mejoría clínica de sintomatología tras tratamiento anticoagulante. La ecografía es la prueba con mayor sensibildiad (90%) y especificad (94%), para el diagnóstico de TVP.
Con respecto al tratamiento, la principal finalidad es prevenir la aparición de embolia pulmonar y trombosis venosa recurrente con la anticoagulación, ayudando a; Mantener la permeabilidad de las venas colaterales, evitar la propagación del trombo, y prevenir la embolia pulmonar.
Bibliografía
Muñoz Rodríguez, F. J. Diagnóstico de la trombosis venosa profunda. Protocolos para el manejo de la Enfermedad Tromboembólica Venosa. Revista clínica española. Noviembre 2020. 220 (S(1)); 4(1)-49. Disponible en: https://www.revclinesp.es/es-diagnostico-trombosis-venosa-profunda-articulo-S00(1)425652030(1)326
Miret-Salvador, M. Hernández-Taboas, L. Espinosa-Urbina, R. Trombosis venosa profunda de miembro superior. Revista Medicina de Familia Semergen. Julio-Agosto 2022. 48(5); 364-366. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-trombosis-venosa-profunda-miembro-superior-S(1)(1)38359322000867

P. #1485

NO SÉ LO QUE ESTOY VIENDO: UNA ÚLCERA GENITAL PECULIAR

Estrella Serrano Molina[1], Pascual López Riquelme[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], David Martín-Crespo Posada[1], Teresa Agudo Villa[1], Kristina Kosanic Martín Del Campo[2]

1. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
2. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 41 años que acude a urgencias para valoración de lesiones en pubis. Comenzó 48 horas antes con una lesión única eritematosa que empeoró tras aplicarse ajo crudo. Posteriormente comenzó con más lesiones en pubis y pene que se extendieron por brazos, abdomen y palmas y plantas. Refiere prurito y escozor, sin fiebre. Niega relaciones de riesgo en las últimas semanas. Presenta antecedentes de infecciones recurrentes por Herpes simplex (VHS) que ha tratado con aciclovir. En la exploración se aprecia úlcera redondeada de 2 cm de base fibropurulenta localizada en base del pene. Edema en todo el cuerpo del pene y prepucio. Múltiples pápulas periféricas. No adenopatías inguinales. Lesiones eritematosas en abdomen, piernas y brazos. Máculas eritematosas en planta de pie izquierdo y manos.
Con todo ello, nos planteamos diagnósticos diferenciales entorno a la úlcera genital única considerando como primera posibilidad presentación atípica de infección sifilítica con superposición de estadios a lo que se sumaría celulitis local por la aplicación de ajo crudo sobre lesión inicial.
Dado lo atípico del cuadro, se solicita pruebas de laboratorio con serologías, así como cultivo de la úlcera, exudado uretral y PCR de virus en orina; también analítica básica en la que presenta Leucocitosis de 11.94 x 10^3/mcL con la siguiente fórmula: Neutrófilos 7.640 x 10^3/mcL (63%); Linfocitos 2.23 x 10^3/mcL (18.7%); Monocitos 0.95 x 10^3/mcL (8%), Eosinófilos 1.09 x 10^3/mcL (9.10%) . Bioquímica sin alteraciones.
Se propone dejar al paciente en observación sin tratamiento para la sífilis hasta confirmación microbiológica pero con tratamiento con amoxicilina-clavúlanico para la celulitis perineal.
El paciente solicita el alta voluntaria pero vuelve a las 24 horas por empeoramiento con lesiones en mucosa oral. En la exploración erosiones en labios y en mucosa yugal placas blanquecinas que se desprenden generando dolor.
En serologías extraídas resultados negativos para monkeypox, sífilis, VIH y VHC. Tinción gran del exudado negativo, con cultivo y PCR de virus aun pendientes.
Solicitamos valoración por el servicio de dermatología quienes dada la evolución del cuadro comentan la posibilidad de tratarse de eritema multiforme minor (EM) en el contexto de infección por herpes simplex. Iniciamos tratamiento con valaciclovir 1gr cada 24 horas y prednisona 30mg con mejoría tras la dosis inicial.
Se cita al paciente para revisión y resultados definitivos de serología y cultivos pero el paciente no acude ni responde a llamadas telefónicas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales puede suponer un desafío para los urgenciólogos dado su variedad y amplia presentación.
El VHS suele presentarse lesiones vesiculares, en distintos estadios de evolución. Las vesículas pueden coalescer al erosionarse formando úlceras de mayor tamaño. El VHS es la principal causa de ulceras genitales
El EM suele presentarse con lesiones maculopapulares rojas, planas o ligeramente elevadas. También se caracteriza por la aparición de lesiones en diana y en ocasiones afectación de mucosas con lesiones vesiculo-ampollosas. Afecta principalmente a extremidades (incluyendo palmas y plantas) y cara.
El EM tiene un curso autolimitado aunque en ocasiones puede recurrir. Los desencadenantes más frecuentes son las infecciones especialmente la infección por VHS. En general, presenta curso autolimitado y su diagnóstico es principalmente clínico.
Por lo general, se recomienda esperar a la confirmación microbiológica o serológica para iniciar un tratamiento dado que suelen ser patologías leves o moderadas pero con consecuencias a largo plazo si el tratamiento no es el correcto tanto para la salud del paciente como para la salud pública.

P. #1491

¿VARICELA A LOS 50?

Irati Oregi Belaustegi[1], Sheila Susan Condor Pineda[2], Alba María Ramos García[2], Lorea Gómez Berasategui[2], Ana Rengifo Martínez[2], Carlos Pardo Rodríguez[2]

1. Osakidetza. Hospital Mendaro, Mendaro, España
2. Osakidetza. Hospital Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 años que acude a urgencias por lesiones cutáneas generalizadas.
Como antecedentes relevantes tiene una dermatitis atópica moderada-severa en tratamiento con Tralokinumab, asmático en tratamiento con inhaladores y un ingreso en el 2017 por neumonía en LSD con bacteriemia por SARM y gripe A.
Refiere haber comenzado con unas primeras lesiones cutáneas cervicales hace 72h y posterior extensión a tórax, abdomen y miembros superiores. Son levemente dolorosas y con prurito asociado.
Comenta una infección respiratoria con fiebre de hasta 39°C por VRS hace 14 días, actualmente resuelto.
Exploración física:
Hemodinámicamente estable, temperatura de 37.3°C.
- En cabeza y cuello lesiones costrosas localizadas en dermatomas C2-C3 hasta región temporal y cuero cabelludo izquierdo, distribuidas en racimos, respetando pabellón auricular y cara compatible con lesiones herpéticas.
- Ojos: tinción con fluoresceína normal sin observar lesiones corneales. Audición conservada sin lesiones en CAE.
- Tórax: lesiones pápulo vesiculosas en todo el tórax anterior y ambos antebrazos compatible con lesiones de varicela.

Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre normal con PCR 26,6 y sin leucocitosis.
- Rx tórax ap y lateral normal
- Se cursa analítica para VIH, varicela IgM e IgG

Se administra polaramine en la urgencia.
JC Sospecha de herpes zoster diseminado vs ¿menos probable varicela?
Se da de alta en tratamiento con valaciclovir y cuidado de las lesiones cutáneas. Control evolutivo por su MAP y se avisa de síntomas de alarma a vigilar. A los días, el paciente permanece estable, y los resultados serológicos salen positivo para IgG de Varicela, negativos para IgM e VIH.

CONCLUSIONES

En los huéspedes inmunodeprimidos, las complicaciones graves del Virus Varicela Zoster (VVZ) incluyen diseminación cutánea y afectación visceral.
La diseminación cutánea se define por múltiples lesiones vesiculares en la piel en una distribución generalizada distante de los dermatomas afectados por la erupción del herpes zóster. Mientras que la afectación de órganos viscerales puede presentarse como un síndrome fulminante y de rápida evolución con neumonía, hepatitis o efalitis. Ocasionalmente, puede desarrollarse en ausencia de erupción y cuando hay lesiones cutáneas, pueden ser tardías o atípicas con hemorragia. Es

importante iniciar la terapia antiviral en las <72h para acelerar la curación de las lesiones cutáneas, disminuir la duración y la gravedad de la neuritis aguda y prevenir la formación de nuevas lesiones.

P. #1498

ENCEFALITIS VÍRICA POR VIRUS HERPES SIMPLE

José Antonio Jiménez García, Pedro Alarcón Serrano, Francisco Javier Frutos Martínez, María Pérez Gónzalez, Manuel Artés Segura, Inés Ruíz Sevilla

Hospital, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: cuadro confusional.
Antecedentes personales: Sin alertas conocidas. Hipertensión. Sin otros antecedentes de interés.
Enfermedad actual: Varón de 72 años que refiere desde hace 72 horas cefalea opresiva, vómitos, sensación distérmica no termometrada. Su hija comenta cuadro de confusión fluctuante, en este período de tiempo, con fallos al conducir, inatención, desorientación. No cuenta dolor abdominal. Niega clínica miccional ni respiratoria. No refiere cambios del carácter de la cefalea con Valsalva o el decúbito, sin otros signos de alarma. Niega diplopía. Sin focalidad neurológica evidente asociada.
Exploración física: Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Exploración neurológica: Consciente y orientado en persona, tiempo y espacio. Lenguaje pobre con discreta bradipsiquia y confusión, en algunos momentos conducta inadecuada. No afasias. Habla no disártrica. No negligencias. Pupilas isocóricas y normorreactivas. M conservados. Pares craneales simétricos y conservados. No claudicación a maniobras antigravitatorias (Mingazzini negativo). Fuerza en extremidades 5/5. Reflejos osteotendinosos sin alteraciones ++/+++. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral presentes . Sensibilidad táctil sin alteraciones en miembros inferiores y miembros superiores. No alteraciones de la coordinación. Marcha sin alteraciones. Romberg negativo. No signos meníngeos.
Evolución:
Paciente pasa a área de observación para monitorización, vigilancia y realización de pruebas complementarias. Analítica con bioquímica, hemograma y coagulación normal. Tomografía computarizada (TC) craneal simple sin alteraciones significativas. Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria/infecciosa de SNC se realiza punción lumbar con extracción de líquido cefalorraquídeo donde se objetiva leucocitos 37 (94% Linfocitos), Glucosa 88, proteínas 32, serología de lúes, virus hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana negativos, positivo para Virus Herpes Simple tipo 1. Tras resultado de pruebas complementarias y clínica del paciente con hallazgos consistentes con encefalitis por virus herpes simple tipo 1 se inicia aciclovir IV a dosis plenas de 10 mg/k/día durante 21 días. Se realiza resonancia magnética nuclear cerebral (RMN) a la semana de ingreso con hallazgos compatibles de encefalitis temporal mesial e insular derecha. Tras finalización de tratamiento, clínicamente asintomático, afebril, con buen estado general y mentalmente íntegro, subjetivamente bien y objetivamente sin menoscabo aparente de sus capacidades previas. Se decide alta hospitalaria con revisión en consultas Neurología con RMN cerebral de control.

CONCLUSIONES

- La encefalitis herpética es una enfermedad poco frecuente. La mayoría de los pacientes presentan clínica que sugiere afectación de áreas temporales y/o frontales, incluyendo la alteración del nivel de conciencia, fiebre, cefalea, cambios de personalidad y convulsiones. La sospecha clínica elevada es suficiente para iniciar el tratamiento. En menos de la tercera parte de los pacientes se consigue la independencia funcional al alta.
- El diagnóstico se basa en la realización de PCR en el LCR. Esta prueba detecta ADN viral y puede ser negativa hasta en un 5-10% de los casos en las primeras 72 horas. Dentro de las pruebas de imagen, la evidencia de lesiones en la TC es poco sensible en los primeros días de la enfermedad. La RMN podría jugar un papel en el diagnóstico por imagen más temprano.
- El tratamiento de elección es el aciclovir endovenoso (10-15 mg/kg/8 h) durante 3 semanas para evitar las recurrencias. Debe iniciarse de forma precoz y sin esperar la confirmación diagnóstica, ya que disminuye la mortalidad y la morbilidad si se inicia en las primeras 24 horas del inicio del cuadro. La asociación con corticoides es controvertida, se puede utilizar con la esperanza de disminuir el edema cerebral por su efecto antiinflamatorio. Aunque su acción inmunosupresora favorece la replicación del virus y la diseminación al sistema nervioso. Los anticomiciales se utilizan en caso de que aparezcan crisis convulsivas, siendo de elección la fenitoína, no existen datos para utilizarlo de forma profiláctica.

P. #1499

PACIENTE CON DESORIENTACIÓN A QUIEN LA TOS LA DELATÓ

Cristina Onsurbe Belló, Esther Ballesteros Muñoz, Antonio Rodríguez Megia

Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años con antecedentes personas de displipemia, hiperuricemia, asma bronquial persistente y traumatismo craneoencefálico con hematoma reciente que acude al SUH por episodio de desorientación progresiva tras caída en domicilio hace un mes, presentando desorientación temporoespacial, olvidos frecuentes precisando ayuda para actividades de la vida diaria que previamente no presentaba. La semana previa había presentado pico de febrícula de 37°C asilado. Disminución de ingesta progresiva, dificultad para conciliar el sueño por lo que le pautan alprazolam lo que empeora su desorientación y suspenden. Durante estos días comentan que algo de tos si ha presentado, sin ortopnea ni disnea nocturna ni autoescucha de sibilancias. No presenta otra sintomatología por aparatos o sistemas.

En la exploración fisica tenemos una paciente estable con una saturación 94%, tensionee de 105/67 destaca una tos persistente sin expectoración efectiva. ACP: MVC con hipofonesis en base derecha, y subcreputantes en bases. Exploración neurológica sin focalidad objetivable. Signos meníngeos negativos,

Se realiza estudio de imagen con Tomografía craneal para descartar signos de sangrado por su antecedentes de caída sintomas señalados, donde se descartó lesiones aguda. Se realizó radiografía de tórax donde se visualiza consolidación en base derecha con derrame pleural asociado.

Se amplia estudio con analítica donde destaca una leucocitosis de 35.000 con desviación izquierda, una PCR 31.51. PCT 0.27. Panel respiratorio negativo. Antigenuria Neumococo y Legionella negativo. Se cursan hemocultivos en frío.

Se inicia antibioterapia empírica con Levofloxacino 500mg IV, aerosolterapia, pantoprazol y dexamesatona 6mg IV,

Finalmente la paciente ingresa en el servicio de Medicina Interna, se realizó una tomografía torácica donde se describe el derrame pleural, con broncograma aéreo en lóbulo inferior derecho. No se describió ninguna fractura costal. No se realizó punción del derrame por ser escaso para la realización de punción con seguridad,

Durante el ingreso y tras tratamiento antibiótico la paciente mejoró su desorientación siendo dada de alta con una mejoría generalizada.

CONCLUSIONES

Uno de las causas de síndrome confusional agudo en ancianos son las infecciones, en este caso es curioso como la historia clínica con el antecedente de traumatismo craneoencefálico nos lleva a pensar como primera opción que pudiera ser debido a una complicación progresiva derivada de este, si bien había pasado un mes el deterioro había sido progresivo, aunque la paciente no presentaba clinica de hipertensión intracraneal.

Debido a la exploración física y la clinica con una tos persistente y una auscultación patológica se decide ampliar estudio con radiografía de tórax siendo la esta la clave para realizar el correcto diagnóstico de Neumonía basal derecha con derrame pleural asociado.
Hoy en día con al aumento de la longevidad, la polifarmacia, cada vez es más complicado en el anciano plantear un correcto diagnóstico diferencial ante un síndrome confusional en el paciente anciano.

P. #1500

ME AHOGO Y NO SÉ POR QUÉ

Iona Rodrigo Pons[1], Eva Vidal Martí[1], Sara Yousfi López[1], Miguel Sánchez Torrijos[2], Andrea Lluesma Guillén[1]

1. Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España
2. Hospital Clínico Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a Urgencias del hospital una mujer de 68 años por disnea de reposo desde hoy.
La paciente refiere tos seca no productiva persistente desde hace aproximadamente 3-4 semanas que no mejora con tratamiento sintomático. Niega disnea los días previos hasta hoy, que se ha levantado por la mañana con disnea de reposo. No ha tenido fiebre ni mucosidad, no ortopnea ni
episodios de disnea paroxística nocturna, no dolor torácico ni palpitaciones, no hemoptisis, no edemas en piernas ni otra sintomatología acompañante.
En la historia de la paciente no destaca ningún antecedente personal de interés, salvo una hipertensión arterial controlada con Amlodipino 5mg desde hace años y una infección por el virus SARS-cov2 en 2022 sin disnea y que no requirió de ingreso hospitalario. No fumadora activa ni pasiva, no exposición a tóxicos, ningún antecedente neumológico de interés.
A su llegada a Urgencias presenta una tensión arterial de 121/67mmHg, una frecuencia cardíaca de 77lpm y una saturación de oxígeno 80% aire ambiente, temperatura timpánica de 36°C.
De la exploración física destaca en la auscultación pulmonar una hipofonesis marcada en todo el hemitórax izquierdo. No edemas en miembros inferiores ni otros hallazgos de interés.
Se administra oxígeno suplementario con Ventimask a 6lpm manteniendo saturaciones en torno a 93% y se solicitan pruebas complementarias.
- Electrocardiograma: sin alteraciones
- Virus respiratorios (gripe, virus respiratorio sincitial y covid): negativos
- Gasometría arterial con marcada hipoxemia (pO2: 54mmHg), no hipercapnia.
- Analítica sanguínea: NT-pro-BNP negativo, dímero D negativo, reactantes de fase aguda
negativos.
- Rx tórax: Abundantes nódulos pulmonares bilaterales de predominio derecho y masa parahiliar izquierda que condiciona pérdida de volumen en lóbulo superior, valorar carcinoma pulmonar con metástasis pulmonares bilaterales.

Se revisan los resultados de las pruebas solicitadas y llama la atención la radiografía de tórax, impresiona de suelta de globos pulmonar, Metástasis pulmonares en una paciente sin factores de riesgo neumológicos y con nula exposición activa o pasiva a tabaco o a otros tóxicos, por lo que nos hace dudar del origen primario pulmonar.
Se re-historia y re-explora a la paciente: no presenta nódulos mamarios, no adenopatías a ningún nivel, no se observan lesiones dérmicas... refiere metrorragias diarias desde hace meses (menopausia a los 65 años). Se realiza ingreso en Medicina Interna para filiar el origen del tumor primario y se solicita interconsulta con Ginecología. No nos queda claro el

origen de la neoplasia...
Durante el ingreso se solicitó una tomografía computerizada tóraco-abdomino-pélvica donde se confirmó nuestra sospecha: múltiples metástasis pulmonares y adenopatías hiliares-perihiliares y útero de aspecto tumoral (sospecha de tumor primario).

CONCLUSIONES

Se trata de un caso clínico interesante puesto que plantea desde un inicio en el Box de Urgencias el diagnóstico diferencial de la disnea. ¿Qué hacemos con una paciente sin antecedentes que acude por disnea de nueva aparición?
¿Será una complicación de un proceso infeccioso? ¿Será una agudización de una enfermedad pulmonar no filiada previamente? ¿Una crisis asmática? ¿Será una primera descompensación de una insuficiencia cardíaca... en qué contexto? ¿Será un derrame pleural masivo... en qué contexto? ¿Tendrá una tromboembolismo pulmonar porque presenta una disnea súbita?
Ante un caso así se nos plantea un amplio diagnóstico diferencial que debemos repasar y así poder realizar una buena anamnesis guiada y una buena exploración física. Con los datos obtenidos podremos solicitar con criterio las pruebas complementarias necesarias para que nos orienten y encaminen hacia una aproximación diagnóstica final.
No debemos quedarnos en esto, debemos valorar las pruebas complementarias solicitadas y si es necesario volver a re-explorar y re-historiar de nuevo al paciente para realizar una buena aproximación diagnóstica puesto que no todo es lo que parece.

P. #1501

FATÍDICO ABCESO DESATA UNA TETRAPARESIA

M Teresa Benavent Company, Laura Tarrat Alcalde, María Cardells Peris, Juan José García Clarí, Andrea Cantos López, Lorena Hernández Taboas

Hospital Francisco de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 67 años, sin antecedentes de interés, acudió a urgencias hospitalarias por presentar desde hacía una semana cervicalgia y debilidad en miembros superiores (mmss), sin tos, ni cefalea, ni dolor torácico. En la exploración física presentaba contractura de trapecios y esternocleidomastoideo, dolor a la movilización cervical paresia 3/5 mmss sin otra focalidad neurológica adyacente. Constantes: ta 170/106, fc 83, afebril. En radiografía cervical destacaba aumento de partes blandas. Analíticamente: Leucocitosis 10.9090,neutrófilos 82% y pcr 126. Tras pautar analgesia se le propuso ingreso hospitalario que el paciente rechazó, remitiéndose a consultas externas de reumatología por sospecha polimialgia reumática. El paciente consultó nuevamente a los 15 días con fiebre, debilidad generalizada extendida a miembros inferiores, disnea junto con disfagia a liquidos y sólidos.
En exploración física presentaba respiración estertorosa, crepitantes húmedos bilaterales sin soplos, sin edemas. Neurológicamente consciente y orientado, plejía 5/5 tanto mmss como inferiores, nivel sensitivo T4, arreflexia, sin espasticidad, pupilas tendencia miótica, sin afectación de pares craneales y sin rigidez nucal. Constantes: ta 184/96 fc 105 lpm, saturación 02 88% y temperatura 37.9°C.
Analiticamente destacaba pcr 240.79, bilirrubina 3.88, troponinas 20, proBNP 701, hemoglobina 12.2, leucocitos 23.400 neutrófilos 93.2%, plaquetas 276.000, iq 67%; gasometría arterial con 02 vmk 35%: ph 7.39, pc02 38, p02 71 bic 28 lactato 1.4. Se realizó radiografía de tórax sin condensaciones y tac craneal normal. Se realizó una punción lumbar que objetivó disociación albumino-citológica y pleocitosis a expensas de mononucleares. SE pautaron antitérmicos y amoxiclavulanico, ingresando en uci con diagnóstico tetraparesia flácida descendente a estudio. Ante mal control de secreciones respiratorias procedieron a IOT con videolaringoscopia. Rehistoriando a los familiares comentaron que el paciente y su mujer habían presentado cuadro gastroenteritico autolimitado el mes previo que atribuían a ingesta de miel casera preparada años antes. Como diagnóstico diferencial inicial se plantearon botulismo (por lo que se inició de inmediato antitoxina) vs ictus vs guillain barré atípico vs romboencefalitis, iniciando tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina. Se ampliaron estudios para listeria, borrelia, brucela, epstein barr y mantoux que fueron negativos. Se realizó EMG detectándose posible Guillain-Barré atípico por lo que se pautaron durante 4 días inmunoglobulinas iv sin mejoría. Los hemocultivos fueron positivos para Klebsiella Pneumoniae y el coprocultivo positivo para Norovirus siendo el cultivo de LCR negativo. Ante sospecha de bacteriemia secundaria a neumonía broncoaspirativa por K Pneumoniae se ajustó tratamiento antibiótico. El análisis de la miel fue negativo para botulismo finalmente. En ingreso se solicitó rmn cerebral que fue normal y

rmn cervical que mostró una mielitis transversa aguda cervical C4-T1 por una espondilodiscitis C5/C6 y C6/C7 acompañándose de un abceso espinal laminar extramedular. Se amplió estudio a un tac cervical que objetivó una colección mediastínica retroesofágica de 6 cm de diámetro, y un tac torácico una colección periesofágica de17*6*3 cm que drenó cirugía torácica. Por su parte neurocirugía que desestimó actuación ante nula probabilidad de recuperación dado el tiempo de evolución de la afectación medular. El paciente finalmente tras 6 meses de ingreso quedó postrado por una Tetraparesia flácida por compresión medular por espondilodiscitis c5-c6 con abceso cervicomediastínico posterior.

CONCLUSIONES

La mayoría de las infecciones profundas del cuello tienen su etiología en infecciones bacterianas o víricas orofaríngeas, odontógenicas, respiratorias, traumatismos, patología salival, en aproximadamente un 15% de los casos no se puede determinar su causa Por extensión las complicaciones pueden ser letales por lo que es fundamental una sospecha diagnóstica precoz. La complejidad del caso presentado radica en la dificultad para su diagnóstico definitivo desde el primero momento con el consecuente retraso en la instauración del tratamiento pertinente para mejorar un pronóstico ya nefausto de partida.

P. #1506

CASO CLÍNICO: MALARIA GRAVE EN PACIENTE ADOLESCENTE

Lina Vanessa Muñoz Sánchez
Hospital Universitario Sant Joan Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Caso Clínico: Malaria Grave en Paciente Adolescente
Antecedentes del Paciente:
- Edad y Sexo:Masculino, 17 años
- Antecedentes Personales: Sin antecedentes de importancia
- Residencia: Senegal

Motivo de Consulta:
Paciente ingresa a urgencias del CAP con un cuadro clínico de 3 días de evolución, presentando:
- Malestar general
- Mialgias
- Cefalea
- Dolor retroocular
- Dolor abdominal en mesogastrio
- Picos febriles
- Niega síntomas respiratorios o urinarios

Examen Físico:
- Estado General: Febril, deshidratado
- Hallazgos Notables: Dolor a la palpación abdominal en hipocondrio derecho
- Otros Hallazgos: Sin anomalías adicionales

Impresión Diagnóstica Inicial:
Sindrome viral inespecífico, considerando el pico epidemiológico de infecciones virales respiratorias. Se inicia tratamiento sintomático y hidratación endovenosa.
Resultados Analíticos:
- PCR: 9.99
- Plaquetas:68,000/mm^3

Evolución y Manejo:
Ante la sospecha de una patología infecciosa transmitida por vectores, se deriva al hospital de referencia para estudios adicionales.
Diagnóstico Definitivo:
- Microbiología:Detección de Plasmodium falciparum
- Diagnóstico: Malaria grave, basado en trombocitopenia y transaminitis

Tratamiento y Seguimiento:
- Hospitalización: Ingreso hospitalario y tratamiento con artesunato
- Evolución:Tras 48 horas de evolución clínica satisfactoria, se da de alta con tratamiento de Malaorne en casa

CONCLUSIONES

La malaria causada por Plasmodium falciparum representa una emergencia médica debido a su potencial letalidad y complicaciones. En este caso, la trombocitopenia y la transaminitis fueron indicadores críticos que permitieron el diagnóstico de malaria grave. El manejo temprano con artesunato y la transición a tratamiento domiciliario con Malaorne ilustran un enfoque terapéutico efectivo para esta enfermedad. Es esencial considerar la historia de viaje y la residencia del paciente para orientar adecuadamente el diagnóstico diferencial en casos febriles con síntomas inespecíficos.

P. #1511

INFESTADA POR LARVAS

Paloma Arias García[1], Ana Bayo Sevilla[1], María Del Carmen Orts Cansino[1], Reyes Fullana Alba[1], Gemma Ortega Prades[2]

1. Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Clínico De Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés. Refiere viaje reciente a Gran Canaria y múltiples baños en agua estancada en provincia de Huesca. No ha estado en contacto con animales. Ha realizad múltiples consultas a urgencias por presentar larvas en fosa nasal izquierdo, en última consulta ha visualizado además dos larvas que describe como "gusano blanco con ojos negros" en zona de conducto lagrimal.
Niega otra sintomatologia.
Se realizó exploración por parte de otorrinolaringología y oftalmología, visualizando el parasito,
Se realizó TAC craneal para descartar complicación, siendo este normal y cultivo de larva, siendo el resultado larva de tercer estadio de Oestrus ovis. (Miasis).
En último episodio a urgencias se inicia Ivermectina a 0,2mg/Kg dosis única.
Resolución total de la miasis tras tratamiento administrado.

CONCLUSIONES

Oestrus ovis es una especie de mosca responsable de la miasis en el ganado ovino, con una distribución cosmopolita y alta prevalencia en zonas cálidas y húmedas.
En ocasiones, Oestrus ovis también afecta a los humanos, especialmente a quienes tienen contacto con el ganado. La miasis ocular es la manifestación clínica más frecuente, reportada en regiones como Centroamérica, Sudáfrica y la Cuenca Mediterránea, incluyendo España, principalmente en primavera y verano. La infección ocurre cuando las larvas L1 son proyectadas al ojo durante el vuelo de la mosca, provocando conjuntivitis irritativa debido a la acción de sus espinas sobre la córnea y la conjuntiva. En algunos casos, la miasis ocular puede complicarse y evolucionar a miasis nasal si la larva migra desde el ojo a la cavidad nasal a través del conducto lagrimonasal. También puede presentarse una miasis nasal inicial sin una fase ocular previa.
El tratamiento de la miasis ocular consiste en la extracción completa de las larvas, facilitada por la aplicación de anestésico en el saco conjuntival para inmovilizar al parásito. Además, se pueden administrar corticoides y antibióticos tópicos para prevenir infecciones bacterianas. Sin embargo, debido a la posibilidad de una miasis nasal posterior y la dificultad de extraer todas las larvas, es fundamental un seguimiento clínico para detectar complicaciones a tiempo. En casos de miasis nasal, el tratamiento incluye la administración de ivermectina.
En las Islas Canarias, la miasis por Oestrus ovis es poco frecuente en humanos y animales, aunque podría estar infradiagnosticada debido a la necesidad de enviar muestras al servicio de microbiología para su identificación. Por ello, es importante evaluar y aplicar medidas de prevención en el ganado para reducir la incidencia de la enfermedad.

P. #1516

LAS DOS CARAS DE DEJA TU HUELLA EN EL DIAGNÓSTICO DEL VIH

Lara Rarís Frois[1], Eider Barcia Morelle[1], Ana María Denisa Carpov[1], Beatriz Rodríguez Fernández[2], Henrique Villena García Del Real[2]

1. Residente MFyC Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago De Compostela, España
2. Médico de Urgencias Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago De Compostela, España

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH constituye uno de los principales problemas de salud pública. Actualmente, uno de los retos consiste en detectar los pacientes con infecciones ocultas para evitar diagnósticos tardíos y el aumento de morbimortalidad. Con el fin de detectar este problema se ha creado el programa "Deja Tu Huella", para seguir las recomendaciones marcadas por la SEMES. Estas recomendaciones se basan en solicitar una serología de VIH en las siguientes entidades: 1) Infecciones de transmisión sexual, 2) Profilaxis post-exposición frente al VIH, 3) Neumonía adquirida en la comunidad (entre 16 y 65 años), 4) Síndrome mononucleósido 5) Herpes Zóster (entre 16 y 65 años), 6) Práctica Chemsex, 7) Procedencia de países con alta prevalencia de VIH (>1%), 8) Trombopenia de etiología desconocida y 9) Fiebre sin foco.

OBJETIVO

El principal objetivo es el diagnóstico precoz de pacientes con VIH en Urgencias siguiendo las recomendaciones establecidas por el programa "Deja Tu Huella" y la SEMES.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y comparativo de dos casos clínicos de diagnóstico de VIH en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se presentan dos casos clínicos de pacientes diagnosticados de VIH en el servicio de urgencias.
El primer caso es un varón de 33 años, que como antecedentes personales destacan: consumidor de alcohol y cocaína esnifada con relaciones heterosexuales de riesgo, diagnóstico de sífilis por úlcera dolorosa en pene en el servicio de urgencias en junio de 2023 con resto de serologías negativas; y diagnóstico en atención primaria en septiembre de 2023 de uretritis gonocócica. En abril de 2024 acude a urgencias por fiebre, odinofagia y exantema macular en tronco y cara. En la exploración física solo destaca presencia de adenopatías cervicales, lengua saburral y el exantema descrito. Ante la sospecha de síndrome mononucleósido, se solicitó analítica de sangre y serologías de ITS; con resultado de IgG Epstein Barr positivo y serología VIH tipo 1 positivo con RNA 5550000 copias/ml.
Tras diagnóstico de VIH se deriva a Unidad de Infecciosas

de referencia, que solicita Mantoux e IGRA previo inicio de tratamiento antirretroviral (TAR). Actualmente, el paciente continúa en tratamiento y seguimiento en Unidad de infecciosas y se mantiene asintomático con carga viral indectable.
El segundo caso se trata de un varón de 42 años, con antecedentes de asma bronquial, herpes zóster oftálmico en 2019 con neuralgia postherpética y trastorno ansioso-depresivo. Niega consumo de alcohol y otros tóxicos.
Acudió al servicio de urgencias en marzo de 2024 por síndrome general (pérdida de peso, anorexia, astenia y fiebre). En la exploración física, palidez mucocutánea, muguet oral, auscultación pulmonar con crepitantes en bases y lesiones cutáneas residuales distribuidas ampliamente. Se solicitaron gasometría arterial, analítica de sangre, analítica de orina, hemocultivo, urocultivo, PCR de virus respiratorios, antigenuria, serologías (VIH/VHB/VHC) y radiografía de tórax. Se observaron infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía y serología VIH positivo con RNA 6430000. Se cursó ingreso en Unidad de Infecciosas por primoinfección por VIH y neumonía intersticial bilateral a descartar Pneumocystis Jirovecii. Durante el ingreso, sufre episodio de empeoramiento e insuficiencia respiratoria aguda que requirió intubación orotraqueal e ingreso en UCI, terminando con el fallecimiento del paciente 20 días tras el diagnóstico.

CONCLUSIONES

En el primer caso se realiza un diagnóstico precoz en fase de primoinfección con buen pronóstico con tratamiento antiretroviral. Sin embargo, en el segundo caso se diagnostica de infección por VIH en fase de SIDA por una neumonía por Pneumocystis, que concluye en fallecimiento del paciente. Por ello, se destaca la importancia del diagnóstico precoz de VIH, con el fin de mejorar el pronóstico, basándonos en las recomendaciones establecidas en el programa “Deja Tu Huella”.

P. #1520

ENTENDIENDO LA MENINGOENCEFALITIS Y EL PAPEL DEL STREPTOCOCO PNEUMONIAE: UN VIAJE A LO INESPERADO

Raquel Palomares Bonet, Carolina Lozano Campoy, Antonio Martos Reyes, Laia Llaberia Declara
Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 61 años con AP: HTA mal controlada, Migraña, fibromialgia y glaucoma, que acude a Urgencias cefalea holocraneal de 2 dias asociado a vómitos. Valorada en centro de salud y diagnosticada de cuadro vírico en las primeras horas, la paciente presenta fluctuaciones en su nivel de conciencia después de 12 horas de inicio de los síntomas pasando de agitación a somnolencia y rechazo del alimento. Se activa al SEM y llega a Urgencias en Glasgow 10/15 conservando la estabilidad hemodinámica y Sat basal 97%. Destaca fluctuación del glasgow con rigidez de nuca y se solicita TAC craneal ante la sospecha diagnóstica de HSA inicialmente.
El TAC descarta patología vascular aguda y lesiones expansivas y en la AS PCR 48 y leucocitosis con neutrofilia. También presenta hiperlactemia de 6,54 mmol/l con Rx tórax y SU negativos. Se orienta como meningoencefalitis y se avisa a UCI por necesidad de IOT, realizar PL e inicio inmediato de ATB de amplio espectro empírico.
Se realiza PL con LCR compatible con infección bacteriana con Array y cultivo de LCR positivo para streptococo pneumoniae . Hemocultivos positivos para S.pneumoniae y serologias positivas para S. pneumoniae. Se inicia tratamiento ATB con ceftriaxona (10 dias)y linezolid (3 dias) y pauta de corticoides ev durante 4 dias.
A las dos semanas de estancia en UCI se produce mejora neurológica y se procede a extubación. La paciente presenta empeoramiento neurológico a los dos días de la extubación y se repite la PL, se solicita un EEG, un TAC craneal y RMN craneal.
En el primer EEG no se identifican crisis comiciales claras pero se evidencian ondas que sugieren crisis y se inicia tratamiento anticomicial con levetiracetam ev.
En el TAC no se observa patologia aguda pero en la resonancia se aprecian lesiones isquémicas agudas en cerebelo y en lóbulo parietal izquierdo.
Durante 3 días consecutivos la paciente mantiene un glasgow oscilante entre 12-15 puntos, respuesta verbal y motora por imitación.
Pasados 3 días del inicio del tratamiento anticomicial requiere nuevamente IOT por disminución del nivel de conciencia a 7 puntos , se realiza nuevo EEG confirmando estatus epiléptico en contexto de encefalopatia cerebral severa requiriendo sedación profunda e inicio de segundo anticomicial con lacosamida.
A las 24 horas del inicio del segundo anticomicial se realiza EEG donde no se observa ni estatus ni crisis.
Se repite nuevamente RMN donde se aprecia progresión de las lesiones isquémicas cerebelosas. Ante el resultado de la segunda resonancia y la sospecha de fenómenos de vasculitis por la infección se inicia durante 3 días dosis de 1 g de metilprednisolona seguida de 1 mg /kg ev. La evolución

neurológica es favorable con recuperación del nivel de conciencia y respuestas coherentes observando como secuela inestabilidad en la marcha e hipoacusia derecha. Ante la estabilidad neurológica se decide alta a planta con corticoides a dosis de 1 mg/kg ev.
Durante su estancia en planta se ajusta el tratamiento anticomicial con levetiracetam 750 mg / 12 horas y lacosamida 100 mg cada 12 horas y se va descendiendo la dosis de corticoides a 30 mg prednisona oral al alta.
La paciente posteriormente recibe seguimiento en consultas externas de Neurologia , Medicina Interna, rehabilitación y MAP.

CONCLUSIONES

La meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae puede causar diversas complicaciones neurológicas como secuelas neurológicas cognitivas, del aprendizaje , trastornos del comportamiento, convulsiones, hidrocefalia y tasa de mortalidad elevada
Es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz para minimizar las complicaciones y mejorar el pronóstico.
La vacunación es clave para reducir su impacto en la salud pública, especialmente en las poblaciones de riesgo como ancianos, personas con enfermedades crónicas o con sistemas inmunológicos comprometidos.

P. #1523

FIEBRE, ARTROMIALGIAS Y CAZA. CAUSAS DE DOLOR TORÁCICO

Francisco José Contreras Anguita[1], Sara Moreno Suárez[2], Pilar Martínez Pérez[1], Ana Isabel Soler Castillo[1], Elena Torres Sánchez[2]

1. Hospital de Guadix. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 35 años; sin antecedentes médicos de interés.
Acude a su Médico de Familia por fiebre, tiritona, artromialgias y quebrantamiento del estado general de 48h de evolución sin referir foco aparente. Tras exploración exhaustiva se reinterroga al paciente por lesión tibial anterior derecha, refiriendo forúnculo sobreinfectado, encontrándose en tercer día de tratamiento con Clindamicina, pautado en urgencias extrahospitalarias.
Se hace hincapié en los hábitos del paciente, que reconoce excursiones frecuentes al campo (mes de verano) para caza menor y uso de ropa corta. Última en la semana previa, días antes del inicio de la lesión tibial.
Se orienta caso como posible "tache noir" o escara necrótica por picadura de garrapata y se cambia tratamiento a doxiciclina 200mg de inicio con pauta de 100mg cada 12h posteriormente.
En la misma jornada, durante la noche, el paciente comienza con dolor torácico creciente, punzante, que le despierta. Se acompaña de nuevo pico febril de 39°C. El dolor mejora con la toma de AINEs y analgésicos en domicilio, así como al incorporarse y posición sentado hacia adelante.
EXPLORACIÓN
Buen estado general. Hemodinámicamente estable. Constantes: fiebre 39°C; frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto; normotenso; eupneico.
Taquicardia rítmica, sin soplos; murmullo vesicular conservado.
Lesión cutánea tibial anterior, con úlcera necrótica y zona perilesional eritematosa, caliente.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
ANALÍTICA: Bioquímica sin alteraciones. PCR 55. Troponinas 4538 -> 6460 -> 17300 -> 8300. Leuc 15200 con neutrofilia. Resto sin alteraciones.
RX TÓRAX: índice cardiotorácico <0.5; sin alteraciones.
ECG taquicardia sinusal con eje normal. T negativa en II, III, aVF, V5-V6.
Ecocardioscopia en urgencias sin alteraciones segmentarias de la contractilidad. Sin derrame pleural.
Serologías realizadas en Atención Primaria negativas.
Coronariografía urgente: arterias coronarias sin lesiones destacables.
JUICIO CLÍNICO: miopericarditis aguda, secundaria a infección por Rickettsia como primera posibilidad.
EVOLUCIÓN: paciente ingresa en UCI. Se inicia tratamiento para miopericarditis con cobertura antibiótica con doxicilina 100mg cada 12h.
Tras buena evolución, el paciente fue dado de alta hospitalaria, con revisiones posteriores sin incidencias y sin secuelas.

CONCLUSIONES

La "tache noire" se trata de una escara necrótica por picadura por garrapata., En nuestro entorno, las especies más comunes son Ixodes ricinus (relacionada con enfermedad de Lyme, babesiosis, anaplasmosis humana), Rhipicephalus sanguineus (fiebre botonsa/exantemática mediterránea) y Hualomma (fiebre Crimea-Congo).
La "mancha negra" se relaciona altamente con la picadura por Rhipicephalus, garrapata marrón; se hospedan habitualmente en el perro, pero también en otros animales domésticos y salvajes, habitan en climas cálidos y secos, y actúan como vector de Rickettsia conorii.
Su infección desencadena el cuadro conocido como fiebre botonosa/exantemática mediterránea, caracterizada por fiebre aguda elevada (>38.5°C), artromialgias, "tache noir" en el lugar de la picadura (más del 70% de los casos), linfadenopatías y exantema (aunque este puede estar ausente o pasar desapercibido hasta en un 10% de los casos).
El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica, exploración y contexto, y se confirma mediante serología, por detección de anticuerpos (que habitualmente es negativa en los primeros 14 días desde la picadura, tanto para IgM como para IgG), siendo la PCR mucho más precoz y específica (aunque menos disponible en nuestro medio sanitario). Alternativa: biopsia de escara.
Aunque cursa leve en la mayoría de los casos y con menor letalidad que en otras infecciones por Rickettsia, existen complicaciones a nivel neurológico periférico y central (meningoencefalitis), cardiaco (pericarditis/miopericarditis, derrame pericárdico/taponamiento) renal (fracaso renal agudo) y otros síndromes asociados: síndrome hemofagocítico y fallo multiorgánico.
TRATAMIENTO: medidas de soporte, tratamiento sintomático y antibioterapia con Doxiciclina 100mg cada 12h; Azitromicina y cloranfenicol como alternativa.
La evolución suele ser hacia la curación, teniendo una baja letalidad respecto a otras infecciones por Rickettsia.
Principal medida de prevención: desparasitación de animales domésticos.

P. #1533

¡ESTOY SANGRANDO CON LA TOS! HEMOPTISIS: MANEJO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

Laura Gutiérrez Segarra[1], Eugenia Ojog Ojog Ojog[2], Héctor Dellà Grañana[3]

1. EAP Dr. Sarró Valls- HUSJR Reus, Reus, España
2. EAP Dr. Sarró, Valls, España
3. Hospital Univeristario Juan XXIII, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años sin alergias conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con IECA y fumadora de 1paq/día desde los 18 años.
Acude a urgencias por expectoración sangrienta de 4h de evolución.
Explica cuadro de tos de varios meses de evolución a la que no ha dado importancia porqué es fumadora. En la última semana la tos se ha intensificado, sin aumento de expectoración hasta que hoy inicia hemoptisis abundante que no cede.
A su llegada a urgencias:
TA 154/89mmHg; FC 102lpm; SpO2 93%; Tª 36,7°C.
Consciente y orientada
Presenta palidez cutánea.
ACR: Hipofonesis derecha con crepitantes dispersos. Taquicardia, sin soplos ni roces.
ABD: blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal.
EEII: no edemas ni otras alteraciones.
Durante la evaluación inicial en urgencias la paciente presenta episodio hemoptoico masivo con caída de la saturación a 85%. Se orienta el caso como Hemoptisis Amenazante hemodinámicamente inestable, dada la caída de saturación y el aumento de la frecuencia cardíaca a 140lpm..
Se solicita analítica con hemograma, función hepática y renal, coagulación.
Se inicia oxigenoterapia con VMK al 40% perfusión de suero glucosalino, tratamiento antibiótico con amoxicilina/ac. clavulánico 1g, se solicita reserva sanguínea y se contacta con UCI.
A la valoración por UCI, se decide asegurar vía aérea de la paciente mediante intubación orotraqueal y se realiza fibrobroncoescopia de urgencia en que se localiza sangrado en árbol bronquial y se realiza hemostasia mediante instilación de adrenalina tópica 1/20000. La paciente queda ingresada en UCI. Al 3er día de ingreso la paciente presenta mejoría clínica y estabilidad analítica por lo que se traslada a planta de Neumología para estudio de la causa de la hemoptisis.
Tras pruebas diagnósticas se localiza en lóbulo pulmonar derecho que se identifica en biopsia de carcinoma pulmonar. Dadas buenas condiciones de la paciente se realiza resección quirúrgica de la lesión. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento radioterápico con buena respuesta.

CONCLUSIONES

Definimos hemoptisis como la expectoración de sangre proveniente del árbol traqueobronquial. Las causas más frecuentes son bronquiectasias, bronquitis crónica, carcinoma broncogénico y tuberculosis.
EL manejo de la hemoptisis en urgencias viene determinado por la gravedad de ésta, clasificándose en:
- Hemoptisis no amenazante, que a su vez se clasifica en aislada o recurrente, dónde el tratamiento consiste en antitusivos, antibioterapia y estudio ambulatoria de la causa.
- Hemoptisis amenazante; que se divide en hemodinamicamente estable o inestable. En estos casos se requiere hospitalización para:
- Monitorización.
- Realizar analítica urgente con hemograma, ionograma, función hepática y renal, coagulación y serologías.
- Solicitar reserva de concentrado de hematíes para transfusión en
caso de anemización.
- Administración de endovenosa de:
1. Suero Glucosalino a razón de 500ml cada 6h.
2. Antibioterapia: Amoxicilina/AC. clavulánico 1g cada 8h; Claritromicina 500mg cada 8h o Levofloxacino 500mg cada 24h.
3. Antitusivos: codeína 30mg cada 6h. Ésta debe evitarse en insuficiencia respiratoria.
- Estudios de imagen:
1. Radiografía de tórax: Es diagnóstica en el 50% de los casos detectando neumonías, abscesos, carcinomas pulmonares o tuberculosis. Aunque hasta un 25% de radiografías non normales habiendo lesiones malignas.
2. TC pulmonar: muy útil para el estudio del parénquima, mediastino y alteraciones anatómicas. Con contraste permite la localización del sangrado facilitando la embolización.
3. Fibrobroncoescopia: es la técnica de elección ya que tiene utilidad diagnóstica y terapéutica.
En los casos de presentar inestabilidad hemodinámica, se valorará ingreso en UCI para control de vía aérea.
Cómo último eslabón del tratamiento, podrá valorarse la cirugía en caso de fracaso terapéutico al 4° día del tratamiento con embolización o bien en caso de causa resecable (aspergiloma).

P. #1534

PELIGROS POCO CONOCIDOS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Ángel Jesús Castillejo Domínguez, Elena Soliva Gisbert
Hospital de Manises, Manises, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo, síndrome Wolf-Parkinson-White tratado con ablación cardíaca y carcinoma infiltrante de mama izquierda hace 2 años T1N0M0 tratado con mastectomía con biopsia selectiva de ganglio centinela y bloqueo hormonal con tamoxifeno desde entonces.
La paciente es traída a Urgencias por soporte vital básico al ser encontrada en su domicilio con disminución del nivel de consciencia y relajación de esfínteres. 24 horas antes, la paciente había sido intervenida de infiltración de lipoinjertos en mama izquierda con fines estéticos tras mastectomía por neoplasia de mama. En los días previos la paciente no había presentado fiebre ni otros síntomas.
En la exploración física de la paciente destacaba tendencia a la somnolencia (G14), bradipsiquia, taquipnea en reposo con roncus dispersos en la auscultación pulmonar y necesidad de oxigenoterapia con cánulas nasales a 4 litros por minuto para mantener una saturación de oxígeno en torno a 91 %.
En las pruebas complementarias realizadas destacaban: elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis en la analítica de sangre; un infiltrado intersticial en la base pulmonar derecha en la radiografía de tórax; y una tomografía computerizada cerebral sin hallazgos. Se diagnosticó a la paciente de neumonía adquirida en la comunidad, se extrajeron hemocultivos, se pautaron corticoterapia y nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio y se inició antibioterapia con levofloxacino.
A las 2 horas de permanecer en observación, la paciente experimentó una evolución desfavorable con aumento de la disnea y aumento de los requerimientos de oxigenoterapia suplementaria, por lo que se solicitó una angio-tomografía computerizada de arterias pulmonares ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (dada la cirugía reciente), hallándose múltiples consolidaciones periféricas que, ante el antecedente de infiltración de lipoinjertos, son compatibles con tromboembolismo pulmonar graso. En vista de la situación de gravedad, Se autó metilprednisolona a dosis de 1 miligramo/Kilogramo de peso y se dio aviso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), quienes realizaron intubación orotraqueal e ingresaron a la paciente a su cargo.
En el segundo día de ingreso en UCI se realizó test de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de gripe con resultado positivo para gripe A. Tras 5 días de ingreso en UCI, se realizó destete de ventilación invasiva y la paciente pasó a planta de Medicina Interna para continuación de cuidados, recibiendo el alta hospitalaria una semana después.

CONCLUSIONES

El tromboembolismo pulmonar graso supone una complicación poco habitual pero potencialmente grave de determinadas cirugías, por lo que siempre debe figurar en el diagnóstico diferencial del paciente que consulta por disnea tras procedimientos quirúrgicos.
La disnea es un síntoma con múltiples posibles orígenes y no resulta infrecuente que esta resulte ser multifactorial, por lo que el facultativo de Urgencias debería plantear un amplio diagnóstico diferencial a la hora de valorar a un paciente con este motivo de consulta.
El tratamiento del tromboembolismo pulmonar graso se basa en el soporte hemodinámico y respiratorio del paciente. A pesar de que ciertas terapias como los corticoides se han usado en esta patología, actualmente su uso es controvertido.

P. #1549

¿POR QUÉ NO MEJORA, SI YA LA TRATÉ?

Paola Carolina Guerrero Flores[1], Jimena Cristina Cavanna .[2], María Del Mar Loring Rodríguez[1], Jorge Gracia García[1], Marcelo Alberto Lazo Carballo[1], Jorvi José Aguilar Valero[1]

1. Hospital Can Misses, Ibiza, España
2. Centro de salud Santa Eulalia, Ibiza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 32 años, con antecedente personal de asma diagnosticado en la infancia, que acude a servicio de urgencias por disnea de mínimos esfuerzos y dolor torácico que aumenta con la inspiración, de un día de evolución. Asociado a rinorrea, tos productiva sin productos patológicos y sensación distérmica. Niega traumatismos ni sobreesfuerzos recientes.
A su llegada a urgencias se objetiva saturación de oxígeno (SatO2) 89%, taquicardia, taquipnea y sibilantes generalizados a la auscultación. Se decide aplicar tratamiento para una crisis asmática: corticoides sistémicos junto con nebulizaciones de salbutamol, bromuro de ipratropio y budesónida, además de colocar gafas nasales a 2 litros. La paciente presenta mejoría inicial de su sintomatología por lo que se procede a observación en urgencias
Al día siguiente la paciente presenta taquicardia, taquipnea y desaturación, siendo necesario aumentar el aporte de oxígeno con ventimask (FiO2 0.45) para conseguir SatO2 93%. Sin embargo, a nivel auscultatorio se objetiva mejoría, auscultándose sibilancias dispersas que no justifican la clínica de la paciente. Se optimiza tratamiento mediante corticoides sistémicos, nebulizaciones, sulfato de magnesio y montelukast sin conseguir mejoría de la paciente.
Ante la evolución tórpida y sospecha de un posible tromboembolismo pulmonar se decide realizar un angiotomografía, la cual descarta un tromboembolismo pulmonar, pero evidencia la presencia de NEUMOMEDIASTINO que rodea el espacio graso prevascular, ventana aortopulmonar y región pretraqueal, así como mínima extensión entre las hojas pleurales de la cisura mayor izquierda. No signos de neumotórax ni neumoperitoneo.
Al revisar retrospectivamente la radiografía de tórax en proyección lateral, se objetiva la presencia de aire en el mediastino, hallazgo que no era evidente en la proyección posteroanterior y que no se evidencio al revisar por primera vez la radiografía.
Se realiza interconsulta a cirugía torácica que recomienda control analgésico y observación 12 – 24 horas. Posteriormente se ingresa en neumología con evolución favorable y resolución del cuadro sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El neumomediastino espontáneo es una complicación poco común del asma y suele estar relacionado con el mecanismo de fuga de aire alveolar debido al aumento de presión intratorácica por la tos intensa. En el diagnóstico diferencial es importante descartar neumomediastino secundario a rotura esofágica (síndrome de Boerhaave), una entidad de mayor gravedad que requiere intervención urgente. Esta patología debe considerarse

en pacientes con disnea y tos intensa, especialmente en aquellos en los que persista la clínica a pesar del tratamiento instaurado. En urgencias, la proyección lateral de la radiografía de tórax, es una herramienta fundamental para mejorar la precisión diagnóstica en pacientes con síntomas respiratorios o sospecha de patología torácica. A diferencia de la proyección posteroanterior, la proyección lateral permite evaluar zonas ocultas detrás del corazón, el diafragma y el mediastino, facilitando la detección de lesiones como neumonías retrocardíacas, derrames pleurales pequeños, masas pulmonares ocultas, entre otras. Por ello, su uso debe ser siempre considerado para una evaluación más completa del tórax.

P. #1551

SORPRESA EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

Patricia Carrasco García, María Gómez Casado, Lina Cueto Avellaneda

Hospital General Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS
Varón de 68 años, fumador activo, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de alto riesgo tipo enfisema de predominio en lóbulos superiores e insuficiencia respiratoria crónica con oxígeno domiciliario. Ha perdido el seguimiento por neumología por voluntad propia de no acudir a las citas, vive sólo. Acude por empeoramiento de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos junto con tos, expectoración, dolor en ambos costados y sensación distérmica. Así mismo también refiere aumento de edemas en piernas e intolerancia al decúbito.
EXP FISICA
REG, taquipneico en carrito con unas 22 rpm sin trabajo respiratorio. Normocoloreado, consciente y alerta con GCS 15.
Hemodinámicamente estable con TA 97/50, FC 95 latidos por minuto, afebril. SAT O2 93% con gafas nasales a 2L.
AP: murmullo vesicular conservado con roncus en campos izquierdos con hipoventilación en campos derechos.
Abdomen anodino. Miembros inferiores con edemas con fóvea con signos de insuficiencia venosa crónica.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica de sangre: glucosa 120mg/dl, urea 40, creat 1.8, amilasa normal, sodio y potasio en rango. PCR 210, PCT 1.7. Péptido natriurético cerebral 190, Troponina I ultrasensible 76. Hemograma con Hb 12 g/dl, leucocitosis con 15340 con desviación izquierda, plaquetas 290000. Coag en rango con dímero D 2.
- Gasometría venosa: pH 7.34, pCO2 57, HCO2 31, lactico 2.3.
- Test Ag Covid negativo. Antigenuria para neumococo negativa.
- Radiografía tórax: signos de atrapamiento aéreo, hiperclaridad del pulmón derecho con aumento de tractos fibrosos.
- Tomografía axial computerizada (TAC)/Angio-TAC: signos de enfisema de predominio centrolobulillar en lóbulos superiores con bulla gigante que ocupa la práctica totalidad del hemitórax derecho con nivel hidroaéreo compatible con sobreinfección según correlación con datos clínicos. Sin signos de tromboembolismo pulmonar.

DIAGNOSTICO
Bulla pulmonar gigante sobreinfectada.

CONCLUSIONES

La evolución natural de las bullas es el crecimiento progresivo, llegando incluso a colapsar el parénquima adyacente. Una bulla pulmonar se considera gigante cuando ocupa al menos un 30% del hemitórax, que ocurre típicamente asociada a enfisema. Clínicamente los pacientes pueden presentar disnea, en otras ocasiones hemoptisis, dolor precordial o costal, neumotórax espontáneo o incluso presentarse de manera asintomática.

Se asocia con frecuencia a distintas patologías pulmonares siendo la EPOC la más común. En nuestro caso, en el historial no constaba la presencia de dicha bulla y no presentó mayor disnea en los últimos años, por lo que se trata de un hallazgo casual en la agudización de EPOC que presenta. La sobreinfección es una de las complicaciones de esta entidad. La mejor prueba diagnóstica es el TACAR de tórax y la resolución de los niveles hidroaéreos si los hay suele ser muy lenta. El tratamiento en ciertos casos determinados consiste en la bullectomía que ha demostrado mejoría de la disnea y de la función pulmonar.

P. #1553

MÁS QUE UN SIMPLE DOLOR DE ESPALDA

Andrea Terrón Sánchez, Jaime Laureiro Gonzalo, Susana Ochoa Vilor, Judit Aranda Salom, Elena Descalzo Casado, Antonio Blanco Portillo

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 55 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de 4-5 días de evolución, de dolor en región dorsal derecha, que empeora con los movimientos y que le incapacita en sus actividades diarias, acompañándose de malestar general y pico de fiebre de 38.5°. Niega otra sintomatología, viajes ni traumatismos. En la exploración, solo destaca la afectación general por el dolor y dificultad para el decúbito, sin apofisitis, si destaca contractura muscular.
Se solicita analítica sanguínea en la que destaca elevación de reactantes con 13000 leucocitos y PCR de 14, resto anodino, con rx de torax y dorsolumbar,sin hallazgos. Ante el dolor del paciente se solicita TAC toraco abdominal para descartar abscesos/ colección, que resulta anodino.
Dada la afectación del estado general, se solicitan hemocultivos, siendo positivos para S.aureus OXA. Se inicia tratamiento con cefazolina y daptomicina y se cursa ingreso.
Durante su estancia en planta, se solicita ETT y ETE que descartan endocartitis y gammagrafía osea con resultado normal
En RMN se observa colección paravertebral de 43x11x20 mm con intenso realce pleural, no siendo considerada drenable por parte del equipo de radiología intervencionista.
Se mantuvo con antibioterapia 14 días con cefazolina y posteriormente 8 semanas de moxifloxacino con total resolución de la clínica.

CONCLUSIONES

-La importancia de la historia clínica y la exploración en urgencias para plantearnos que ante un dolor incontrolabe en región dorsal, con gran impotencia funiconal que se acompaña con fiebre y de elevación de reactantes, hay que descartar que sea secundario a una colección/absceso paravertebral.
- El Staphylococcus aureus el el patógeno mas frecuente relacionado con los abscesos paravertebrales
- La RMN como prueba gold estandar para el diagnostico de colecciones paravertebrales y que la normalidad del TAC no nos descarta la presencia de éstas.

P. #1558

PRECAUCIÓN CON LA DISNEA EN URGENCIAS

Javier Jalvo Lorente, Celia Lara Montes, Paloma Fernández Martín, Marina María Mendoza Jiménez, Beatriz Fernández Figueroa, Sonia Beivide Arias

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardiaca con disfunción ventricular izquierda, exfumadora desde hace más de 20 años, con situación basal normal sin deterioro cognitivo ni funcional, independiente para actividades básicas e instrumentales, vive sola.

Consulta en urgencias por cuadro de 1 semana de tos sin expectoración con aumento de disnea basal hasta hacerse de reposo acompañado de edema de miembros inferiores y aumento de peso y distensión abdominal. A la exploración la paciente se encuentra taquipneica con tiraje subcostal a 28 rpm con Sp02 basal de 91%, taquicárdica a 110 lpm, con tensión arterial de 108/59 mmHg y temperatura de 37,7°C. A la auscultación presentaba crepitantes en ambas bases y hasta campos medios derechos con ausencia de murmullo vesicular en ápex derecho, y soplo sistólico aórtico III/VI. Presentaba distensión abdominal sin dolor ni masas ni organomegalias palpables, edema con fóvea hasta tercio proximal tibial bilateral con pulsos distales presentes y simétricos.

En las pruebas complementarias presentaba: infiltrado en lóbulo inferior derecho y perihiliar con broncograma aéreo, líquido en cisuras y pinzamiento de ambos senos costofrénicos. En la analítica de sangre, presentaba ligero deterioro de la función renal sobre su enfermedad renal crónica, elevación de NT-proBNP hasta 15.000, PCR 125 mg/L, leucocitosis de 13.000 con neutrofilia del 79%, anemia con hemoglobina de 10.8 g/dL normocítica normocroma. Se le realizó ecografía clínica con presencia de lengüeta de derrame pleural leve bilateral, consolidación en campos pulmonares anteriores superiores derechos, sin otros hallazgos.

CONCLUSIONES

La paciente impresionaba inicialmente de cuadro infeccioso respiratorio con signos de insuficiencia respiratoria aguda que condiciona descompensación aguda de su insuficiencia cardiaca que supone aumento de congestión pulmonar y periférica. Desde el principio se inicia tratamiento con oxigenoterapia con gafas nasales, furosemida intravenosa en bolos y ceftriaxona y azitromicina intravenosas. Tras unos 30-50 minutos se reevalúa efecto de tratamiento, donde se evidencia ligera mejoría con respiración polipneica ya sin tiraje pero a 26 rpm, sin inicio de diuresis en urgencias, por lo que se decide sondaje vesical, se inicia tratamiento con ventilación mecánica no invasiva con un nivel de presión y se administra nuevo bolo de furosemida.

Tras otros 30-40 minutos, se reevalúa y se evidencia mejoría significativa con saturaciones basales por encima de 95% con respiración eupneica, diuresis activa por encima de 200 cc por hora y mejoría del estado general. Gracias a la mejoría clínica se pudo reinterrogar a la paciente que refería empeoramiento más progresivo de meses de su disnea con aumento de tos y secreciones respiratorias con algún esputo hemoptoico puntual por lo cual no había consultado hasta la descompensación actual.

Se repitió estudio radiológico a las 24 horas con mejoría de la congestión y derrame pleural pero persistía consolidación pulmonar no claramente infecciosa, por lo que durante su ingreso en planta de medicina interna se decidió realizar TAC torácico con diagnóstico de cancer de pulmón con masa principal en lóbulo superior derecho y adenopatías perihilares bilaterales.

Tras mejorar su episodio actual de descompensación de insuficiencia cardiaca y probable sobreinfección de consolidación tumoral, se pudo estudiar a la paciente en oncología y neumología para inicio de tratamiento quimioterápico y seguimiento posterior.

P. #1577

DOCTORA, ESTOY CANSADO

María Pérez Alonso-Castrillo
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años sin AP relevantes que acude a urgencias por urgencias por debilidad y astenia de 2 meses de evolución, hiporexia y pérdida de unos 8-10 kg de peso en los últimos 6 meses. Además, fiebre intermitente de hasta 38ºC con tiritona, sudoración y episodios de confusión y desorientación. No clínica respiratoria, abdominal ni miccional. Anemia microcítica (10 g/dL) recién diagnosticada.
A la exploración febril 38 ºC TA 95/45 mmHg, FC 85 lpm, SatO2 95% basal
Neurológico normal. Palidez mucocutánea. Eupneico.
Auscultación cardiaca rítmica, soplo sistólico no conocido. Auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: Blando, no doloroso sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.Tacto rectal normal.
MMII: Edema bimaleolar con fóvea. Petequias en ambos MMII, mayores a nivel pretibial izquierdo que no blanquean a la vitopresión.
Pruebas complementarias:
Analítica: NT proBNP 13.846 pg/ml. Proteína c reactiva 103.80 mg/L. Sin leucocitosis ni neutrofilia. Anemia microcitica 8.7g/dL
TAC cerebral y orina normales.
ECG: Ritmo sinusal. QRS estrecho. T negativas en cara anterior.
Radiografía de tórax: Derrame pleural derecho sin claros infiltrados.
Ante cuadro constitucional de fiebre y petequias sin claro foco con datos de descompensación ICC y soplo no conocido se amplía ecocardiograma urgente, objetivando endocarditis valvular aortica y mitral con vegetación de gran tamaño y destrucción tisular. Insuficiencia aortica severa. FEVI normal.
Se contacta con cirugía cardiaca y fue intervenido a las pocas horas de doble sustitución valvular aórtica y mitral por prótesis biológica.
Durante el ingreso hemocultivos con aislamiento de Streptococcus gallolyticus (Bovis),fue tratado con ampicilina , ciprofloxacino ,ceftriaxona y dalbavancina. Como complicaciones asociadas se objetivó embolismo sistémico con trombosis mesentérica y espondilodiscitis lumbar. Se realizó colonoscopia con hallazgo de 6 pólipos con biopsias normales.
Evoluciono favorablemente.

CONCLUSIONES

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, pero de alta mortalidad que consiste en la infección del endocardio que puede cursar de forma aguda o subaguda con fiebre, soplo cardiaco, cuadro constitucional, petequias, anemia y fenómenos embólicos sistémicos. Más frecuente en hombres y aumenta con la edad, es una de las causas más frecuentes de insuficiencia valvular aórtica aguda y en torno al 40 % de pacientes desarrollan insuficiencia cardiaca consecuencia del daño estructural (obstrucción y destrucción valvular).
Entre el 80 - 90% de los casos están causados por estreptococos o estafilococos en contexto de una bacteriemia asintomática de origen sistémico (odontogénica, abdominal, urinario) o secundaria a material protésico o procedimientos invasivos.
El S. bovis forma parte de la flora intestinal y es responsable de 5-10% de las endocarditis, es más frecuente en mayores de 60 años y cursa de forma subaguda como en este caso. Además cabe destacar la conocida relación existente entre la infección por S. Bovis y poliposis colónica, se recomienda estudio colonoscópico a todo paciente diagnosticado por S.Bovis.
En urgencias el diagnóstico de la endocarditis se basa principalmente en la combinación de criterios clínicos (criterios de Duke), resultado de hemocultivos y pruebas de imagen siendo generalmente el ecocardiograma transtorácico la prueba crucial y la primera a realizar por su rapidez y accesibilidad.
El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa prolongada, inicialmente empírica de amplio espectro y posteriormente ajustada a cultivos. En caso de insuficiencia cardiaca aguda, vegetaciones grandes o refractariedad esta indicada la cirugía.
En este caso cabe destacar el cuadro clínico tan sugestivo de endocarditis que fue diagnosticado en la propia urgencia agilizando así el tratamiento y mejorando el pronóstico del paciente.

P. #1584

SI ME QUEDO EN LA CAMA...ME CURO

Ana Lucía Rengifo Martínez, IKER Guariste Vilchez, Giovana Ruiz Hernández, Lorea Gómez Berasategui, Sheila Condor Pineda, Alba Ramos García

OSI BIDASOA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

SI ME QUEDO EN LA CAMA…ME CURO
Paciente de 81 años de edad con antecedente de DM tipo 2 HTA, Obesidad, ERC. Refiere que en la ultimas semanas se hizo una herida en pie tras el uso de calzado nuevo, decidio quedarse en cáma para que con cura diaria su heridas sanaran.
Acude a la urgencia tras un episodio agudo de sensación de mareo y disnea con el esfuerzo, refiere un episodio similar la semana pasada que se autolimito, ahora manifiesta que no puede respirar lo que le ha preocupado.
Exploracion física Paciente en buenas condiciones generales lee taquipneia, palidez mucocutánea, ruidos cardiacos arrítmicos, crepitantes finos en ambas bases pulmonares, extremidades inferiores con vendaje elástico que se retira objetivando leve eritema de extremidad inferior derecha con edema moderado de la misma y signos sugestivos de TVP
ECG FA con rv a 165 no conocida
Analítica Troponina 240 PROBNP 3915 Dimero 2470
Rx torax Cardiomegalia Derrame pleural izquierdo
Ecografia a pie de: Derrame pleural izquierdo, presencia de línea B,
Discreto aumento de cavidad derecha con una imagen laminar en auricula, y pequeño derrame pericárdico(mala ventana ecográfica)
En extremidad inferior se observa a nivel de safena una imagen de probable trombo.
ANGIO TAC PULMONAR TEP bilateral de ambas arterias pulmonares principales y segmentarias, defecto de repleción de morfología ovalada en el interior del VD compatible con trombo, signos de sobrecarga derecha, derrame pericárdico y pleural
Se había iniciado ACO con HBPM control de FA de tiempo indeterminado con amiodarona, diuretico y soporte de oxigeno, se decide traslado a CMI para tratamiento, con una evolucion favorable

CONCLUSIONES

La enfermedad tromboembólica venosa (TEV) involucra la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) y complica a pacientes de todas las edades, especialmente postoperados, oncológicos y embarazadas. El TEP es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales. No es una enfermedad que se pueda diagnosticar ni excluir con certeza sin la ayuda de estudios de imágenes de alto costo, lo que obliga a incorporar estrategias de enfrentamiento costo-efectivas. El análisis siempre debe empezar por la probabilidad clínica del diagnóstico TVP/TEP, basándose en los factores de riesgo presentes: antecedentes de TEV anteriores, edad avanzada (70 años), cáncer activo (especialmente pulmón, páncreas, colorrectal, riñón y próstata), poca movilidad por trauma o cirugía reciente, daño neurológico o uso de férulas de inmovilización, viajes prolongados, portadores de catéteres intravenosos, embarazo, anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, obesidad, trombofilias adquiridas (mutación de factor V Leiden o gen de protrombina y deficiencias de proteina S, C o antitrombina), síndrome antifosfolípidos, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome nefrótico, hiperhomocisteinemia, policitemia vera, trombocitosis esencial o hemoglobinuria paroxística nocturna

P. #1585

DETRÁS DEL CÓDIGO ICTUS

Clara García Justicia, María Rodenas Baquero, José Oya Martínez, María Calvo-Villamañan Pérez, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

mujer de 61 años, en seguimiento en la consulta de medicina interna por lupus eritematoso sistémico asociado al síndrome de Evans y un síndrome antifosfolípido; presentando hace dos años un ictus isquémico derecho sin secuelas; crisis focales temporales. Se encuentra en tratamiento con Sintrom 2mg diarios, ácido acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido diario, topiromato 25 mg 1 en desayuno 2 en cena, eslicarbazepina 40mg cada 24 horas e hidroxicloroquina 200mg cada 24 horas.

Refiere haber presentado un cuadro de desconexión del medio, chupeteo y espasmos en la hemicara izquierda con posterior desconexión del medio con ausencia de respuesta a estímulos de 1 minuto de duración. La paciente no recuerda el episodio, niega presentar mordeduras en la lengua ni relajación de esfínteres. Refiere desde hace unas semanas encontrarse algo más fatigada, presentando disnea con los esfuerzos y de manera puntual palpitaciones autolimitadas. A la exploración no presenta focalidad neurológica, sin alteraciones en la exploración de pares craneales, funciones sensitivas y motoras conservadas. El resto de la exploración: soplo sistólico en foco mitral II/IV. En la auscultación pulmonar mínimos crepitantes en ambas basases pulmonares. Resto de la exploración anodina.

Se realizaron pruebas complementarias; en el examen de sangre no presentaba alteraciones, tira de orina negativa. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización.

Se complementó el estudio con: radiografía de tórax no presentaba alteraciones; se realizó también un TAC cerebral donde se encontró Hipodensidad parcheada sustancia blanca en probable relación con leucopatía vascular por afectación de vasos pequeño calibre. Lesiones isquémicas establecidas supratentoriales bilaterales y en hemisferio cerebeloso derecho. Durante su ingreso se realizó una resonancia cerebral donde se observó lesiones bihemisfericas infratentoriales y supratentiorales compatibles con infartos antiguos de perfil embólico, sin lesiones de isquemia aguda.

Fue valorada por la Unidad de enfermedades autoinmunes sin presentar datos de actividad lúpica ni datos de síndrome antifosfolipido catastrófico.

Dado el hallazgo del soplo mitral de reciente diagnóstico se solicitó un ecocardiograma transesofágico observándose una insuficiencia mitral severa, sobre la cara auricular del festón P3 se aparecía una imagen filamentosa de alta movilidad y 8 mm de longitud máxima; correlacionando la clínica y las pruebas complementarias con una endocarditis de Libman-Sacks.

Se ajustó la dosis de Eslicarbazepina a 800mg 1 diario y del Sintrom para conseguir objetivo de INR cercano a 3, sin presentar nuevas crisis focales durante su ingreso. Se comentó el caso con cirugía cardiaca citando a la paciente en tres meses con una nueva ecografía para valoración de cirugía.

CONCLUSIONES

- La endocarditis de Libman-Sacks, es una manifestación cardiaca del lupus eritematoso sistémico, encontrándose en uno de cada 10 pacientes con la enfermedad, en quienes se demuestran vegetaciones valvulares estériles, que afectan mayormente a las válvulas del lado izquierdo del corazón, en especial la valva posterior de la mitral.
- La mayoría son asintomáticos; sin embargo, la presentación clínica puede simular una endocarditis infecciosa que hace difícil el diagnóstico diferencial y el tratamiento.
- Se plantea que la patogénesis de la enfermedad es secundaria al depósito de trombos de fibrina y plaquetas en las válvulas ya afectadas por daño inmunológico mediado por complejos inmunes. Los anticuerpos anti fosfolípidos aceleran la formación de trombos y generan mayor daño valvular e inflamación.
- La anticoagulación a largo término está claramente indicada como prevención secundaria en pacientes con enfermedad valvular que ya han experimentado un evento embólico.
- El manejo quirúrgico tiene las mismas indicaciones que el manejo de las valvulopatías por otras causas.
- Las bio-prótesis se han asociado con complicaciones como valvulitis recurrente; por tanto, el reemplazo con válvula mecánica parece ser la mejor opción en los pacientes con lupus.

P. #1586

CUANDO PARECE UNA FOCALIDAD NEUROLÓGICA PERO ACABA SIENDO UN TUMOR

María Lourdes Corisco Sánchez, Paula Fueyo García, Luis Martínez Fideu, Leyre Teresa Pinilla Arribas, Rebeca De Santiago Vivero, Fernando Picón Serrano

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 64 años fumador activo de 1 paquete/día con antecedente personales de leiomioma de antro gástrico y pancreatitis crónica en seguimiento por digestivo, que acude derivado de Atención Primaria por hipoestesia de la hemicara izquierda, asociado a afonía y dolor tipo opresivo en el hombro izquierdo de 8 días de evolución. Refiere que ha tomado paracetamol sin notar mejoría. El paciente comenta que la clínica comenzó progresivamente. Localiza el dolor del hombro a nivel del deltoides, no se irradia y empeora con la movilización. El familiar que lo acompañana verbaliza que ha perdido peso en los últimos días.

A la exploración, constantes en rango. Auscultación cardio-pulmonar sin alteraciones. Se realiza exploración neurológica dónde se visualiza una desviación de la comisura bucal izquierda, una hipoestesia de la hemicara izquierda e hiperestesia de la zona deltoidea izquierda. Resto de la exploración sin alteraciones. El hombro izquierdo no presenta deformidades, ni hematomas ni se palpan masas. Dolor a la palpación de la cara anterior del mismo. Arcos de movimiento conservados, no pérdida de fuerza. ROTs presentes.

Debido a que la clínica es de tantos días, no se activa código ictus, pero si se solicita TC cerebral con contraste no muestra alteraciones agudas.

El paciente tenía un TC toraco-abdominal realizado hace dos meses por el seguimiento de su leiomioma que todavía no había sido visto por el médico que lo había solicitado. Revisamos informe del TC donde hablan de la existencia de una masa parahiliar izquierda de 7,5x5,5 cm con centro necrótico, que rodea la aorta torácica descendente y contacta con el tercio medio del esófago. Presenta adenopatías subcentriméticas en compartimento prevascular y supraclavicular izquierdo. Se aprecian múltiples nódulos hepáticos distribuidos de manera difusa y nódulos suprarrenales izquierdo con aspecto necróticos, compatibles con metástasis. Conclusión: masa pulmonar parahiliar izquierda sugestiva de neoformación primaria, con afectación M1 hepática múltiple y suprarrenal izquierda, estadio IVb: T4 N3 M1c.

La clínica que el paciente presentaba era compatible con la infiltración del nervio recurrente. Se ingresa al paciente en Neumología para el estudio de la patología. Durante el ingreso se repiten pruebas de imagen que confirman el avance de la neoplasia y por la clínica que presenta el paciente, la infiltración del nervio recurrente izquierdo por esta.

CONCLUSIONES

Tanto el nervio vago como el nervio laríngeo recurrente (NLR) no son visibles en el estudio de TC, pero por la clínica que presenta el paciente y por la localización de las lesiones se puede sospechar su infiltración.

El NRL izquierdo se origina a la altura del ligamento arterioso en la ventana aortopulmonar y discurre rodeando inferior y posteriormente al cayado aórtico, mientras que el NRL derecho tiene su origen a la altura de la bifurcación del troco braquiocefálico y rodea por debajo de anterior a posterior la arteria subclavia derecha. Posteriormente, ambos tiene un curso ascendente por el surco traqueoesofágico hasta llegar a la laringe por la cara posterior.

La causa principal de la parálisis unilateral de NRL es el carcinoma broncogénico hasta en un 43% de los casos. Puede ser por la infiltración directa del tumor en el nervio, por una afectación metastásica o adenopática o secundaria a una compresión intratorácica por el tumor o por el desplazamiento de las estructuras del mediastino. Para llegar a un diagnóstico de confirmación de la infiltración de este, habría que hacer pruebas invasivas, como puede ser broncoscopia o intervención quirúrgica.

P. #1603

LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES. A PROPÓSITO DE UN DOLOR ABDOMINAL

Eva Aguilar Gallardo
HRUM, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 23 años, que niega antecedentes personales de interés, consulta por cuarta vez, tras tres valoraciones previas en otro hospital, por dolor abdominal que se irradia a espalda de 1 semana de evolución, que se asocia a nauseas con vómitos de contenido alimenticio todos los días y diarrea sin productos patológicos. Afebril en todo momento.
En la exploración física, constantes: TA 123/75, FC 136lpm, SatO2 97%, Tª36ºC y abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada focalizando en epigastrio y FID, sin signos de irritación peritoneal y puñopercusión negativa.
Se solicita analítica sanguínea donde destaca PCR 145, resto dentro de la normalidad y radiografía de abdomen sin hallazgos patológicos.
A pesar de analgesia intravenosa, persiste el dolor por lo que se solicita ecografía de abdomen donde se aprecia estómago con contenido líquido a pesar de que la paciente está en ayunas, distensión de asas de delgado en hemioabdomen izquierdo y presencia de líquido libre entre asas y en pelvis junto con cambios inflamatorios en la grasa abdominal en hemiabdomen izquierdo que hacen pensar en cuadro oclusivo/suboclusivo, por lo que se decide completar estudio con TAC abdominal que se informa como trombosis de vena mesentérica y sus ramas con dilatación y edema de pared de asas intestinales y líquido libre.
Se comenta el caso con Cirugía General que avisa a Radiología vascular que realizó tromboaspiración mecánica y fibrinolisis local.

CONCLUSIONES

Tras los hallazgos, rehistoriando a la paciente cuenta toma habitual de anticonceptivos orales que hasta el momento no había referido. Posteriormente, se diagnosticó de Factor V de Leiden. Ambas condiciones aumentan la probabilidad de trombosis.
Con ello, me gustaría destacar la importancia de una buena historia clínica, completa y minuciosa, además de no pasar por alto las re-consultas en los servicios de urgencias.

P. #1606

NO TODO ES CARDIACO

Rogelio Molina Ruano[1], Ana María Matas Lara[1], José María Alonso Morales[2], Gabriel Furnier González[1], Lorenzo González Benítez[1], Germán Maldonado Vicente[1]

1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

No alergias medicamentosas
Antecedentes Personales: Ninguno. No toma tratamiento habitual.
Motivo de Consulta: Varón de 19 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por intenso dolor torácico de dos días de evolución. Además refiere fiebre desde hace dos días llegando hasta ser de 42°C . Ayer acudió a Urgencias por el mismo motivo siendo dado de alta con tratamiento analgésico y antibioterapia. No mejoría de la sintomatología.
El dolor es opresivo siendo mayor al tumbarse en la camilla. Además, asocia náuseas.
No clínica respiratoria, miccional en días previos. La exploración es normal por órganos y aparatos, TA: 127/105 mm Hg, FC: 118 lpm. Sat O2: 100%. TA: 39,7. Solicitando Analítica, Radiografías de Tórax y ECG. En las Pruebas complementarias iniciales destacan: PCR >161, Procalcitonina 5,3
Láctico 3. Leucocitos con 15.900. Bilirrubina total 2,17, directa 0,84, GOT 29, GPT 49, LDH 357. Con estos datos se solicitan Hemocultivos PCR virus. Ag Neumococo y Legionella. Se realiza Eco en Urgencias y se aprecia una esplenomegalia de 14,9 cm. El enfermo pasa a Observación y en la analítica de control se aprecia un incremento de la PCR a 220, por lo que se decide dejar en Observación con tratamiento empírico y nuevo control. Durante su estancia se realizaron ECG seriados así como determinaciones seriadas de enzimas. Destacaba Citomegalovirus, Ac(IgG) ** Positivo. Virus de Epstein-Barr (Ag VCA), Ac(IgG) ** Positivo. Virus de Epstein-Barr (Ag VCA), Ac(IgM) ** Positivo. Proteína C reactiva ** 191.5 mg/L. Procalcitonina * 3.89 ng/mL Con estos datos y ante la persistencia del dolor torácico, se solicita TAC Torácico y Cervical: Colección en mediastino anterior, adyacente a cayado aórtico, que rodea la salida de A. Carótida Izquierda y subclavia izquierda, introduciéndose en el cayado, de 25 x 27 mm. Hepatoesplenomegalia. Estos hallazgos sugieren mediastinitis en el contexto de infección aguda por Virus de Epstein-Barr. Opacidades alveolares bilaterales, en el contexto secundarias al proceso infeccioso en curso. Ante este hallazgo se decide ampliar el estudio con un Angio TAC de A. Aorta: Colección periaórtica de 25 x 15 mm entre la salida de la A. carótida interna y subclavia izquierda que provoca irregularidad sobre la pared del arco aórtico e imagen de pseudoaneurisma de 9 mm (pseudoaneurisma micótico).
Opacidades alveolares difusas bilaterales, con edema intersticial en bases. Con el diagnostico de Pseudoaneurisma micótico, se traslada a Cirugía Torácica y Cardiovascular siendo intervenido al dia siguiente con Bypass desde aorta a A. carótida izquierda y otro a A. subclavia izquierda y resección de pseudoaneurisma con reparación con parche del cayado. Tras permanecer 4 dias ingresado en UCI pasa a Planta de Enfermedades Infecciosas con el diagnostico final de MEDIASTINITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS CON ANEURISMA SECUNDARIO REPARADO.

CONCLUSIONES

La mediastinitis es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la existencia de inflamación de tipo agudo o crónico en el mediastino, generalmente provocada por gérmenes que colonizan esta región anatómica, la complicación con un pseudoaneuirsma es aun mas infrecuente. La sintomatología suele ser dolor retroesternal intenso, que aumenta al respirar y toser, con pobre respuesta al tratamiento analgésico; dolor a la palpación en la región esternal e inserciones costales y signos del estado inflamatorio o sepsis.

P. #1619

DOCTORA, ME DUELE EL PECHO CUANDO TOSO

Eva Pérez Valle, María Bóveda García, Olga Estremera López, José Costell Jaime, Cecilia Carolina Carrasco Vidoz, Elena Díaz Vera

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años, natural de Marruecos, en España desde agosto de 2023, sin viajes al extranjero desde entonces, sin antecedentes de interés, acudió a Urgencias refiriendo cuadro de 2 semanas de evolución que debutó con odinofagia intensa y posteriormente apareció fiebre de hasta 39,5°C y tos con expectoración verdosa, habiendo comenzado, además, en los últimos 5 días con hemoptisis y dolor pleurítico en hemitórax derecho.

A su llegada a Urgencias el paciente tenía afectación del estado general, con palidez y tembloroso, si bien estaba eupneico y bien perfundido. Tenía 37,8°C, TA 110 mmHg, FC 90 lpm y SatO2 99%. La faringe era hiperémica, sin exudados, la auscultación cardiopulmonar normal, así como el abdomen y los miembros inferiores.

Se solicitó analítica, donde destacaba una leucocitosis de 15590 con predominio de neutrófilos, PCR de 94,8, 452.000 plaquetas y discreta coagulopatía con INR de 1,2. Se realizó, además, una Radiografía de tórax donde se objetivó una imagen nodular en campo medio y superior derecho, siendo la de campo superior derecho sugestiva de cavitación. Si bien la imagen podía ser sugerente de tuberculosis, se recomendó hacer un CT preferente para filiar el hallazgo, por lo que se inició tratamiento como sospecha de tuberculosis y se cursó ingreso en Medicina Interna con solicitud de CT preferente.

Durante el ingreso, se realizó CT cervico-torácico. En el CT cervical se objetivó marcada destrucción de la pieza dentaria 16 sugestiva de caries avanzada sin signos de enfermedad periodontal circundante, así como tampoco absceso, pero sí se objetivó un defecto de repleción alargado de 5cm en la vena yugular interna derecha y algunas de sus ramas tributarias faciales. En el CT torácico se objetivaron lesiones nodulares pulmonares bilaterales, la mayoría con contenido hidroaéreo y sutiles áreas de vidrio deslustrado circundante, que en su conjunto eran compatibles con embolismos sépticos de probable origen ORL. Tras estos hallazgos, se realizó de forma paralela un eco-doppler cervical donde se corroboró la trombosis del tercio medio de la vena yugular interna. Se realizaron hemocultivos en los que creció Fusobacterium necrophorum.

Dados estos hallazgos en las pruebas complementarias, el paciente fue diagnosticado de Síndrome de Lemierre, que evolucionó favorablemente tras 2 semanas de tratamiento con amoxicilina/clavulánico, si bien actualmente continúa en seguimiento ambulatorio en consultas de Medicina Interna. En un segundo doppler tras antibioterapia había presentado mejoría de la trombosis, no habiendo precisado anticoagulación.

El síndrome de Lemierre es una enfermedad rara que afecta principalmente a adultos jóvenes sanos, sobre todo varones. Se trata de una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna que suele originarse en una infección orofaríngea, la cual produce

inflamación de la pared de la vena, lo que a su vez condiciona la formación de trombos en el lumen, con la consiguiente afectación tisular circundante, que a su vez conduce a una bacteriemia y diseminación de émbolos sépticos.
La clínica suele debutar con sintomatología otorrinolaringológica y, en ocasiones, con disnea y dolor pleurítico. El tiempo transcurrido entre la infección inicial y el debut de la tromboflebitis suele ser entre 1 y 3 semanas. El diagnóstico es principalmente radiológico. Dentro del tratamiento, si bien la antibioterapia está indicada, no existe indicación de anticoagulación al no haberse demostrado que se produzcan cambios en la progresión de la trombosis.

CONCLUSIONES

Los médicos de urgencias tienen un papel fundamental en la valoración inicial inicial de los pacientes, siendo clave la realización de una adecuada anamnesis y exploración física que ayuden en el diagnóstico diferencial. También es muy importante prestar atención a los hallazgos exploratorios que nos hagan sospechar la potencial gravedad de los pacientes para evitar retrasos diagnóstico-terapéuticos.

P. #1631

MÁS ALLÁ DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA

Luis Prieto Lastra, Alejandra Blanco García, Patricia López Tens, María González Ruíz, Luis Gonzalo Pérez Rojí, Laura Torres Pallarés
Hospital universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 46 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de palpitaciones que se ha autolimitado tras 30 minutos aprox. No dolor torácico ni pérdida del nivel de consciencia, sensación subjetiva de dificultad respiratoria durante el episodio y sensación distérmica. La paciente refiere algún episodio previo desde los 20 años, de menor duración, todos ellos autolimitados. No presenta edema de miembros inferiores, pero si asocia astenia.
La paciente está afebril, estable hemodinámicamente y con Saturación del 100% basal. No aparece ningún dato de alarma a la exploración física y el Electrocardiograma muestra una taquicardia a 180 lpm con QRS estrecho y ondas T negativas en II, III y aVF.
No hay leucocitosis ni neutrofilia ni monocitosis en la analítica, con una PCR menor de 0.4 mg/dl, pero aparece una Troponina I Ultrasensible de 7418 ng/l. En la ecocardiografía no hay afectación valvular ni afectación de la fracción de eyección, pero se aprecia un mínimo derrame pericárdico. Se solicita una Radiografía de tórax que no presenta alteraciones agudas y un frotis de virus respiratorios que muestra positividad para Coronavirus SARS-CoV-2.
Se realiza seriación enzimática de Troponinas para comprobar cómo va en descenso y se realiza ingreso en Cardiología, donde se realiza una RNM cardíaca al cabo de unos días que muestra una fibrosis del septo mioventricular, probablemente postmiocarditis.

CONCLUSIONES

La miocarditis por SARS-CoV-2 presenta un predominio en los pacientes varones, siendo más frecuente en mayores de 50 años y población pediátrica. Sin embargo, no se conocen por completo su incidencia y prevalencia. Esta enfermedad se origina por lesiones directas e indirectas provocadas por la infección del SARS-CoV-2 al miocardiocito y a otras células. Las manifestaciones clínicas varían desde leves, como la fatiga y la disnea, hasta graves, como el shock cardiogénico.
Puede aparecer un aumento de la proteína C reactiva (PCR), el lactato deshidrogenasa (LDH) y de leucocitos en pacientes con miocarditis por SARS-CoV-2. Sin embargo, a pesar de su sensibilidad, estas pruebas no son específicas, puesto que sus valores también se elevan en procesos inflamatorios sistémicos. La determinación de troponina presenta mayor especificidad que las pruebas anteriores.
La ecocardiografía transtorácica es la prueba de imagen de primera línea para la evaluación de la miocarditis asociada a COVID-19. La resonancia magnética (RM) cardiaca es el método de referencia (gold standard) de las pruebas de imagen, debido a que permite caracterizar los hallazgos patológicos como el edema, la necrosis y la fibrosis en el tejido miocárdico. El diagnóstico histológico no se considera necesario debido a su baja sensibilidad (10-26%) a pesar de su elevada especificidad.

P. #1633

VISITA A URGENCIAS TRAS UN RICO DESAYUNO

Marta Herranz López[1], María Bóveda García[1], Eva Pérez Valle[1], Isabel Andrés De Miguel[1], Patricia Martín Alaminos[2], Marina Sobreviela Albacete[1]

1. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
2. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 25 años que acude al servicio de urgencias por fiebre y diarrea de aproximadamente 72 horas de evolución. Refiere fiebre elevada con pico máximo de 40ºC que no cede a pesar de paracetamol e ibuprofeno alterno. Asocia diarrea, indicando que esta mañana ha comenzado a visualizar rectorragia y mucosidad en las heces. Se acompaña de dolor abdominal generalizado tipo cólico. No refiere vómitos. No ha realizado viajes recientes. No refiere clínica respiratoria. No ha tenido episodios previos similares. Ambiente epidemiológico negativo según indica en la actualidad.

En la exploración física destaca regular estado general, con palidez mucocutánea, mucosas con leve deshidratación y bien perfundido. Tendencia a la hipotensión y taquicardia con pico febril a su llegada. Abdomen doloroso de forma generalizada sin focalizar en una localización específica ni signos de irritación peritoneal. No presenta focalidad neurológica y el resto de la exploración física no evidencia hallazgos patológicos específicos.

Se realizan pruebas complementarias, destacando analítica con aumento de reactantes de fase aguda con PCR 187 e hiponatremia leve (130), con perfil renal y abdominal normal. Se recoge muestra de heces en la que se visualiza macroscópicamente restos mucosos y hemáticos. Avisan desde laboratorio de resultado de rotavirus y adenovirus negativo, toxina Clostridium Difficile negativo y coprocultivo pendiente al alta. Radiografía abdominal con luminograma inespecífico sin dilatación de asas intestinales.

Se pauta sueroterapia intravenosa con reposición hidroelectrolítica, analgesia y antitérmico con paracetamol, se inicia antibioterapia vía oral con ciprofloxacino al alta. Se explican síntomas de alarma y se recomienda control clínico-analítico en el servicio de urgencias en 48 horas.

El paciente acude en las siguientes 48 horas para control clínico y analítico. Presenta mejoría de la sintomatología con resolución de fiebre pero persistencia de diarrea con restos patológicos. Previo a complementar anamnesis dirigida, el paciente nos informa que el día siguiente de la valoración en nuestro servicio, salió una noticia en los medios de comunicación nacionales indicando brote de salmonelosis en un conocido restaurante, donde el paciente el día anterior al inicio de los síntomas había desayunado un café con tortilla de patatas.

En el coprocultivo se aisló Salmonella con antibiograma resistente a ciprofloxacino, se avisó telefónicamente al paciente del resultado y comentó persistencia de diarrea durante una semana más con posterior resolución. Debido a encontrarse asintomático y ausencia de factores de riesgo del paciente, no se indicó nuevo ciclo.

CONCLUSIONES

Desde el primer momento en el que el paciente entra en el servicio de urgencias se debe valorar la estabilidad hemodinámica y posteriormente los criterios de gravedad. Siempre es importante individualizar atendiendo a los factores de riesgo del paciente.

Los agentes etiológicos varían dependiendo del área geográfica, condiciones socioeconómicas y sanitarias de cada área, así como de la edad del paciente. La mayoría de los casos de diarrea aguda son de causa infecciosa ya sea origen vírico, bacteriano o por protozoos. En caso de brote los agentes más frecuentes son Norovirus y Salmonella. Entre los diagnósticos diferenciales por la edad del paciente, aunque menos frecuente, podría considerarse un brote de enfermedad inflamatoria intestinal u otras causas de colitis no infecciosa.

La historia clínica es fundamental para realizar una primera aproximación y determinar posibles datos de alarma o complicaciones. El tratamiento empírico con antibioterapia está indicado en pacientes con diarrea del viajero, y los que cumplan criterios de gravedad moderado-grave. En los casos de salmonelosis en los que se haya tratado con antibioterapia que posteriormente se demuestra resistencia en antibiograma, se debe valorar la clínica actual del paciente para indicar nuevo ciclo de antibioterapia si persisten síntomas y no se ha resuelto el episodio, realizándose de forma dirigida según antibiograma.

P. #1635

CUANDO EL PULMÓN SE DESVANECE. UN CASO INUSUAL DE CAVITACIÓN

Luis Prieto Lastra, Patricia López Tens, Alejandra Blanco García, Laura Torres Pallarés, Estela Cobo García, Luis Gonzalo Pérez Rojí

Hospital universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Remitido por MAP por fiebre de 15 días de evolución, e iniciar expectoración marronácea hace 3 días. Nadie más en su entorno con síntomas y lo achaca a haber fumado hachís en posible mal estado. No presenta dolor torácico, disnea ni otra clínica acompañante.
El paciente está afebril a su llegada y estable hemodinámicamente, destacando en la exploración física una hipoventilación en campos superiores de pulmón izquierdo.
En la analítica destaca una leucocitosis con importante neutrofilia, una PCR de 25.5 mg/dl, una Fosfatasa alcalina de 155 y una Procalcitonina de 1.12 ng/dl. En la radiografía de tórax aparece una gran cavidad en lóbulo superior izquierdo con nivel hidroaéreo en su interior e imagen de condensación en língula. El frotis para virus respiratorios fue negativo. No se observan bacilos ácido-alcohol resistentes en el cultivo urgente y se ingresa para tratamiento antibiótico y completar estudio.
Durante el ingreso se confirma la lesión de 10x7 cm mediante TAC de tórax y se realizan cultivos tras toma de muestras por broncoscopia y biopsia pulmonar guiada por TAC. Se demuestra la presencia de Actinomyces sp. y Alloscardovia omnicolens. Se inicia tratamiento con Penicilina G endovenosa, mejorando el cuadro progresivamente. Al alta se deja con Amoxicilina durante un año en el que se va realizando seguimiento, desapareciendo la cavitación en 6 meses.

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de cavitación pulmonar en España son infecciosas, inflamatorias, tumorales y autoinmunes. La Tuberculosis es una entidad que siempre tenemos en mente como causa infecciosa, no siendo la única. La gripe dada su alta prevalencia es una causa frecuente también, y desde la pandemia el SARS-CoV-2 ha aparecido también.
La actinomicosis pulmonar se produce, principalmente, debido a la aspiración de estos organismos desde la cavidad oral. El cultivo de esputo se trata de una muestra de bajo rendimiento para su diagnóstico ya es un contaminante habitual de la flora orofaríngea y, además es un microorganismo de crecimiento lento y difícil de cultivar. El diagnóstico en la mayoría de los pacientes se basa en la identificación histopatológica del organismo en la biopsia obtenida por broncoscopia, punción transtorácica e incluso resección quirúrgica. Las características clínicas y radiológicas son inespecíficas, pudiendo cursar como un cuadro inespecífico

P. #1651

NEURITIS ÓPTICA COMO SÍNTOMA GUÍA DE SÍFILIS; LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA Historia Clínica

Alba Sasia Tomas, Oihane Orokieta Rincón, Danae Moreno Alcaide, María Ángeles San Martín Díez, Itxaso Lombide Aguirre

Hospital Universitario De Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 41 años, natural de Colombia que reside en España desde hace 4 meses y medio. Sin antecedentes personales de interés salvo una dermatitis seborreica y un vitíligo. Pareja estable en Colombia. Acude a urgencias de oftalmología por visión nublada con sensación de cortina en hemicampo superior de ojo derecho de 5 días de evolución, sin dolor ocular. No refiere diplopía, ni cefalea. No fiebre. No prurito oftálmico. Durante la anamnesis en dicho servicio refiere úlcera en pene desde hace 4 meses, motivo por el cual es derivado a urgencias generales para continuar estudio.
A su llegada a nuestro servicio estable hemodinámicamente. Afebril. Rehistoriando el paciente refiere relación sexual de riesgo con persona desconocida (mujer) unos días antes de llegar a España con posterior aparición de úlcera en glande. No refiere exudado uretral. No síndrome general.
A la exploración en urgencias destaca erosión en glande no exudativa y una adenopatía inguinal derecha no dolorosa. Se solicitan serologías y PCR de enfermedades de transmisión sexual y TAC craneal que resulta normal. Se comenta el caso con el servicio de infecciosas que indica que dada la ausencia de clínica neurológica no está indicada la realización de punción lumbar. Dada la alta sospecha de lúes de inicia tratamiento Penicilina IV 4 MU/4 horas y se cursa ingreso en planta de infecciosas.
A nivel microbiológico la serología para sífilis resulta positiva con RPR 1/250 por lo que se diagnóstica de sífilis oftálmica y se mantiene tratamiento. En planta se recoge muestra de lesión en pene siendo positiva para Treponema Pallidum.
Tras inicio del tratamiento con penicilina mejoría de la clínica visual, siendo el paciente dado de alta con Hospitalización a Domicilio para completar pauta.

CONCLUSIONES

Desde finales de la década de los 90 se ha descrito en grandes ciudades europeas y norteamericanas un importante aumento en el número de casos de sífilis detectados. Este incremento se atribuye fundamentalmente a un aumento en las prácticas sexuales de riesgo. La neuritis óptica es una manifestación poco común de la sífilis, y la afectación del sistema nervioso central debe considerarse sinónimo de neurosífilis. Esta enfermedad infecciosa, conocida como «la gran imitadora», puede afectar cualquier estructura ocular y producir múltiples manifestaciones clínicas. La neuritis óptica puede aparecer en cualquier estadio de la sífilis y debe considerarse siempre un diagnóstico diferencial. Para su diagnóstico es importante un alto índice de sospecha y la confirmación se realizará con serologías de lúes y en caso de neurosífilis con serología en LCR. El tratamiento se realiza con Penicilina IV durante 14 días en ambos casos

P. #1654

¡ALERTA CÓDIGO ICTUS! ¡SORPRESA ÉMBOLOS SÉPTICOS!

Oihane Orokieta Rincón, Alba Sasia Tomas, Danae Moreno Alcaide, María Ángeles San Martín Díez, Itxaso Lombide Aguirre, Gerardo López Legarra

Hospital Universitario De Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años con tabaquismo activo (fumador de 20 puritos /día y cannabis de forma ocasional) y consumidor de 3-4 cervezas/día, sin otros factores de riesgo cardiovascular asociados, ingresado en julio de 2021 por ictus talamo-mesecefálico derecho de etiología microvascular por lo que está en tratamiento con adiro, objetivándose en angioresonancia magnética fistula arteriovenosa con embolización de la misma en abril de 2024.Además presenta foramen oval permeable con válvula aortica (VAo) bicuspide e infecciones de repetición en oído izquierdo con mastoidectomia izquierda. Vive en medio urbano, pero tiene huerta, los días previos ha estado derribando una casa de campo con termitas y otras posibles

Acude por comenzar desde hace 3 horas con desviación de comisura labial y disartria; además desde hace < 24horas presenta parestesias en extremidad superior derecha (ESD), atribuido en un inicio , al sobresfuerzo realizado trabajando en la huerta. Refiere perdida ponderal de 10kg en 3 meses, sin fiebre ni otros síntomas asociados.

A su llegada se encuentra afebril, y hemodinámicamente estable con disartria y desviación de la comisura labial hacia la derecha con comprensión conservada y déficit motor y sensitivo en ESD, junto con soplo sistólico panfocal. Se activa código ictus y ante hallazgo de lesión nodular frontotemporal izquierda con moderado edema perilesional se completa la tomografía axial computarizada toraco abdomino pélvico objetivándose lesiones nodulares cavitadas / necróticas pulmonares bilaterales; hallazgos que en su conjunto sugieren émbolos sépticos. En el resto de las pruebas complementarias realizadas destaca una PCR 88 con PCT normal y 18600 leucocitos con 72% de polimorfonucleares. Dados los hallazgos y tras extraer hemocultivos, se comenta con Cardiología de guardia, a quienes tras realizar ecoscopia, no objetivan presencia de estigmas de endocarditis infecciosa (EI), por lo que se decide ingreso en Infecciosas con cloxacilina y ceftriaxona ante nuestra sospecha. Durante su estancia en planta comienza con dolor lumbar que relaciona de nuevo con sobreesfuerzo, pero se decide completar estudio con resonancia magnética de columna completa y cerebral, observando absceso cerebral frontal izquierdo con extenso edema perilesional y alteración de la señal en el espacio intersomático C6-C7 con captación de contraste , en el contexto de espondilodiscitis incipiente. Se realizan ecocardiograma transtorácico y transesofágico (ETE) donde se visualiza pequeña excrecencia en cara ventricular de velo coronario derecho como posible injerto endocarditico vs degeneración valvular y la ya conocida VAo bicúspide; que se confirma como injerto endocardítico al disminuir de tamaño discretamente tras 10 dias de tratamiento en ETE de control. Tanto los hemocultivos extraídos en urgencias como los extraídos a las 48 y 72 horas posteriores resultan negativos por los que se procede a biopsia con aguja gruesa de la lesión pulmonar aislándose Streptococcus intermedius y adecuándose antibiótico con ceftriaxona. Valorado por Rehabilitación y Neurocirugía al inicio, al alta presenta recuperación motora completa con persistencia de alteración sensitiva derecha. Es dado de alta con hospitalización a domicilio pendiente de completar terapia antibiótica

CONCLUSIONES

La EI representa un problema grave de salud pública. En 2019 la incidencia estimada de endocarditis infecciosa fue de 13,8 casos por 100.000 individuos por año y fue responsable de 66.300 muertes en el mundo. Se debe considerar la posibilidad de endocarditis en los pacientes que se presentan con ictus, meningitis o abscesos cerebrales, ya que complicaciones neurológicas se asocian con un exceso de mortalidad, así como con morbilidad a largo plazo. La presencia de fiebre al ingreso, soplo cardiaco y síntomas de ictus nos debe de poner sobre aviso de la posibilidad de una endocarditis subyacente, debiéndose intentando descartar en primeros instantes con una ecocardiografía transtorácica si fuera posible.

P. #1664

EL ENIGMA BAJO LA PIEL

Gloria López escobar, Ana Castro Medina, Ana María López López
Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 28 años, en tratamiento con hierro oral por pérdida de cabello en el último año, acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de cefalea frontal pulsátil de 5 días de evolución con aparición posterior de fiebre persistente (39.5°C) en los dos últimos días. Asocia gonalgia derecha atraumática y aparición de erupción cutánea en tronco y extremidades en las ultimas 48 horas. Niega viajes recientes y ambiente epidemiológico. Antecedente familiar de madre con artritis reumatoide.
En la exploración, buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, Rigidez de nuca. No focalidad neurológica. En boca presentaba aftas orales. En piel lesiones nodulares eritematosas, y dolorosas, de aproximadamente 2 cm de diámetro en extremidades superiores e inferiores y tronco. No afectación de palmas ni plantas. Rodilla derecha con tumefacción ligera, leve aumento de temperatura sin derrame articular.
Se solicitó TC Craneal y Radiografía de tórax normales; análisis de sangre revelando leucocitosis (15,000/mm^3) con predominio de linfocitos, y una anemia leve (hemoglobina 10.5 g/dl), PCR 215 mg/dl. Los niveles de creatinina, electrolitos y transaminasas fueron normales. Se realizó una punción lumbar, que mostró líquido cefalorraquídeo claro con pleocitosis leve (120 leucocitos/mm^3, predominantemente linfocitos), proteínas elevadas (150 mg/dl) y glucosa normal (60 mg/dl), hallazgos compatibles con meningitis aséptica. Se tomó biopsia cutánea con diagnostico de eritema nodoso.
El Film-array de LCR fue negativo para bacterias y virus. La serología VIH, serología luética y PCR de gonococo en líquido sinovial fueron negativas.
Ante la falta de respuesta en los cultivos, se consideró una posible meningitis autoinmune, dada la sintomatología sugestiva de lupus eritematoso sistémico (LES) y el antecedente familiar de artritis reumatoide. El panel de autoanticuerpos reveló Ana en títulos elevados (1:320), anticuerpos anti-DNA de doble cadena y anticuerpos anti-Sm, lo que sugiere que se trate de un LES.
Además, se incluyó en el diagnóstico diferencial una posible meningitis inducida por medicamentos, dado que la paciente comenzó a tomar un medicamento para el control del dolor en las últimas semanas. Sin embargo, al revisarse el historial de medicamentos, se descartó como posible causa, ya que no hay antecedentes documentados de meningitis asociada a estos fármacos.
Por último, la paciente mostró niveles bajos de complemento (C3 y C4). Con estos hallazgos, se llegó al diagnóstico definitivo de lupus eritematoso sistémico con afectación neurológica en forma de meningitis aséptica. La posible etiología autoinmune de la meningitis fue confirmada por la presencia de los anticuerpos anti-Sm y anti-DNA, que son altamente específicos para el LES.
Se inició tratamiento con esteroides intravenosos y fármacos inmunosupresores (hidroxicloroquina y ciclofosfamida) con buena evolución.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de pensar en enfermedades autoinmunes desde la puerta de Urgencias. La paciente presentó un eritema nodoso, un hallazgo cutáneo que, aunque no exclusivo de lupus, es relevante en el diagnóstico de esta enfermedad. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la afectación multisistémica, que puede involucrar piel, articulaciones, riñones, sistema nervioso y otros órganos. Entre sus características destacan lesiones cutáneas, artralgias, fiebre y alteraciones neurológicas, como en este caso, que incluyen cefalea y meningitis aséptica.
En este caso, los anticuerpos anti-DNA de doble cadena, Ana positivos, y la biopsia cutánea fueron fundamentales para confirmar el diagnóstico. La identificación temprana permite iniciar tratamiento adecuado con inmunosupresores y corticosteroides, lo que previene complicaciones graves, como daño renal y neurológico.

P. #1665

¿Y SI HUBIERA PREGUNTADO, SE HUBIERA EVITADO?

Lourdes Sánchez Cabanes, Noelia Borras Llopis, Andreea Irimia, Patricia Paredes Leonarte, Montserrat Parra López, Marcos Arroyo Jimenes

Hospital Arnau De Vilanova, València, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES:
No alergias medicamentosas
No hábitos tóxicos
Hipertensión arterial tratada con amlodipino 5mgr/24h y irbesartan/hidroclorotiazida 300mgr/25mgr/24h
Intervenido de sarcoma pleomórfico en nariz y prostatectomia por adenocarcinoma
ENFERMEDAD ACTUAL
Varón de 74 años que acude por dolor abdominal en hipogastrio desde hace una semana y desde hace 2 días presenta edema del miembro inferior izquierdo (MII) con edema sin signos flogóticos. No dolor en MMII.
No fiebre. No vómitos. No alteraciones deposicionales.
No síndrome miccional ni oligoanúria. No disnea.
Destaca que presentó immobilización por fractura avulsión maleolo medial del tobillo izquierdo hace 2 meses y ha iniciado la deambulación 15 dias antes del inicio del cuadro.
EXPLORACIÓN FISICA
TA: 113/63mmHg; Tª: 37°C(Timpánica); FC: 90lat/min; Sat.O2: 99%; Buen estado general. Consciente, orientado, reactivo y colaborador. Normohidratado y
normocoloreado. Eupneico en reposo.
- Abdomen: Doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda e inguinal izquierda, no signos de irritación peritoneal.
- MII: edema y aumento del perímetro de todo el miembro inferior izquierdo, sin cambios en coloración. Pulsos pedios conservados.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
COAGULACION: Dimero D: 14.799 ng/mL;
BIOQUIMICA: Glucosa: 118mg/dL; Creatinina: 1,40mg/dL; Urea: 63mg/dL; Proteína C reactiva: 92,7mg/L;
DOPPLER MII: Extensa trombosis venosa profunda (TVP), afecta desde vena femoral común, vena femoral superficial y todo su trayecto asi como en vena poplitea.
TC ABDOMINO-PÉLVICO CON CONTRASTE:
TVP femoral izquierda que se extiende hasta iliaca externa izquierda con cambios inflamatorios adyacentes y sin afectación de vena iliaca común.
RX TÓRAX: Sin hallazgos significativos.
DIAGNÓSTICO: TVP EXTENSA
EVOLUCIÓN
Se decide ingreso en medicina interna y se inicia trratamiento con enoxaparina 150mgr/24h dado que el paciente pesa 100kgr.
En el ingreso se realiza estudio de extensión y se objetiva:
TAC TORÁCICO: Defectos de repleción en las ramas segmentarias y subsegmentarias de la arteria lobar superior izquierda y lobar inferior derecho compatible con un tromboembolismo pulmonar (TEP), no hay signos de sobrecarga. No adenopatías. No masas, ni nódulos sospechosos, ni áreas de consolidación pulmonar ni derrame pleural.
TAC ABDOMINO-PÉLVICO: Engrosamiento concéntrico parietal e hiperrealce mucoso de la 1ª y 2ª porción duodenal asociando hiperatenuación de la grasa adyacente y mínima cantidad de líquido libre por delante de la fascia pararrenal. No se observan neumoperitoneo ni colecciones. Impresiona de etiología duodenal.
*Gastroscopia
-Esófago y estómago sin alteraciones.
-Duodeno: bulbo duodenal y rodilla duodenal con mucosa levemente eritemato-edematosa, objetivando en cara anterosuperior ulcus duodenal de pequeño tamaño. Resto de mucosa, hasta segunda porción duodenal normales,
DIAGNÓSTICO: BULBITIS EROSIVA/ULCERA BULBO DUODENAL
Se valora por parte del servicio de hematologia y se inicia tratamiento con dabigatran 150mgr/12h.

CONCLUSIONES

El paciente solo llevó profilaxis con heparina durante 6 semanas, el tiempo que permaneció con la férula, pero no inició la deambulación hasta casi 3 semanas después de su retirada por lo que se dejó parte del tiempo sin cobertura antitrombótica.
Además se le pautó al paciente antiinflamatorios no esteroides sin protección gástrica. Cabe destacar las recomendaciones de evitar el uso de estos medicamentos en pacientes mayores de 65 años e hipertensos.
Por tanto, en este caso debemos hacer la lectura que no sé preguntó por las condiciones del mismo durante su recuperación y se podría haber evitado realizando las preguntas dirigidas de si el paciente puede movilizar de forma correcta o presenta largos períodos sedestado para seguir con el tratamiento antitrombótico.
El manejo del dolor en pacientes añosos debe ser con fármacos analgésicos, y si hay un buen conocimiento de dichos fármacos no hace falta recurrir a los antiinflamatorios. Además hay que utilizar la escala visual analógica del dolor para adecuar el tratamiento al dolor que presenta el paciente, y en ciertos servicios hay un déficit bastante importante.

P. #1679

DISNEA DEL VIAJERO: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII

Luis Compostizo García, Marta Gesto Domínguez, Elena Asensio García, Ainara González Ucendo, David Oteo Mata, Enrique Del Toro Daza

H. Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años natural de Argentina sin antecedentes médicos que se encuentra de viaje en España, acude a Urgencias por presentar disnea de dos semanas de evolución empeorando en los últimos días, asocia tos seca y astenia marcada.
A su llegada Tª 37.4ºC, se encuentra taquipneico con saturación basal de oxígeno del 80% que tras tratamiento broncodilatador y corticoide intravenoso alcanza 94%. A la exploración, presenta sibilancias y crepitantes secos bilaterales sin otras alteraciones en la exploración física.
Analíticamente, sin elevación de reactantes de fase aguda con fibrinógeno de 586, LDH 913 y sodio de 133; sin otras alteraciones significativas.
Se realiza radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral de predominio parahiliar. Se realiza antígenos virales (SARS-CoV2, VRS, Gripe A y Gripe B) negativos.
Dado los hallazgos radiológicos y la situación clínica del paciente pon sospecha de infección por pneumocystis jirovecii, se solicita test de VIH rápido que resulta positivo. Asimismo dada la insuficiencia respiratoria se solicita -D-glucano en suero ante la probabilidad de no poder realizar broncoscopia de forma rápida.
Se decide iniciar antibioterapia empírica con Cotrimoxazol y cursar ingreso en Medicina Interna-Infecciosas para continuidad de estudio y cuidados.

CONCLUSIONES

La presentación de SIDA como neumonía por P. jirovecii es rara en nuestro medio dado que el estado de inmunosupresión del paciente debe ser avanzado, siendo frecuente el diagnostico en fases más tempranas.
Se presenta habitualmente con síntomas inespecíficos, especialmente en los pacientes con recuentos de TCD4 más bajos. Debido a esto, en algunos casos el diagnóstico es difícil.
La tríada clásica consiste en febrícula, tos seca y disnea de esfuerzo, que duran entre 3 y 7 semanas, aunque ésta no siempre se presente. También puede asociar taquipnea, taquicardia, dolor pleurítico y pérdida de peso. La auscultación pulmonar puede ser normal en el 54–70% de los pacientes, y el hallazgo patológico más común es la presencia de crepitantes basales bilaterales.
El patrón radiológico más frecuente son los infiltrados intersticiales en lóbulos inferiores, aunque en el 39% de los pacientes, la radiografía del tórax es normal. El recuento de leucocitos es generalmente normal aunque la linfopenia no es infrecuente, la lactato deshidrogenasa (LDH) suele estar aumentada de forma discreta. También podemos encontrar datos que, igual de inespecíficos, pueden respaldar nuestra sospecha como la presencia de hiponatremia. La gasometría arterial suele mostrar hipoxemia y la gran mayoría de los pacientes tienen recuentos de TCD4 < 200 cél/µL.
Entre los factores de mal pronóstico se encuentran: edad avanzada, hipoxemia al ingreso, LDH muy elevada, hemoglobina y albúmina bajas, presencia de comorbilidades, episodios previos de neumonías por este mismo patógeno, presencia de infección por citomegalovirus, y necesidad de ventilación mecánica.
El inicio inmediato de tratamiento dirigido (trimetroprim-sulfametoxazol) mejora el pronóstico. Asimismo, el inicio de corticoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria ha demostrado también importante mejoría del pronóstico.
Por todo ello, es fundamental que en Urgencias realicemos de forma precoz una correcta anamnesis y exploración física ya que puede ayudarnos enormemente a diagnosticar, como en este caso, patologías con presentaciones atípicas pero que son potencialmente muy graves.
Por último, destacar que el diagnostico precoz de la infección por VIH mejora la supervivencia del paciente, así como la transmisibilidad de esta enfermedad crónica por lo que la implantación de sistemas de detección precoz basados en la sospecha clínica como el programa “Deja tu huella” son de un enorme interés para la población y el sistema sanitario.

P. #1696

ANEURISMA MICÓTICO: UN RETO PARA EL URGENCIÓLOGO

Carlos García Granados, Lorena Arboleya Álvarez, María José Rodríguez Ourens, Rosario Carrió Hevia, Noelia González Lozano, Carmen Elvira Menendez

Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 74 años alérgica a Penicilina con antecedentes de HTA, Dislipemia y Morfea que realiza tratamiento crónico con Prednisona 30 mg, Indapamida 1.5 mg y Pravastatina 40mg/ Fenofibrato 160 mg diarios.
Valorada en Urgencias en tres ocasiones en los últimos dos meses por Lumbalgia ,pendiente de RMN lumbar, a tratamiento actual con Tapentadol 50 mg al día. Acude nuevamente por dolor lumbar irradiado a hemiabdomen dcho a pesar de la analgesia pautada.
En la exploración:
Afebril ,TA 165 / 90, eupneica, ACP normal, presenta dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbares con Lassegue y Bragard negativo bilat, dolor con defensa en hemiabdomen dcho, Murphy y Blumberg negativos, PPR bilat negativa
Pruebas complementarias
Se extrae analítica : Hb 12 mg/dl; leucocitos 23570 con 21640 neutrófilos; plaquetas 406.000; bioquímica normal; PCR 140.1. Orina con bacteriuria moderada + leucocituria.
Se solicita Eco abdominal ante los reactantes de fase aguda elevados que es informada sin hallazgos
Se decide traslado a la Unidad de Observación al tratarse de una lumbalgia de origen incierto. A las 24 horas presenta empeoramiento de la leucocitosis así como elevación de PCR. Se solicita TAC abdominal informado como voluminoso aneurisma de localización retrocrural , se origina por encima de la salida de la arteria mesentérica normalizándose su calibre inmediatamente distal a la salida de la misma ,con medidas transversales de 4 cm y sagital 7 cm con signos de inestabilidad, a descartar aneurisma micótico como primera opción.
La paciente ingresa en el servicio de Cirugía Vascular con interconsulta a la Unidad de Infecciosas.
Se instaura antibioterapia empírica con Daptomicina + Meropenem con posterior desescalada a Levofloxacino + Rifampicina oral. Se solicita Hemocultivos, estudios microbioloógicos (serología LUES, VIH, Hepatitis, Myvoplasma, Brucella, Legionella, Bartonella, Chlamydia, Rickettisa, Borrelia, Coxiella, Tropherinma whippei, VEB, Herpes simple, CMV, Parvovirus) negativos
Se realiza intervención quirúrgica programada tipo TEVAR por parte de Cirugía Vascular con posterior colocación de stent en arteria mesentérica superior por recurrencia del dolor durante su ingreso
La paciente presenta buena evolución y es dada de Alta con doble antiagregación (AAS 100 mg + Clopidogrel 75 mg) y completar tratamiento antibiótico oral (Rifampicina 300 mg+ Levofloxacino 750 mg)

CONCLUSIONES

El aneurisma micótico es una patología grave, poco frecuente, de difícil diagnóstico. Su etiología es infecciosa, predominantemente bacteriana.
Puede afectar a la arteria sana o previamente dañada. En ocasiones se acompaña de bacteriemia o endocarditis.
El diagnóstico se basa en la sospecha clínica con prueba de imagen concordante. El tratamiento es quirúrgico más antibioterapia intravenosa.

P. #1697

DIAGNÓSTICO DE VIH EN URGENCIAS. DETECCIÓN DE NUEVOS CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ADHERIDO AL PROGRAMA DEJA TU HUELLA. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Paloma De La Paz Romero, Ana Alonso Morilla, Verónica Fernández Rodríguez, Alba Vidal Arce, Beatriz Mendez Esteban, Víctor Cabrera García

HUCA, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

Se estima que 39 millones de personas en el mundo viven con VIH, de los cuales conocen su estado serológico el 86%. En el 2023 ha habido 630.000 muertes por SIDA y 1.3 millones de nuevos infectados.
Los servicios de urgencias (SU) son un escenario clave para la detección temprana del VIH, ya que reciben pacientes con conductas de riesgo y enfermedades asociadas con una alta prevalencia de infección oculta.
En España se calcula que un 13% de las personas que conviven con el virus no saben que están infectadas, y una de cada 2 es diagnosticada en una etapa tardía del proceso infeccioso.
El programa «Deja tu Huella» con el objetivo de fomentar la detección precoz en los SU, se alinea con los objetivos de ONUSIDA y, hasta mayo de 2024, el proyecto ha conseguido involucrar a 162 hospitales, habiéndose realizado más de 170.000 serologías y 2.000 nuevos diagnósticos de VIH hasta mayo de 2024.

OBJETIVO

Realizar un análisis sociodemográfico de los pacientes con nuevo diagnóstico de infección por VIH desde el 1 de octubre de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel adherido al programa.
Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH, disminuyendo la pérdida de oportunidades diagnósticas y la prevalencia de infección oculta.

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes a los que se les ha solicitado una serología VIH en el servicio de urgencias con resultado positivo, entre el 1 de octubre de 2023 y el 31 de diciembre del 2024.
Se recogieron sexo, edad, procedencia, motivo de solicitud, vía de transmisión, recuento de CD4 y número de copias al diagnóstico.
La recogida de datos se realizó con Microsoft Forms y el análisis con Microsoft Excel.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se solicitaron un total de 1978 serologías, de las cuales hubo 13 nuevos positivos (0,71%).
De los positivos, el 100% fueron hombres, con una media de edad de 41 años (desviación típica 13,8). El motivo de petición de la serología fue por sospecha de ITS en 6 casos (46,1%), por NAC en 2 (15,4%) y por otras causas 6 (46,1%). Fueron positivo a sífilis 2 (15,4%) y 1 a gonorrea (7,7%).
A todos ellos se les había pedido serología VHB y VHC, siendo 1 positivo a VHB (7,7%).
Respecto a la procedencia, 6 fueron procedentes de la Unión Europea (46,2%), 5 de Latinoamérica (38,5%) y 2 de Africa Subsahariana (15,4%).
La vía de transmisión fue por contacto sexual homosexual en 7 (53,8%), por contanto sexual heterosexual en 5 (38,5%) y por ADVP en 1 (7,7%).
El diagnóstico fue tardío en 8 (61,5%), y en 5 (38,5%) el diagnóstico fue temprano.

CONCLUSIONES

Llama la atención el perfil sociodemográfico del paciente VIH, siendo este varón, de edad media, y con un mecanismo de transmisión donde el contacto sexual heterosexual cobra importancia respecto a perfiles previos.
Gracias a programas de detección precoz de VIH como este, se pretende conseguir disminuir la enfermedad oculta y el diagnóstico tardío.
Existe un amplio margen de mejora, que pasa por la formación continuada de profesionales y la mejora en el sistema de automatización.

P. #1698

MYCOPLASMA: CASO DE DISOCIACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA

Alexandra Peral Flores, María José Álvarez Gil, Adriana Díaz Dawson

Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Escaldes-Engordany, Andorra

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 40 años con antecedente único de neurálgia del trigémino tratada con carbamazepina a dosis plenas.
Inicia cuadro gripal con tratamiento sintomático en contexto de entorno epidemiológico catarral (3 hijos en edad escolar con tos y mucosidad). Refiere tos, expectoración y fiebre de hasta 39 que se acompaña de odinofagia. A los 3 días, consulta al médico de cabecera por otalgia izquierda y le prescriben antibioterapia de amplio espectro con amoxicilina-clavulánico a dosis de 875mg cada 8h. A las 48h consulta al servicio de urgencias por episodio de disnea súbita durante la noche autolimitada y persistencia de toda la clínica anterior. En el momento actual sólo refiere disnea de medianos esfuerzos.
Exploración física: Consciente y orientado, con fatiga objetivable durant el habla. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos a 85 latidos por minuto sin soplos ni ruidos añadidos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilancias. Orofaringe: levemente hiperémica sin exudados pultáceos. Otoscòpia izquierda con tímpano deslustrado. Abdomen anodino. Extremidades anodinas.
Exploraciones complementarias iniciales:
- Analítica: Leucocitos 9.570 con fórmula normal. Coagulación normal. Dímero-D <0.5. Fibrinógeno 811.
- Gasometria arterial: pH 7.495, EB 2.5, HCO3 25.1, sO2 91.1 % pCO2 32.6 mmHg, pO2 56 mmHg
- Bioquímica: destaca Calcio iónico 4.27 mg/dL, CRP 171.8, Lactato 9.0 mg/dL
- Radiografia: mínimos infiltrados intersticiales
- TAC Torácico arterias pulmonares: infiltrados pulmonares consolidativos de ocupación en espacio aéreo asociado a broncogramas aéreos en los dos lóbulos inferiores. Aumento del hilio pulmonar derecho en relación a adenomegalias. No signos de tromboembolismo pulmonar.
- Panel de virus respiratorios: positivo a rinovirus y mycoplasma.

Se inicia tratamiento con oxigenoterapia requiriendo oxígeno de hasta el 70% con Optiflow para mantener saturaciones de 91%. Inicialmente requiere ingreso en UCI. A partir del quinto día se inicia desescalada de Optiflow pasando a gafas nasales a 4 litros permitiendo saturaciones del 94% sin trabajo respiratorio. Inicia fisioterapia respiratoria y tolera movilizaciones. En ingreso en UCI se realiza antibioterapia con ceftriaxona y azitromicina.
Posteriormente requiere estancia en unidad de Medicina Interna para poder seguir con el tratamiento y el suplemento de oxígeno hasta ser dado de alta a los 7 días de estar en planta.

CONCLUSIONES

En este paciente nos encontramos la dificultad diagnóstica de la escasa disnea que presentaba. Además, a nivel de la radiografía simple de tórax el infiltrado que presentaba era mínimo en comparación a la insuficiencia respiratoria grave que presentaba el paciente. Todo esto hizo que se planteara como diagnóstico diferencial el tromboembolismo pulmonar ya que llevaba unos días en reposo debido al estado gripal. Finalmente fue en la tomografia donde se objetivó un infiltrado bibasal.
Al tratarse de una infección por mycoplasma, la antibioterapia iniciada por atención primaria con amoxicilina-clavulánico no resultó efectiva.
Posteriormente al alta, el paciente ha requerido continuar con fisioterapia respiratoria debido a las secuelas que ha presentado. La virulencia del mycoplasma solapada con el rinovirus provocó una neumonía atípica en un paciente joven sano comportándose a hechos prácticos como una infección covid-like.

P. #1701

TOS, SANGRE Y URGENCIAS: EL RETO DE LA HEMOPTISIS

Jesús Martín González, Vega Riesco Cuadrado, Helena Cruz Terrón, Raúl Martín Aparicio Alonso, Sarai Corredera Blanco
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años fumador (1 paquete diario) sin otros antecedentes médicos de interés y sin tratamiento médico que acude por disnea, fiebre de hasta 38°C y malestar general de 5 días de evolución y que posteriormente nota "un hilo rojo en la saliva con la tos", motivo por el cual acude al servicio de Urgencias.
A su llegada el paciente se encuentra febril (38.5°C) y taquipneico (26 respiraciones por minuto). Saturación de oxígeno de 93% con resto de constantes estables. A la auscultación destacan crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares.
Se solicita analítica, en la que destaca leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva de 1.12 mg/dL y procalcitonina de 0.06 ng/mL y hemoglobina 12.8 g/dL sin otras alteraciones reseñables, y radiografía de tórax, en la que se observan infiltrados algodonosos en ambos campos pulmonares. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto.
Ante la sospecha de una hemorragia alveolar se monitoriza al paciente, se aporta oxigenoterapia con gafas nasales, pruebas cruzadas y se solicita una tomografía computarizada de tórax (TC) con el hallazgo de opacidades multifocales en "vidrio deslustrado" en ambos campos pulmonares sugerente de hemorragia alveolar.

CONCLUSIONES

La hemoptisis se define como la expulsión de sangre procedente del árbol traqueobronquial, desde la simple tinción del esputo hasta la expectoración de sangre fresca en cantidades masivas (1). La mayor parte de los cuadros clínicos son leves y sin afectación hemodinámica, pero en ocasiones esta hemorragia pulmonar puede poner en peligro la vida del paciente. Las causas más frecuentes de hemoptisis son: neoplasias, infecciosas, enfermedades autoinmunes, enfermedades cardiovasculares, hematológicas, etc. (2)
Además de la confirmación de la hemoptisis se debe realizar una valoración de la gravedad del paciente, así como establecer la causa mediante una correcta anamnesis, exploración física y tomografía computarizada (1). Dentro del tratamiento, debemos centrarnos en la estabilización clínica del paciente abordando el origen del sangrado.
Una de las opciones terapéuticas es el ácido tranexámico que ha demostrado reducir el volumen de sangre expectorada, reduciendo la estancia hospitalaria y la recurrencia (2) y se debe valorar la antibioterapia de amplio espectro (3).

REFERENCIAS

1. Suárez Pita D, Vargas Romero J. C., Salas Jarque J, Losada Galván I, de Miguel Campo B, Catalán Martín PM, et al., editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8.a ed. Madrid; 2016. 1241-1287 p.
2. Julián-Jiménez A, Juárez González RA, Rubio Díaz R, Nieto Rojas I. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. Hospital Universitario de Toledo. 5.a ed. 2021.
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6.a ed. 2018.

P. #1706

DOCTORA, ME DUELE LA PIEL

Flora García Sánchez, Rosa Luna Zamora, Eloísa Lillo Ramírez
Hospital Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

-Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No antecedentes personales ni quirúrgicos de interés.
-Enfermedad actual: Mujer 45 años de edad acude a servicio de urgencias por aparición brusca de lesiones cutáneas en tronco y miembros superiores de 4 días de evolución. Refiere lesiones dolorosas, no pruriginosas. Además, asocia poliartralgias y fiebre en domicilio de hasta 38°C axilar que cede parcialmente con antitérmicos. Refiere antecedente de infección tracto respiratorio superior hace 3 semanas. No relaciones sexuales de riesgo. No ingesta de fármacos recientes. No patología digestiva asociada. No otra sintomatología asociada.
-Exploración física: TA 110/65 mmHg, 70 lpm. SatO2 97 % basal. Pápulas y nódulos eritematosos y edematosos, de unos 3-4cm de diámetro de distribución asimétrica en tronco y miembros superiores. No afectación mucosas asociadas.
-Pruebas complementarias: Desde servicio de urgencias se solicitó hemograma, bioquímica con reactantes de fase aguda, uroanálisis y test de gestación, en los cuales se evidenció leucocitosis periférica con neutrofilia , junto a elevación de proteína C reactiva.
-Evolución: Tras hallazgos clínicos y analíticos se pautó prednisona oral a una dosis de 1 mg/kg por día, y se derivó de forma preferente a consultas de Dermatología. Tras la valoración del paciente en consulta específica, se solicitó biopsia cutánea con hallazgos de un denso infiltrado neutrofílico en la dermis sin vasculitis, confirmándose el diagnóstico de síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica febril aguda)

CONCLUSIONES

El síndrome de Sweet es un trastorno inflamatorio caracterizado por la presencia de pápulas, placas o nódulos inflamatorios en la piel, síntomas sistémicos e infiltración neutrofílica de la piel. En lo referente a su etiología, se divide en tres categorías: síndrome de Sweet clásico, síndrome de Sweet asociado a neoplasias malignas y síndrome de Sweet inducido por medicamentos. Con respecto a las lesiones cutáneas del síndrome de Sweet, suelen ser dolorosas, con pápulas y placas eritematosas a violáceas. A menudo se presenta pseudovesiculación y formación de pústulas. El síndrome de Sweet ampolloso y el síndrome de Sweet subcutáneo son manifestaciones menos comunes. la fiebre, el malestar general, el dolor articular y el dolor muscular suelen acompañar a las lesiones cutáneas. También puede ocurrir afectación de órganos internos. La leucocitosis y las elevaciones en la velocidad de sedimentación globular (VSG) y el nivel de proteína C reactiva (PCR) son hallazgos de laboratorio comunes. El diagnóstico del síndrome de Sweet se basa en el reconocimiento de hallazgos clínicos y de laboratorio consistentes, así como en la exclusión de trastornos que pueden presentarse con características clínicas similares. En cuanto al tratamiento, en casos de afectación leve, se sugiere el uso de corticosteroides tópicos de alta potencia o inyecciones de corticosteroides intralesionales como tratamiento inicial debido a la relativa seguridad de estas intervenciones, reservándose el tratamiento con terapia sistémica con glucocorticoides en casos de afectación más extensa y/o síntomas sistémicos asociados. Para los adultos con síndrome de Sweet que no pueden ser tratados con glucocorticoides sistémicos debido a comorbilidades u otros factores, sugerimos el tratamiento con colchicina o dapsona.

P. #1753

MASA PRIMITIVA

Jaime Laureiro Gonzalo, Susana Ochoa Vilor, Andrea Terrón Sánchez, Judit Aranda Salom, Elena Descalzo Casado
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 17 años con antecedentes de talasemia minor que acude a Urgencias por cuadro de 15 días de evolución consistente en tumoración cervical izquierda dolorosa asociando odinofagia sin fiebre. Ha presentado mejoría inicial tras prescripción de antiinflamatorios no esteroideos pero el dolor se ha exacerbado en el último día.
En la exploración física destaca una masa a nivel cervical izquierda submandibular anterior al músculo esternocleidomastoideo con eje mayor craneocaudal de 5cm. Sin adenopatías cervicales palpables y sin hallazgos a nivel de orofaringe.
A nivel analítico no se hallan alteraciones y en la radiografía de tórax no se objetiva ensanchamiento mediastínico.
Se decide solicitar valoración por otorrinolaringología quienes realizan una nasofibroscopia sin encontrar alteraciones y posteriormente una punción-aspiración con aguja fina con salida de material abundante seroso amarillento. Se prescribe amoxicilina/clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante 7 días y se solicita de forma ambulatoria una tomografía axial computarizada cervical que confirma la sospecha de quiste branquial.

CONCLUSIONES

El quiste branquial constituye una de las causas de masa cervical en el adulto joven siendo el más frecuente el tipo II
Pueden presentarse asintomáticos durante años poniéndose de manifiesto a causa de una sobreinfección
El tratamiento definitivo es quirúrgico mediante la escisión del mismo

P. #1764

ANSIEDAD Y ALGO MÁS

Mónica García Fernández, Cristina Morillas Ramiro, Yolanda Benito Merino, Irene Palacios Aceña, Susana María Ortego Martín, Verónica Elena Fermín Ramírez
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias remitida por cuadro de palpitaciones. Paciente con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg y síndrome ansioso depresivo en tratamiento con Sertralina 100 mg y Lorazepam a demanda con buen control y en seguimiento por Psicología y Psiquiatria. La paciente refiere sensación de palpitaciones intermitentes de tres semanas de evolución. El cuadro se acompaña de sensación de pinchazos de predominio en hemitórax derecho que se autolimitan. En los últimos dos días refiere aumento de disnea junto con ortopnea de 3 almohadas en la última noche. Comenta problemática familiar en los últimos días. La paciente había relacionado el cuadro actual con ello y por este motivo ha precisado más Lorazepam del habitual. Se realizó analítica con TSH que resultó normal, se interconsultó a Cardiología y estaba pendiente de adelantar cita con Psiquiatría. También fue valorada en el Servicio de Urgencias Hospitalarias al alta con diagnóstico de "Taquicardia sinusal" y se pautó Propranolol 10mg a demanda.
EXPLORACIÓN FÍSICA: 116/78 mmHg T° 37.4°C 137lpm 92% basal Regular estado general. Taquipneica. Sudoración profusa.
Tórax: Tiraje intercostal severo. Ruidos cardiológicos rítmicos sin soplos audibles. Hipoventilación generalizada sin ruidos sobreañadidos.
Ausencia de edema en MMII ni signos de TVP.
ANALÍTICA DE SANGRE Y ORINA: PCR 17, Hb 10.8, DímeroD 5900, resto normal.
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: índice cardiotorácico aumentado, derrame bilateral, gran masa mediastínica.
TC ARTERIAS PULMONARES: Masa mediastínica anterior como primeras posibilidades timoma/linfoma, con signos sugerentes de infiltración de la arteria pulmonar principal y de la arteria del lóbulo superior izquierdos. Infiltración del tronco venoso braquiocefálico izquierdo que se encuentra trombosado con extensión del trombo hasta la arteria subclavia. Signos de tromboembolismo pulmonar (TEP). Importante derrame pericárdico y pleural derecho. Síndrome de vena cava superior.
DIAGNÓSTICO: MASA TORÁCICA A ESTUDIO (TIMOMA VS LINFOMA). SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR. TEP. DERRAME PERICÁRDICO Y PLEURAL DERECHO.
TRATAMIENTO EN URGENCIAS: Oxigenoterapia, dexametasona ante sospecha de síndrome de vena cava superior y heparina de bajo peso molecular.
EVOLUCIÓN: La paciente es derivada a unidad cuidados intensivos de centro de referencia por masa mediastínica que condiciona derrame pleural y pericárdico sin datos de taponamiento, síndrome de vena cava superior con trombosis y TEP segmentario, para completar estudio diagnóstico y monitorización dado el elevado riesgo cardiorrespiratorio por características y extensión de la masa. Se realiza BAG con informe

compatible con Linfoma B de alto grado (Linfoma primario mediastínico). Se inicia prefase con corticoides, profilaxis de síndrome de lisis tumoral y HBPM. Se continúa con tratamiento R-DA-EPOCH. Se realiza ecocardiograma de control con mejoría del derrame pericárdido, FEVI conservada. Dada estabilidad clínica y ausencia de sintomatología respiratoria se decide alta y seguimiento en consultas de Hematología.

CONCLUSIONES

Los tumores de mediastino pueden ser de origen neoplásico, congénito o inflamatorio. Las afecciones del mediastino son poco frecuentes, sólo el 25 % de ellas son malignas y las manifestaciones clínicas son muy variables. En nuestro caso los síntomas principales fueron las palpitaciones y la disnea. No refería síndrome constitucional y ni febril. Es importante la realización de pruebas complementarias como analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax. En el caso de nuestra paciente ya había consultado en varias ocasiones por este motivo y se encontraba pendiente de una consulta en Cardiología. En un principio toda su sintomatología se atribuyó a un problema de ansiedad y en ninguna de sus visitas se había realizado una prueba de imagen. Es fundamental una visión integral del paciente y no descartar ninguna patología a priori y apoyarnos en las pruebas complementarias.

P. #1775

MANEJO DEL ENFISEMA SUBCUTÁNEO SEVERO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Francisco Javier Ladera Fernández, Beatriz Guerrero Barranco, Isabel Mora García

Hospital Poniente, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 60 años con los siguientes antecedentes:
- No alergias a medicamentos conocidas.
- HTA. NO DM. Hipertrigliceridemia.
- Trabajador en almacén de suministros agricolas.
- Tabaquismo activo de 6-8 cig/día el último. Con anterioridad 30 cig/día los últimos 40 años. Desde NOVIEMBRE 2024 no fuma. No consumo de alcohol.
- Vive solo. Tiene dos hijos. En el momento actual con una pareja. Tiene un perro.

Paciente intervenido en otro centro hospitalario el día 22/01 para resección atípica de lóbulo medio por nódulo pulmonar solitario. Dado de alta el día 26/01 con drenaje ambulatorio por drenaje seroso. Ese mismo día por la noche acude a nuestro centro porque tras ataque de tos comienza con importante sensación de presión a nivel de hemitorax, cuello y dolor en región facial.
A su llegada se realiza radiografía simple de torax donde se observa un gran enfisema subcutáneo hasta región cervical, por lo que se completa estudio con TAC torácico que describe: presencia de punta de tubo de torax localizada en apice de pulmón derecho. Neumomediastino que se extiende hacia región cervical disecando planos musculares, y rodeando estructuras vasculares, con extensión a región retrofaríngea y pericarotídea. Así mismo el aire se extiende hasta tercio medio esofágico en estrecha relación con estructuras vasculares de mediastino.
Severo enfisema subcutaneo asociado que diseca planos musculares de pared anterior y posterior del tórax derecho y region cervical y supraclavicular izquierda.
Neumotórax anterior derecho residual (cámara anterior de 2 cm).
Dado que el tubo de torax se encuentra normoinserto y la gran progresión del neumonediastino, cada vez con mayor sensación de disnea el paciente decidimos conectar a sistema de Pleur-evac con aspiración, con mejoría clínica franca hasta proceder a traslado a centro de refenrecia a la llegada de transporte de críticos.

CONCLUSIONES

El enfisema subcutáneo es una complicación relativamente frecuente en intervenciones quirúrgicas, técnicas invasivas, ventilación mecánica y del neumotórax en general. La progresión fuera del tórax con afectación facial, abdominal e incluso escrotal puede producir síndrome compartimental con compresión de la tráquea y vasos del cuello, o generar graves molestias al paciente por el enfisema facial y orbitario. Para esta situación se ha acuñado el término enfisema subcutáneo masivo. Su incidencia es baja, estimada en el 1,3% en intervenciones tan agresivas como puede ser la resección pulmonar.

El tratamiento habitual del enfisema subcutáneo progresivo es el correcto drenaje de la cavidad pleural, la aplicación de aspiración a la toracostomía o la colocación de un nuevo drenaje torácico.
En nuestro caso la mejoría del paciente fue inmediata tras iniciar aspiración, con posterior evolución correcta y alta a domicilio en 5 días. El cuadro de tos inicial se debía a un cuadro aún desconocido de infección concomitante por gripe A.

P. #1779

¿POR QUÉ DEJÉ DE CAMINAR? UN CASO INUSUAL: SÍNDROME DE LERICHE

José María Arevalo La Calle, Ruth Libertad Gómez Bravo, Diana Martín Reyes, Raúl López Pinas
Samur Protección Civil, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Alergias no conocidas. No refiere patología ni tratamiento en el momento actual. Fumadora de 10-12 cigarrilos/día.
ENFERMEDAD ACTUAL
Mujer de 64 años que refiere dolor intenso en MII con posterior pérdida de fuerza y sensibilidad y caída al suelo. Su hija refiere que lleva una semana con molestias y pesadez en MMII.
EXPLORACIÓN FÍSICA
A nuestra llegada la paciente se encuentra en decúbito supino y tras una primera inspección visual nos impresiona de gravedad. Se realiza XABCDE durante la valoración inicial:
X: No se observan hemorragias externas.
A: Vía aérea permeable
B: Ventilación torácica simétrica, eupnéica, FR: 16rpm. SatO2: 98%. ACP: sin ruidos patológicos.
C: Marcada palidez cutaneomucosa, piel sudorosa y fría, pulso radial presente, relleno capilar menor de 2 segundos, FC: 98; TA: 130/80. No signos clínicos de ICC. Pulsos pedios, poplíteos y femorales presentes, no cambios de coloraciñon en MMII.
D: Consciente y orientada, pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 15. Glucemia: 132
E: Afebril., no lesiones externas visibles aparentes.
VALORACIÓN SECUNDARIA:
No presencia de trauma previo, resto de exploración clínica y valoración secundaria sin hallazgos patológicos. ECG: Ritmo sinusal. Refiere disminución de fuerza y sensibilidad de MII con dolor 10/10 y dolor a nivel lumbar. Fuerza 2/5 en MII y 4/5 en MID. Muy mala tolerancia a los movimientos con aumento de clínica vegetativa. No presencia de hematomas o deformidades a nivel de la columna vertebral. No presencia clínica compatible con TVP.
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN
Se canalizan 2 vías venosas periféricas. Se inicia pauta de analgesia con Fentanes iniciando con 75 microgramos sin mejoría del dolor con lo que se administran otro bolo de 75 microgramos y metamizol, disminuyendo el dolor a 6/10. Se administra en total 300 cc SF 0,9%. El resultado de la primera analítica no muestra signos de hemorragia ni alteraciones hidroelectrolíticas. Ecofast negativo, no se visualizan alteraciones en aorta torácica, abdominal ni femoral. Se planifica la evacuación y, debido a la dificultad de acceso, se decide usar lona hasta la ambulancia, donde posteriormente se traslada con colchón de vacío. Se realiza preaviso hospitalario. Se realiza reevaluación continua durante toda la actuación. Se informa a la familia.
De camino al hospital la paciente refiere dolor alterante en MMII, siendo de 7/10 en MII y 10/10 en MID. Se administra un tercer bolo de Fentanes 75 microgramos con mejoría. Fuerza 2/5 en MII y MID.
DIAGNÓSTICO FINAL

Síndrome de Leriche con la presencia de trombo parcialemente oclusivo en la aorta abdominal distal que precisó anticoagulación con evidente mejoría clínica y alta tras quedar en observación.

CONCLUSIONES

El síndrome de Leriche es una variante rara de enfermedad vascular aterosclerótica que se caracteriza por la oclusión total del flujo arterial de la aorta abdominal distal y/o de la bifurcación aorto-iliaca. Descrito en 1814 por Robert Graham per, la definición actual se debe al cirujano francés René Leriche, definiéndola como oclusión de la aorta terminal y sus ramas por la existencia de trombos. Está relacionada con factores de riesgo cardiovasculares, siendo el más importante el tabaquismo. Presenta mayor incidencia a varones a partir de la sexta década de la vida aunque se han reportado algunos casos en mujeres con efermedades autoinmunes (vasculitis, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico). Clínicamente puede presentar una triada atípica que consiste en claudicación intermitente, diminución de los pulsos periféricos e impotencia sexual.
El tratamiento del Síndrome de Leriche es médico y/o quirúrgico. La sospecha diagnóstica se basa en dos importantes pilares: la anamnesis, en búsqueda de factores de riesgo cardiovasculares y y la exploración física, de modo que todo paciente con mono o paraparesia es imprescindible para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, con el fin de disminuir su elevada morbimortalidad

P. #1787

MENUDA PROCALCITONINA... FALLO MULTIORGÁNICO ¿TRAS UN DICLOFENACO?

Alberto Canales Moreno, Carlos Mario Cardozo García, Almudena García Santibañez, Javier Oraa Pérez, Lucía Fernández Gutiérrez, Ricardo Alier Somarriba Alemán

Hospital Santos Reyes, Aranda De Duero, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con valsartan/hidroclorotiazida, hipertrofia benigna de próstata y diverticulosis colónica que acude a urgencias por astenia, oliguria y coluria (color coñac). Refiere que dos días antes consultó a su médico de cabecera por dolor lumbar y le pautó diclofenaco 75mg, el cual tomó una única vez (era la primera vez que tomaba dicho fármaco, anteriormente había tomado celecoxib por gonalgia bilateral).
El paciente presenta buen estado general, niega fiebre y escalofríos, tampoco refiere tos, disnea, náuseas, vómitos ni diarrea.
Exploración: consciente y orientado, Glasgow: 15. Exploración neurológica sin focalidad. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos ni extratonos; murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias palpables, no dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa, pulso pedio presente.
Tensión arterial: 140/76, frecuencia cardíaca: 70.
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, eje a 60°. QRS estrecho. Sin alteraciones agudas de la repolarización.
Radiografía de tórax: ICT no aumentado, hilios pulmonares no engrosados, senos costofrénicos libres, no consolidaciones.
Se le realiza analítica, encontrando criterios de sepsis con fallo renal, hepático y hematológico, además de elevación significativa de marcadores infecciosos: hemoglobina: 14.2 g/dL, hematocrito: 41%, VCM: 87, leucocitos: 1.6x10^3 (75% neutrófilos, 14% linfocitos, 6% monocitos). Plaquetas: 23.000. Actividad protrombina: 71%, INR: 1.3, TTPA: 31 seg, glucosa: 76, urea: 165, creatinina: 5.69 (CKD-EPI: 8.55), bilirrubina total: 1.7, directa: 1.4, GOT: 108, GPT: 93, LDH: 790, sodio: 139, potasio: 5.2, ácido láctico: 2. PCR: 303, procalcitonina: 266. Troponina alta sensibilidad: 29 pg/ml, NT-proBNP: 3872pg/ml. Gasometría venosa: pH: 7.31, pCO2: 41mmHg, PO2: 36mmHg, HCO2: 19.7 mmol/L. Escala SOFA: 8.
Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam 4g/0.5g y sueroterapia.
Se coloca sonda vesical para control de diuresis, se inicia monitorización.
Se extraen hemocultivos y urocultivo.
Acordado con el servicio de medicina intensiva y radiología se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste intravenoso, no encontrando hallazgos significativos en él.
El servicio de medicina intensiva ingresa al paciente en su servicio.
El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, pero presenta evolución tórpida de función renal, con un CKD-EPI de 5.44 el día siguiente, además, se encuentra en situación de anuria, por lo que se realiza primera sesión de hemodiálisis, bien

tolerada.
Se amplia estudio hematológico, se solicitan serologías de VIH, brucella, chlamidophila pneumoniae, mycoplasma pneumoniae, Epstein Barr, citomegalovirus, borrelia y rickettsia, resultando todas negativas.
Se mantiene monitorización durante unos días, continuando las sesiones de hemodiálisis, con mejoría de la función hepática y resultado de hemocultivos y urocultivo negativos. Dada la mejoría comentan con nefrología para continuar cuidados en planta de hospitalización, aceptando traslado a su servicio.
El paciente permanece ingresado dos semanas con mejoría gradual de la función renal y normalización de valores analíticos, no encontrando ningún otro desencadenante del fallo multiorgánico en serologías, frotis de sangre periférica, pruebas de imagen y hemocultivos que justifique el cuadro aparte de la toma de diclofenaco. Siendo dado de alta con el diagnóstico de nefritis intersticial aguda tras toma de AINEs (creatinina al alta de 1.5 mg/dL, CKD-EPI: 47).

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta los posibles efectos secundarios de cualquier fármaco, a pesar de que algunos son infrecuentes, pueden ser graves, o incluso letales, en determinadas personas.
Los niveles de procalcitonina, aunque suelen ser muy específicos de infección bacteriana, pueden verse afectados por diversas patologías, como quemaduras graves, pancreatitis, shock cardiogénico prolongado, enfermedad renal, cirugía mayor, neoplasias... pudiendo generar falsos positivos.

P. #1791

ABORDANDO LA CRISIS ASMÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Verónica Campos Andreo, Fiorella Leyva Romero, Ana Soriano Gallo, Rocío Robles Albero

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

- Motivo de consulta: disnea.
- Antecedentes: no alergias medicamentosas, asma intrínseco, no otros antecedentes médico-quirúrgicos.
- Tratamiento crónico: salbutamol a demanda.
- Enfermedad actual: mujer de 40 años que consulta por tos, sibilancias y disnea creciente en las últimas dos semanas. Refiere dos noches de insomnio por la disnea, que tiene que descansar al pronunciar algunas frases, que sufre dificultad respiratoria al subir las escaleras y al caminar más rápido de lo habitual. Afebril. Se ha aplicado 10 inhalaciones de salbutamol en el último día (los está usando a diario). Cuenta que ha presentado dos exacerbaciones en el último año.
- Exploración física: TA 145/80 mmHg, FC 105 lpm, T° 36°C, Sat O2 92% (aire ambiente), FR 24 rpm con uso de musculatura accesoria sin estridor. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, disminución generalizada del murmullo vesicular con sibilancias tele-espiratorias en ambos campos pulmonares. Miembros inferiores: sin edemas.
- Pruebas complementarias: radiografía de tórax normal, analítica de sangre normal excepto pO2 70 mmHg, pCO2 43 mmHg, leucocitosis 11000 con neutrofilia.
- Diagnóstico: Crisis asmática moderada.
- Evolución: la paciente se encuentra en el escalón de gravedad persistente-moderada, con una crisis asmática moderada. Se le administra oxígeno con gafas nasales a 3 litros (FiO2 32%), nebulización con 2,5mg salbutamol + 0,5mg bromuro de ipratropio + 800 µg budesonida, así como hidrocortisona 200mg iv, con mejoría clínica. Evaluamos la respuesta a las 2 horas, con ausencia de síntomas, eupneica sin trabajo respiratorio, gran mejoría a nivel auscultatorio, mantiene Sat O2 sin gafas nasales 95%, procediendo a alta a domicilio con tratamiento (prednisona 30mg cada 24 horas durante 5 días, budesonida-formoterol 160/4,5 µg cada 12 horas en terapia MART (escalón 3 de Guía Española para Manejo del Asma) y con revisión por su médico de familia en 5 días.

CONCLUSIONES

- La crisis asmática es la principal causa de morbi-mortalidad del asmático, siendo potencialmente grave y mortal. Debe evaluarse y tratarse de forma correcta. Se trata de un síndrome infradiagnosticado, infratratado y mal controlado.
- Para valorar la gravedad y la respuesta al tratamiento sería interesante utilizar el pico flujo en urgencias. Además en domicilio mejora el control del asma.
- La vía inhalatoria es la más rápida y efectiva, siendo los agonistas beta2 adrenérgicos de acción corta inhalados los de elección. Los corticoides orales deben administrarse en la primera

hora. El tratamiento aliviador antiinflamatorio (AIR) y aliviador junto a mantenimiento (MART) han demostrado reducir las exacerbaciones y el deterioro de la función pulmonar. Resulta importante valorar la respuesta al tratamiento una vez pasadas 2-3 horas, tras lo cual decidiremos el destino del paciente (alta o ingreso).
- Es importante valorar la adhesión al tratamiento teniendo en cuenta múltiples factores: retirada del fármaco de la farmacia, técnica inhalatoria, adecuación del inhalador a las características del paciente.
- Es primordial una cita de revisión con su médico de familia en 5-7 días.
- Debemos tener en cuenta medidas generales: abandono de tabaco, actividad física, reducción del peso, evitar alérgenos, vacunación de la gripe, tratar el estrés y comorbilidades.

Bibliografía:
- Piñera Salmerón P, Delgado Romero J, Domínguez Ortega J, et al. Management of asthma in the emergency department: a consensus statement. Emergencias. 2018; 30(4): 268-77.
- Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Manual de urgencias respiratorias. 1ª ed. (Sevilla): (SEMES); (2024).
- Plaza V, coordinador. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2024.
- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024 Update. Fontana, WI: Global Initiative for Asthma; 2024.

P. #1796

VIAJERO SUBMANDIBULAR DE ORIGEN DENTAL. REVISIÓN DE EL CASO DE UN ABSCESO SUBMANDIBULAR ODONTOGÉNICO CON OSTEOMIELITIS

Saray Concepción Herrera Herrera[1], Irene Pedregal Cruz[1], José Garvía Cabañas[2], Edgar Joseph Sabado Angngasing[1], Paula Torres Mas[1], Marta García De Prado Cwierz[3]

1. Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España
2. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
3. Centro de Salud Galapagar, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Se trata del caso de una mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias derivada de su centro de salud por odinofagia de una semana evolución con fiebre asociada, que había cedido en los días previos a consultar, que fue tratada con azitromicina sin mejoría. En el momento de la consulta asocia trismus e inflamación a nivel del ángulo mandibular derecho. En la exploración física destaca trismus e importante dolor al roce de la zona inflamada
Se decide realizar analítica, en la que destaca leucocitosis con neutrofilia, hiperglucemia de 299mg/dl y proteína C reactiva de 179.1 mg/L. Se solicita tomografía axial computerizada (TAC) en el que se visualizan datos sugestivos de absceso submandibular derecho, de probable origen odontogénico (pieza dental 46-47) con signos de osteomielitis del cuerpo, con vía aérea desplazada, permeable.
Se realiza drenaje bajo anestesia local del absceso y exodoncia de las piezas dentales 46 y 47. Dada la posterior buena evolución de la paciente se decide alta con antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante 7 días), analgesia y control en consulta en una semana

OBJETIVO

Nuestro objetivo al exponer este caso clínico es divulgar información respecto a esta patología, que en un primer momento puede pasar desapercibida y no entrar en nuestro diagnóstico diferencial, y la importancia de saber detectar datos de alarma en la anamnesis y exploración de los pacientes.

MÉTODO

Se realiza anamnesis, exploración física y pruebas complementarias (analítica y prueba de imagen, TAC)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La caries dental es una enfermedad bacteriana destructiva de las estructuras dentales producida por microorganismos que forman parte de la flora bucal. Los abscesos periodontales son manifestaciones comunes de caries dental y enfermedad periodontal no tratadas. Las infecciones periodontales pueden extenderse más allá de sus límites naturales y provocar infecciones en los espacios fasciales profundos de la cabeza y el cuello. Si no se trata, la infección puede formar un tracto sinusal

en el tejido subcutáneo externo.
Inicialmente, la infección periodontal se presenta como dolor y eritema en el sitio de la caries dental. Sin tratamiento, puede progresar a un absceso con edema, eritema y dolor en el espacio remoto, como el área submandibular, debido a la formación de un tracto sinusal que puede romperse.
Los pacientes con infecciones del espacio submandibular pueden presentar una variedad de síntomas, desde relativamente menores hasta extremadamente peligrosos. Es necesaria una evaluación rápida de la situación. Si el paciente se encuentra séptico y presenta cambios en el sistema nervioso central y compromiso de las vías respiratorias, entonces se debe realizar hospitalización inmediata, protección de las vías respiratorias, tratamiento médico agresivo e intervención quirúrgica agresiva (incluida la extracción del diente o dientes causantes, incisión y drenaje, o una combinación de ambos).

CONCLUSIONES

Queremos remarcar la importancia de detectar en la exploración física el trismus y poner en marcha los mecanismos (anamnesis, pruebas complementarias como de imagen, etc) necesarios para averiguar el origen de este signos, que en la mayoría de los casos indica una patología subyacente que requiere de atención urgente

P. #1800

SÍNDROME DE MAY-THURNER Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Diego Aragón García, Marina Vera Del Río, Laura Del Paso Cañigueral, Ana Rocío Villalón Sánchez, Ismael Fuentes Barón, Bienvenido Álvaro Marín Cano

Hospital La Serranía, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años, abogada de profesión, que pasa largas horas en su despacho. No presenta antecedentes de enfermedades crónicas significativas, tan solo migrañas recurrentes manejadas con analgésicos. Como tratamiento habitual, toma anticonceptivos orales desde hace cinco años.
Acude a urgencias por fatiga extrema, episodios de mareos y un dolor leve y difuso en el abdomen inferior. No refiere antecedentes de traumatismos ni infecciones recientes.
Durante la exploración física inicial, destaca coloración pálida, con una presión arterial levemente baja (110/70 mmHg) pero dentro de rangos aceptables. Sin fiebre y con signos vitales razonablemente normales (frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, y temperatura de 36.7 °C). Sin embargo, un signo adicional llama la atención: una ligera hinchazón en su pierna izquierda, que la paciente atribuye a una contusión que presentó el día previo, al golpearse con la mesa del despacho.
Los estudios de laboratorio iniciales no aclaran el diagnóstico, evidenciando solo un leve proceso inflamatorio. A destacar:
- Proteína C-reactiva: 20 mg/L
- Leucocitos: 12.0 × 10^9/L
Se da de alta a la paciente con diagnóstico de "Dolor abdominal inespecífico sin signos ni síntomas de alarma en la actualidad".
A la semana, la paciente vuelve a consultar por empeoramiento de la clínica: el dolor abdominal se ha intensificado, al igual que el dolor en su pierna izquierda, que ahora se presenta acompañado por una decoloración azulada.
Se repite la analítica, destacando:
- Proteína C-reactiva: 70 mg/L
- Leucocitos: 14.5 x 10^9/L
- Dímero D: 3.000 ng/mL
Dado lo expuesto anteriormente, se decide ampliar el estudio con una ecografía abdominal que revela una discreta dilatación de la vena ilíaca izquierda. Posteriormente, una angio-TAC confirma la presencia de una trombosis venosa profunda inusual, con afectación de la vena ilíaca izquierda y la vena cava inferior.
El Síndrome de May-Thurner se define como una compresión venosa extrínseca, por parte del sistema arterial, contra las estructuras óseas, en el territorio venoso iliocaval. Generalmente, se afecta la vena ilíaca común izquierda debido a la presión ejercida por la arteria ilíaca común derecha. Si la obstrucción es parcial, la afección puede ser asintomática, pero también puede progresar a una trombosis venosa profunda extensa sintomática. La mayoría de los casos son del lado izquierdo, lo que coincide con la presentación de esta paciente.
La paciente presenta varios factores de riesgo para el síndrome de May-Thurner, incluido su sexo femenino y el uso de anticonceptivos orales. Además, es más común en mujeres

que han dado a luz, son multíparas o presentan estados de hipercoagulabilidad.
El diagnóstico permitió una intervención oportuna: tratamiento anticoagulante inmediato y planificación de procedimiento endovascular para solucionar la obstrucción venosa.
Las medidas terapéuticas lograron una notable reducción del dolor y mejoría de los síntomas sistémicos.

CONCLUSIONES

El caso ilustra la importancia de considerar presentaciones atípicas en enfermedades comúnmente conocidas. La capacidad del equipo médico para reconocer patrones inusuales y realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo fue fundamental para evitar complicaciones graves.
Este caso resalta la necesidad de un enfoque clínico integral, que considere no sólo los síntomas clásicos, sino también las manifestaciones inusuales que pueden indicar condiciones subyacentes complejas.
La utilización de pruebas de imagen, como la angio-TAC, en este caso, fue crucial para descubrir la verdadera naturaleza del problema.
La paciente fue diagnosticada de síndrome de compresión de la vena ilíaca o síndrome de May-Thurner con trombosis venosa profunda secundaria, que explica la ausencia de los síntomas clásicos y la presentación errática del cuadro clínico.
En definitiva, mantener una perspectiva amplia y flexible frente a los síntomas es esencial para una práctica médica efectiva y compasiva.

P. #1801

DISNEA SÚBITA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EPISODIOS GRAVES

María Reyes Picazo Castillo, Nuria Ramos Galindo, Andrea Iboleón Jiménez
Hospital Comarcal La Axarquia, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años traída por 061 que entra por box de críticos por disnea súbita con sensación de edema lingual y autoescucha de pitos mientras se encontraba en su domicilio. En el ambulancia se administra oxigenoterapia con mascarilla Venturi a 50%, adrenalina, urbasón 80 mg y polaramine intramuscular con escasa mejoría. En estudio por parte de Alergología ny Neumológia por episodios frecuentes similares desde hace 7 meses que en tres ocasiones han requerido traslado a Urgencias Hospitalarias. Se descartó edema de glotis tras valoración por parte de Otorrinolaringología (ORL). Pendiente de resultados por parte de Alergología (complemento C1). Niega clínica catarral. Febril.
Hace 15 días tuvo episodio similar con mejoría espontánea por el que no consultó. En su historial de alergología se describe posible intolerancia/alergia al látex.
ANTECEDENTES:
- Hipertensión arterial
- Hipotiroidismo
- Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño severo desde noviembre de 2024.

EXPLORACIÓN FÍSICA:
Regular estado general. Consciente y orientada. Marcada y severa taquipnea en reposo que le imposibilita el habla. Uso de músculos accesorios. Normohidratada y normoperfundida. NO tolera decúbito precisándomelo cabecero incorporado.
- Exploración ORL: NO edema de úvula. No cuerpo extraño. Cavidad oral libre sin hallazgos significativos.
- Exploración cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos ni roces pericardicos. Murmullo Vesicular Conservado con ligera hipofonesis generalizada sin ruidos patológicos sobreañadidos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica: Sin hallazgos reseñables.
- Radiografía de tórax: Mala técnica por decúbito del paciente.

EVOLUCIÓN:
La paciente vuelve a presentar dos episodios de disnea súbita mientras se encuentra en nuestro servicio. El primero mejora parcialmente con media ampolla de adrenalina intramuscular, 200 mg de hidrocortisona y combiprasal inhalado. Tras breve recuperación, a los 10-20 minutos presenta nuevo episodio donde no se consigue controlar a pesar de administración de nueva dosis de adrenalina, hidrocortisona, combiprasal y cloruro mórfico intravenoso, pasando nuevamente a box de críticos para Ventilación Mecánica Invasiva. Se realiza interconsulta con ORL junto con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que deciden ingreso a cargo de UCI y valoración de traqueotomía programada en las próximas horas.

CONCLUSIONES

El caso descrito corresponde a una mujer de 60 años con episodios recurrentes de disnea súbita, con sensación de edema lingual y autoescucha de sibilancias, de etiología aún no determinada. A pesar del tratamiento inicial con adrenalina, corticoides y antihistamínicos, presenta una respuesta parcial y episodios de exacerbación que requieren ventilación mecánica invasiva e ingreso en UCI.
Dado el antecedente de crisis similares en los últimos meses, sin evidencia de edema de glotis por ORL y con estudios en curso por Alergología (incluyendo complemento C1), el diagnóstico diferencial debe incluir angioedema no mediado por histamina (como el angioedema hereditario o adquirido por deficiencia de C1 inhibidor), disfunción de cuerdas vocales, asma de difícil control y episodios de laringoespasmo. También debe considerarse un posible desencadenante alérgico, dada la sospecha de intolerancia al látex.
El manejo de estos casos requiere una estrecha monitorización, evaluación multidisciplinar con Alergología, Neumología y ORL, y la consideración de una traqueotomía programada para evitar nuevos episodios de insuficiencia respiratoria grave hasta diagnóstico definitivo que permita iniciar tratamiento especifico.

P. #1805

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA ADECUACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: INDICACIÓN Y ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA

Luis Miguel Maestro Gilmartin, Mª Nuria Álvarez Díez, Sara García Alonso, Sara Torres Omaña, Saúl Escudero Álvarez, Marta Quiñones Pérez

CAULE, León, España

INTRODUCCIÓN

Desde el 2020, los fallecimientos por septicemias han ido incrementándose, siendo la segunda causa de muerte (20,6%) por infecciones en España en los últimos años.
La principal medida de prevención del shock séptico es su detección. Dentro del manejo de la sepsis los algoritmos incluyen los estudios microbiológicos, realizando en un 45% esta recogida de muestras en los servicios de urgencias. En los casos que la indicación de cultivos es correcta, junto con los datos analíticos y la clínica del paciente se convierten en una herramienta fundamental para el tratamiento efectivo de las septicemias. La recogida de cultivos en urgencias se plantea como un reto para la rentabilidad, eficacia en el diagnóstico etiológico y la calidad de la técnica debido al gran volumen de trabajo.

OBJETIVO

El objeto de este estudio es conocer la adecuada indicación de Hemocultivos y antibioterapia empírica en un servicio de urgencias hospitalarias.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico de los pacientes que presenten sospecha clínica infecciosa grave. Se incluyeron en el estudio los pacientes adultos que acudieron a urgencias que tuvieron como diagnóstico un proceso infeccioso. Se recopilaron los datos a través de las historias clínicas electrónica de dichos pacientes durante el intervalo comprendido los meses de noviembre y diciembre del 2024. Se valoraron las variables: demográficas, nivel de urgencia asignado en triaje, constantes vitales, parámetros analíticos, recogida de hemocultivos y resultado de cultivos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 5,02% de los pacientes estudiados presentaron un proceso infeccioso, a los cuales se les extrajeron hemocultivos en un 16,85%. El 36,9% de los pacientes no presentaba factores de riesgo, los principales factores de riesgo fueron la diabetes y la inmunosupresión. El 35,5% de los hemocultivos extraídos con resultado positivo estaban indicados, con una significación estadística (p=0,035). El 63,7% de los pacientes tenían la antibioterapia empírica correcta según las guías de practica clínica, administrándose en un 87,9% en el servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

La correcta indicación de la extracción de hemocultivos esta relacionada con una mayor tasa de resultados positivos, mostrando una mayor rentabilidad y una mayor necesidad de adhesión a las guías de práctica clínica. Se ha observado la necesidad de reforzar la formación en el tratamiento antibiótico empírico para el manejo de los procesos infecciosos.

P. #1808

MANEJO SIMULTÁNEO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA: PRIORIZACIÓN EN URGENCIAS

Inés Romero Castilla, Joan Cremades Rodríguez, Rubén Gómez Villaplana, Lucía De La Puente Alonso, Agueda Navarrete Mañes, Rocío Veliz Muñoz

Hospital la Fe, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años, independiente para actividades báscias de la vida diaria con antecedentes personales de hipertensión arterial que consulta por cuadro de malestar general y dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de dos semanas de evolución que le dificulta la deambulación, por lo que ha estado realizando una vida sedentaria.

A la exploración la paciente destaca que se encuentra taquipneica en reposo, sin referir disnea, presentando desaturación en torno al 92 %, hipotensión y taquicardia de 130 lpm.

Asocia, además, paresia, hipoestesia y dolor miembro inferior izquierdo con relleno capilar ausente del pie y sin pulsos femoral bilateral. No cambios de temperatura ni coloración de la misma.

Se realiza ECG objetivando fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida no conocida, se solicita así mismo gasometría arterial, donde se observa hipoxemia y acidosis metabólica con cetoacidosis diabética. En la analítica presenta aumento de troponinas y probnp, con ligero aumento de reactantes de fase aguda y deterioro del filtrado renal. Radiografía de tórax sin alteraciones reseñables.

Ante estos hallazgos, se establecen dos diagnósticos presuntivos. Por un lado, la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), por el que se pauta primera dosis de heparina no fraccionada 4000UI; y por otro lado, la isquemia arterial aguda del MII, solicitando valoración por Cirugía vascular, quienes objetivan ausencia de flujo por doppler.Concomitantemente, se inicia tratamiento de la cetoacidosis, junto con oxígeno suplementario y analgesia.

Tras valoración por parte de cirugía vascular, dada la alta sospecha conjunta de isquemia arterial aguda y tromboembolismo pulmonar, se contacta con radiología para plantear estudio. Dado que se trata de dos estudios en dos tiempos, ambos con contraste, y dado el deterioro del filtrado renal, se decide priorizar angioTC de arterias pulmonares demorando el TC vascular de aorta a un segundo tiempo, valorando la situación de inestabilidad hemodinámica y poniéndola en contexto de la probable trombosis pulmonar.

Finalmente, en el angioTC se objetiva tromboembolismo bilateral con signos de sobrecarga del ventrículo derecho, por lo que se contacta con UCI y se decide ingreso en su unidad. Ante las carácterísticas de TEP de alto riesgo, se contacta con radiología intervencionista, realizándose trombolisis guiada por ecografía con buena evolución posterior.

Durante el ingreso se confirmó isquemia arterial por TC vascular y se trató con trombectomía mecánica.

CONCLUSIONES

En conclusión, el manejo de pacientes con TEP e isquemia arterial aguda en un contexto de urgencias requiere una evaluación rápida y priorización de los tratamientos, dado el carácter de ambas condiciones como emergencias vitales. En este caso, debido a la inestabilidad hemodinámica derivada del TEP, se decidió priorizar el tratamiento de esta patología con el fin de estabilizar a la paciente. Posteriormente, se abordó la isquemia arterial aguda de la pierna, que aunque también requiere intervención urgente, fue manejada en una segunda etapa debido al riesgo inmediato para la vida que representa el TEP. Este enfoque resalta la importancia de la toma de decisiones clínicas rápidas y la gestión simultánea de múltiples patologías en pacientes con condiciones críticas.

P. #1822

LA IMPORTANCIA DEL USO DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES INMOVILIZADOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Neyky Sofia Obando García, Andrea Fernández Casado, María Yolanda Marino Cardozo, Elsa López Sánchez, Dina Haddad Boufares

Hospital Universitario Del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente de una mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, ingreso prolongado de octubre o enero del 25 por una pancreatitis aguda necrotizante con colecciones peripancreáticas y trombosis del eje esplenoportal tratado con heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas.

Acude a urgencias por cuadro de 2 días de evolución de edemas en miembros inferiores predominante derecho con dolor y aumento de calor local asociados, sin eritema. No refiere fiebre, ni traumatismo ni sobreesfuerzo, no pérdida de sensibilidad ni fuerza de la extremidad, ni ninguna otra sintomatología. Al interrogatorio la paciente refería que desde el alta del ingreso ha estado inmovilizada y no se ha administrado la heparina.

En la exploración física, la paciente estaba hemodinámicamente, estable, afebril, eupneica en reposo, con auscultación cardiaca taquicardia, auscultación pulmonar anodina y edema en miembros inferiores con predominio derecho sin eritema y miembro inferior derecho discretamente empastado, no se observan hematomas, lesiones cutáneas, ni traumatismo en miembros inferiores. Pulsos distales palpables y simétricos. Se le realizan un electrocardiograma con resultado ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, QRS estrecho, Q en III, sin datos de sobrecarga en ventrículo derecho, sin otras alteraciones, una radiografía de tórax que es normal y una analítica de sangre que destaca leucocitosis de 16.000 con desviación izquierda, hemoglobina 8.8 (previa del alta del ingreso 8.3), dinero- D 3.800 y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) 205.

Tras los resultados de pruebas complementarias, se decide ampliar estudio y realizar ecografía Doppler de miembros inferiores con resultado de trombosis venosa profunda derecha extensa desde tercio distal de vena femoral superficial extendiéndose por vena poplítea y plexo sóleo.

Dada la complejidad del caso por los antecedentes recientes de la paciente y la enfermedad tromboembolica actual, se decidió ingresar en medicina interna con tratamiento

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de la profilaxis antitrombótica en pacientes con inmovilización prolongada, especialmente en aquellos con antecedentes recientes de enfermedades inflamatorias graves como pancreatitis aguda necrotizante, que pueden predisponer a un estado procoagulante. La ausencia de anticoagulación profiláctica resultó en el desarrollo de una trombosis venosa profunda extensa.

P. #1830

SÍNDROME FEBRIL E INGESTA DE QUESO CRUDO

ANGIE LIZETH Fonseca Beltrán, Irene Mate Martin
GAP LEÓN, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años quien consulta tras presentar fiebre de hasta 39 grados que se acompaña de osteomialgias y artralgias generalizadas, lumbalgia y cervicalgia, además de importante astenia y cefalea sin signos de alarma, que ceden parcialmente con la ingesta de antitérmicos, pero con presentación en picos desde hace un mes y medio. Relaciona el cuadro actual con la ingesta de queso fresco no pasteurizado en un matadero de animales, lugar en donde trabaja desde hace 3 años. De igual manera, su madre presenta la misma sintomatología tras la ingesta de los mismos alimentos.
No asocia otra clínica infecciosa, síndrome constitucional o síntomas B al cuadro actual.
Paciente con exploración física dentro de normalidad, sin hallazgos de relevancia a la valoración en urgencias.
En la analítica se objetiva: Función hepática y renal dentro de normalidad, proteína C reactiva y procalcitonina negativas. Hemograma con leucopenia y neutropenia no absoluta, hemoglobina normal, leve trombopenia. Coagulación sin alteraciones.
Radiografía de tórax normal.
Se solicitan serologías y hemocultivos en urgencias, obteniendo resultado positivo para IgM e IgG de Brucella SP.
La paciente recibe tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 45 días y gentamicina 240 mg intramuscular (no acepta ingreso para tratamiento intravenoso), además de tratamiento sintomático.
Se realiza seguimiento durante tres meses más durante los cuales va disminuyendo la sintomatología de forma progresiva, descartando compromiso cardiaco y discitis por medio de pruebas de imagen, con normalización de fórmula leucocitaria, siendo lo último en retirarse la astenia.

CONCLUSIONES

Este caso cobra relevancia clínica al tratarse de una zoonosis, de notificación obligatoria en España, siendo una enfermedad ocupacional que debe considerarse en pacientes que trabajen con animales, especialmente bovinos, cabras y ovejas. Así mismo, siendo la relación temporal de 4 a 6 semanas tras la ingesta de lácteos crudos o sin pasteurizar. En casos leves puede tratarse de un cuadro similar a la gripe, autolimitado, que asocia fiebre, osteomialgias y debilidad, por lo que no se despiertan sospechas clínicas y no se relaciona ningún diagnóstico diferencial, sin embargo es una patología a tener en cuenta en un cuadro febril sin foco en pacientes con relación ocupacional o de ingesta recientes.

1. Mile Bosilkovski, MD. Brucellosis: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. 12 de diciembre de 2024;
2. BRUCELOSIS (Internet). 2020 (citado 17 de febrero de 2025). Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/brucellosis
3. MINISTERIO DE AGRICULTURA Y ALIMENTACIÓN De ESPAÑA BRUCELOSIS OVINA Y CAPRINA (Internet). (citado 17 de febrero de 2025). Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/sanidad-animal/enfermedades/brucelosis-ovino-caprino/brucelosis_ovino_caprino.aspx

P. #1840

VALORACIÓN DE PROBABLE CONCOMITANCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Andrea Cacabelos Dios[1], Ana Ordóñez Pastor[1], Eduardo Sánchez Fernández[1], Carlos Vizcay Aranaz[2], Héctor Manuel Entrambasaguas Quesada[1]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años. Fumador e hipertenso. Acude a Urgencias por inflamación en extremidad inferior derecha con dolor a nivel del gemelo de un día de devolución. Refiere antecedente de viaje de tres horas conduciendo en coche la semana anterior. No disnea ni otra sintomatología. En la exploración física aprecio una auscultación cardíaca taquicárdica a 100 lpm y pulmonar con murmullo vesicular conservado. A nivel de la extremidad inferior derecha destaca presencia de edema a nivel del tobillo, caliente a la palpación, parcialmente empastado. Signo de Homans positivo. Electrocardiograma con taquicardia sinusal, sin alteraciones en la repolarización. Analíticamente presenta un D-Dímero de 7.646. Se realiza Ecografía-doppler por nuestra parte, observando falta de colapso a la compresión de todo el trayecto de la vena femoral superficial, vena poplítea y origen de troncos tibioperoneos, sugestivo de Trombosis Venosa Profunda (TVP). Se administra enoxaparina a dosis terapéutica. Se valora la probabilidad clínica de presentar Tromboembolismo Pulmonar (TEP) con la escala de Ginebra revisada presentando una probabilidad alta (12 puntos) y con la escala de Wells resultando probable (4.5 puntos). Se solicita Tomografía Computerizada (TC) de arterias pulmonares confirmando presencia de TEP bilateral, ingresando al paciente en Neumología para estudio y control.

CONCLUSIONES

El TEP actualmente sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico. La presentación clínica es inespecífica pudiendo ir desde pacientes asintomáticos o con poca sintomatología (más frecuentemente la disnea o el dolor torácico) a presentarse como shock cardiogénico y muerte súbita. La exploración física puede ser anodina o puede presentar taquicardia y taquipnea. Por lo general, la exploración pulmonar es normal, aunque pueden existir estertores finos y derrame pleural. Siendo importante la exploración de las extremidades inferiores en busca de signos de trombosis. Para el diagnóstico, es fundamental identificar y valorar factores de riesgo que nos hagan sospechar, pudiendo ser hereditarios o adquiridos como la edad, disminución de la movilidad, los anticonceptivos, la terapia hormonal sustitutiva, los tumores, los traumatismos, la cirugía mayor, la quimioterapia, la obesidad, el parto y el síndrome antifosfolípido.
Dentro de las pruebas complementarias realizadas en urgencias, ante toda sospecha de TEP o TVP hay que determinar el D-dímero, que aunque es poco específico, tiene un valor predictivo negativo de un 95%.
En el electrocardiograma puede haber trastornos del ritmo como taquicardia sinusal (lo más frecuente). El signo de McGinn-White (S1, Q3, T3), sólo se presenta en alrededor del 15% de los pacientes.
Existen diferentes escalas para valorar la probabilidad clínica de presentar TEP como son la escala de Wells o la de Ginebra revisada. Valorando la probabilidad baja, intermedia o alta que el paciente presente TEP en base a factores como la edad, presencia de enfermedad tromboembólica previa, cirugías o fracturas recientes, datos sugestivos de trombosis en extremidades inferiores, hemoptisis, presencia de cáncer activo y la frecuencia cardíaca.
Otras pruebas a realizar ante la probabilidad de TEP son la ecocardiografía, la TAC, la gammagrafía pulmonar y la angiografía pulmonar.
En el TEP de bajo riesgo se recomienda iniciar tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular en pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta, antes de confirmar el diagnóstico.
Este caso clínico me resulta interesante, porque el paciente no presentaba clínica sugestiva de TEP, pero ante la existencia de TVP y taquicardia, tenía una probabilidad clínica elevada, resaltando la importancia de utilizar las escalas probabilísticas validadas, estando indicado en esta situación realizar pruebas complementarias para descartar concomitancia de TEP, pudiendo diagnosticarlo y realizar un tratamiento óptimo.

P. #1841

ME CUESTA RESPIRAR DOCTORA...

Violeta Ramos Minda[1], Ana Lucía Rengifo Martínez[2], Giovanna Ruiz Hernández[2]

1. Osakidetza, OSI Goierri, Zumarraga, España
2. Osakidetza, OSI Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años, sin antecedentes relevantes, refiere cuadro de tos seca de 5 días de evolución. Desde hace 2 días fiebre alta con escalofríos. Hoy disnea. No dolor torácico.
Exploración general: PA 125/68 FC 120 Tª 39,3°C SatO2 90% (aire ambiente). Febril. Consciente y orientada, bien hidratada y perfundida, taquipnea a 34 rpm con ligero tiraje supraesternal. No lesiones cutáneas ni mucosas. No IY. AC: rítmica. AP: sibilancias diseminadas, crepitantes bibasales. Abdomen: blando sin dolor ni defensa. No se palpan masas ni megalias. PPRB indolora. EEII: no edemas ni signos de TVP.
Pruebas complementarias: ECG: taquicardia sinusal a 120 lm sin otras alteraciones.
Rx Tórax AP y L: infiltrado en base derecha
– ANALÍTICA:
Bioquímica: Creatinina 0,96; Glucosa 242; Sodio 134; Bilirrubina total 2.5 (B. directa 2.14); FA 220; GGT 305; GOT 100; GPT 85; LDH 512; Proteina C reactiva 152; Procalcitonina 3.09; Lactato 47.
Gasometría venosa: pH 7.48 pCO2 35 Bicarbonato 26
Hemograma: Hemoglobina 8.7; VCM 83; Leucocitos 17.700 (Neutrófilos 90%), Plaquetas 110.000; Coagulación: INR 1.21
Orina: sedimento ligeramente bacteriano.-> Se cursa UROCULTIVO.
Antigenuria (Neumococo y Legionella): NEGATIVO.
Se cursan 2 HEMOCULTIVOS.
ECOGRAFÍA ABDOMINAL: colelitiasis sin signos de colecistitis, Pequeño derrame subpulmonar derecho, sin otras alteraciones.
* Elevación de marcadores infecciosos: PCR, PCT y Leucocitosis con desviación izda. Leve elevación de enzimas hepáticos. Anemia normocítica. Insuficiencia respiratoria + Infiltrado en base dcha => SEPSIS de origen RESPIRATORIO
Tratamiento en urgencias:
– Nebulización con Salbutamol + Ipatropio en 2 ocasiones ... + -O2 en ventimax al 31%
– Paracetamol 1 g IV
– Metilprednisolona 80 mg IV
– Levofloxacino 500 mg IV + Ceftriaxona 2 g IV
– Insulina (Actrapid) 6 UI IV + Suero Fisiológico 1000 cc IV
Evolución: cede la fiebre (Tª 36,5), mejora su disnea-> pasadas 6 horas se procede a ingreso a cargo de Medicina Interna en tto ATB con Ceftriaxona + Levofloxacino.
Estando ingresada se mantiene relativamente estable. SatO2 95% con O2 al 31%. PA 110/60 mmHg. FC 100 lpm. Sigue con picos de fiebre que ceden con Paracetamol. Trasfusión de 2 concentrados de hematíes.
TAC TORÁCICO: consolidación en ambas bases pulmonares con derrame pleural derecho. Extensas áreas con patrón en vidrio deslustrado, sugestivo de infección respiratoria severa.
Llega el resultado de los 2 hemocultivos: STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (grupo B). Urocultivo: negativo
El tercer día de ingreso presenta agudización de disnea con aumento de trabajo respiratorio, SatO2 en torno a 85% sin respuesta a aumento de FiO2 => se procede a Intubación Orotraqueal y conexión a Ventilación Mecánica. Ingresa en UCI.

CONCLUSIONES

El Streptococcus agalactiae, también conocido como Estreptococo Grupo B (EGB), es una bacteria, en general, inofensiva que forma parte de la flora normal humana y que coloniza el tracto gastrointestinal y el tracto genito-urinario de hasta un 30% de los adultos humanos sanos (portador asintomático). Es también un patógeno veterinario que causa mastitis en el ganado bovino, el nombre «agalactiae» significa «sin leche».
La infección causada por EGB puede dar lugar a una enfermedad grave e incluso mortal, especialmente en recién nacidos, ancianos y personas con inmunidad disminuida (neoplasia, cirrosis...).
La infección invasiva por EGB es muy poco frecuente en adultos previamente sanos.

P. #1888

UN COLAPSO PULMONAR INESPERADO

Silvia Barrero Martín, Susana De Juan Matilla, Beatriz Alonso Serna, Susana Duce Tello, Enith Fernanda Mollocana Jacome, Esther Tejada Solis

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 25 años, fumador de 1 paquete/día, sin antecedentes personales de interés.
Acude a urgencias por cuadro de dolor torácico de aparición de súbito mientras se encontraba en reposo, que aumenta con la inspiración y con los accesos de tos. Asocia sensación disneica. Refiere que mejora ligeramente al inclinarse hacia delante. No traumatismo en esta zona. No refiere episodios previos. No fiebre ni otra clínica acompañante.
A su llegada al servicio de urgencias, el paciente se encuentra afebril, ligeramente taquipneico en reposo y manteniendo saturaciones basales del 98%. Impresiona de complexión delgada. Normocoloreado, normoperfundido y normohidratado.
A la exploración física se encuentra taquicárdico sin soplos ni extratonos y a la auscultación pulmonar impresiona de hipoventilación en campo pulmonar izquierdo. No dolor abdominal ni edemas en miembros inferiores.
Durante su estancia en urgencias pautamos tratamiento sintomático con escasa mejoría.
Solicitamos electrocardiograma donde objetivamos taquicardia sinusal a 130 latidos por minuto sin otros hallazgos. Analíticamente, presenta ligero aumento de reactantes de fase aguda con leucocitosis y neutrofilia.
En la radiografía de tórax objetivamos neumotórax izquierdo espontáneo, por lo que se contacta con el servicio de Cirugía Torácica para drenaje torácico en condiciones de asepsia.
Posteriormente se realiza radiografía de control para valorar colocación de drenaje torácico manteniendo analgesia para el control del dolor.
Tras procedimiento, se ingresa al paciente para control del dolor y vigilancia de posibles complicaciones donde evoluciona favorablemente.

CONCLUSIONES

- Un neumotórax es la acumulación de aire en el espacio pleural, el espacio entre la pleura visceral y la pleura parietal. Esto provoca que el pulmón afectado se colapse parcial o completamente, lo que puede generar dificultad para respirar y dolor torácico intenso súbito.
- Es fundamental realizar una buena exploración física que sospeche esta patología subyacente.
- Hay que realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como pericarditis, taponamiento cardiaco, infarto agudo de miocardio, embolismo pulmonar, contusión pulmonar, neumonía o pleuritis aguda, asma grave o exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, atelectasia o trastornos del esófago como la perforación esofágica.
- En la anamnesis, hay que tener en cuenta la presencia de antecedente traumático, antecedente de enfermedad pulmonar subyacente o predisposición del paciente siendo población de riesgo los hombres jóvenes, delgados y fumadores.
- La radiografía de tórax es la prueba de primera línea para confirmar el diagnóstico de neumotórax.
- Debemos sospechar un neumotórax ante cuadro de dolor torácico agudo y de características pleuríticas, en pacientes con dificultad para respirar asociando hipotensión, taquicardia o taquipnea.
- Es fundamental realizar un abordaje terapéutico urgente como colocar drenaje torácico o pleurodesis para aliviar la presión y evitar el colapso cardiovascular y la insuficiencia respiratoria.
- La tasa de recurrencia del neumotórax espontanea es relativamente alta en torno al 30-50 % en los 2 a 5 años siguientes.

P. #1890

NEUMONÍA ATÍPICA EN EDAD PEDIÁTRICA

Ana De Jesús Izaguirre Lugo, Ángel José Macías López, Paloma Azcoitia Plaza, Guillermo Peña García
G.A.S. Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 12 años de edad sus antecedentes médicos de interés, intervenido de adenoidectomía y amigdalectomía . Vacunación completa según calendario vacunal. Acude al servicio de Urgencias acompañado por sus padres por cuadro de malestar general, tos sin expectoración y fiebre termometrada en domicilio hasta 38.5°C desde hace cuatro días, en tratamiento con Paracetamol e Ibuprofeno por síndrome gripal. Sus padres refieren encontrarle el día de hoy en peor estado general, persistencia de fiebre que no cede con toma de antitérmicos habituales. No disnea ni dolor torácico. No refiere dolor abdominal ni alteración de ritmo intestinal. No otros síntomas en anamnesis por aparatos y sistemas. A la exploración física T:38.2°C TA: 134/80mmHg FC: 104 lpm SatO2: 98% basal. TEP estable . No petequias ni exantemas . Cabeza y cuello: sin alteraciones. Tórax: auscultación cardíaca rítmica no soplos. Auscultación pulmonar: disminución murmullo vesicular en base derecha sin ruidos agregados. Abdomen: sin alteraciones. Se decide realizar analítica sanguínea donde se observa leucocitosis y neutrofilia 3.300. PCR 2.10 y procalcitonina 0.08. Se realiza radiografía de tórax donde se observa condensación en lóbulo medio derecho . ICT normal. Dado estos hallazgos se decide solicitar panel de virus respiratorios donde se aísla Mycoplasma Pneumoniae. Se realiza interconsulta a servicio de Pediatría de guardia donde se decide tratamiento ambulatorio dado el buen estado general del paciente y saturación de oxígeno correcta, se pauta tratamiento domiciliaria con azitromicina y reevaluar por su Pediatra en 48 horas.

CONCLUSIONES

En niños, Mycoplasma Pneumoniae es una causa frecuente de procesos febriles y respiratorios, tanto de vías altas como neumonías de adquisición comunitaria y junto a S. pneumoniae es el principal agente etiológico de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad (NAC) en escolares y adolescentes. Se presenta en epidemias cíclicas (En la bibliografía se describen brotes epidémicos cada 3-7 años). El diagnóstico de la infección por MP se realiza mediante la determinación de serologías y/o la detecciónde material genético mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR). El período de incubación de las infecciones es de unas 3 semanas y presenta una alta transmisibilidad por contacto estrecho a través de gotitas respiratorias gruesas, por lo que puede producir brotes intrafamiliares y en comunidades cerradas (colegios, guarderías, residencias de estudiantes…). El mecanismo por el que se produce la infección parece estar en relación tanto con efectos directos de la bacteria, como indirectos inmunomediados y por la presencia de vasculitis secundarias a la respuesta inflamatoria. La inmunidad en respuesta a la infección no es duradera y, aunque la IgG se puede mantener positiva largos períodos de tiempo, las reinfecciones a lo largo de la vida son frecuentes. Las manifestaciones clínicas son muy variables. Son frecuentes la tos (inicialmente seca y no productiva), el malestar general, la fiebre y la cefalea. Muchos pacientes asocian manifestaciones extrapulmonares (exantemas, afectación articular o del sistema nervioso central, alteraciones hematológicas y síntomas digestivos), posiblemente secundarias más a mecanismos inmunomediados que a lesión directa del microorganismo. Mycoplasma Pneumoniae, carece de pared celular, lo cual le hace resistente a los antibióticos betalactámicos, siendo los macrólidos los antibióticos de elección para su tratamiento. Se han descrito tasas de resistencia variable a macrólidos a nivel mundial; en estos casos la doxiciclina y las fluorquinolonas son las principales alternativas terapéuticas.

P. #1892

LEMIERRE, LA ENFERMEDAD OLVIDADA

Nayra Del Pino Cabrera González[1], Blanca María Espejo López[2], Jorge Naranjo Monzon[2], Hans Alarcon Van Vrest[2], José Manuel Pavon Monzo[1]

1. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Arucas, España
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Las Palmas De Gran Canaria, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años de edad, con antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) durante el embarazo.
Acude al servicio de Urgencias por tercera vez, por malestar de 15 dias con dolor cervical y dorsalgia marcada, que se acompaña de inflamación de región latero cervical derecha. Fiebre al inicio del cuadro, que ha remitido tras tratamiento domiciliario con amoxicilina clavulánico 7 dias por odinofagia.
Febril a su llegada, con temperatura de 39.5ºC, Tensión arterial 90/50 y Frecuencia cardiaca 89lpm.
No se palpa masa cervical ,ni aumento de parótida ni otra glándula salival, pero impresiona de empastamiento del tejido subcutáneo. No plétora facial ni circulación colateral. No adenopatías. Faringe sin lesiones.
La auscultación es normal. Abdomen y extremidades normales. Exploración neurológica sin hallazgos.
En las Pruebas complementarias: Leucocitos 32.100 mil (90%Neutrofilos) Hemoglobina 11.8 Plaquetas 424.000. En la bioquímica: Creatinina 0.86, iones normales, Proteina C reactiva 318, Procalcitonina 14.20 y Ferritina 1264.
Se le realizo TAC Cuello-Cráneo: Trombosis de vena yugular interna derecha que se extiende craneal al formen yugular hasta el seno sigmoide. Probable trombosis de senos venosos transverso y sigmoideo derecho.
Se realiza TAC de toráx que descarta la presencia de mediastinitis.
Se inicia anticoagulación desde urgencias con Heparina de bajo peso molecular a dosis de 1mg/kg/peso c/12h, para 70Kg y se cubre con piperacilina tazobactam.
En Hemocultivos se aisla a las 48h, Streptococcus pyogenes por lo que se modifica antibioterapia, con penicilina en perfusión continua y linezolid, con adecuada evolucion.

CONCLUSIONES

La trombosis de la vena yugular nos debe siempre hacer descartar procesos neoplásicos pero también infección de la región orofaringea .
El Sindrome de Lemierre es una patología muy infrecuente pero muy grave, que consiste en la tromboflebitis de la vena yugular interna en ocasiones con metastasis sépticas, que afectan preferentemente al pulmón aunque puede afectar a otros territorios, descrito en el año 1936 por Lemierre.
Su incidencia es de 0,8 casos por millón y año y y debe considerarse en una paciente con antecedente de infección del área orofaríngea, tumefacción laterocervical y datos de sepsis. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes previamente sanos y tiene un segundo pico de incidencia en ancianos.
El microorganismo más frecuentemente aislado es el Fusobacterium necrophorum.
El diagnóstico inicial es clínico, con fiebre elevada tras los primeros días del proceso amigdalar. El dolor y la tumefacción en el cuello puede ser muy marcado y es lo que refleja la trombosis de la vena yugular interna.
En el momento del diagnóstico la exploración otorrinolaringológica puede ser completamente normal con una mejoría de la faringoamigdalitis o por el contrario permanecer con inflamación de la zona.
Se trata de una patologia grave con alta mortalidad, que requiere de alto indice de sospecha dada su baja incidencia. Nuestra paciente requirio de múltipes visitas al servicio.
La presentación típica se caracteriza por émbolos sépticos pulmonares con o sin, otras infecciones metastasicas, tras un episodio de faringoamigdalitis, asociada a una tromboflebitis septica de la vena yugular interna.
El tratamiento antibiotico precoz y prlongado, la anticoagulación y en ocasiones la escisión quirúrgica de las yugulares han mejorado la supervivencia.

P. #1897

ATENCIÓN DE UN SÍNDROME DE LERICHE EN UN CHARE

Vicente Gallardo Ortiz
CHARE Guadix, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 55 años que acude al hare de Guadix por disnea.
El paciente niega patologias o tratamiento previo, pero se descubre un ictus cerebeloso y una coagulopatia hace 10 años sin seguimiento.
Acude al box de críticos con saturación de 88% en aa. TA 180/110, FC 110. Refiere episodio sincopal autolimitado con importante disnea desde la mañana, sin dolor torácico ni fiebre. Si presenta sudoración profusa aunque sin escalofrios. Niega otra clínica
A la exploración se aprecian crepitantes húmedos bilaterales, con roncus, sin sibilantes, nada cardiaco, edemas en miembros 2/3, abdomen sin hallazgos.
Se realiza eco fast pulmonar que destaca presencia de líneas B, mala ventana cardiaca pero aceptable contractibilidad. ECG: taquicardia sinusal. RxTx: leve congestion pulmonar.
En el proceso de exloracion el paciente presenta un episodio de pérdida de consciencia autolimitada de varios segundos de duración, con pérdida de control de esfínteres sin alteraciones en monitor.
Se inicia tto con aersolterapia completa, corticoides, antipiréticos, furosemida con sat de 92-93% por lo que se coloca BIPAP con presiones de 14/7 y Fi02 del 35% que se reduce hasta 28% consiguiendo saturaciones del 97%
Posteriormente el paciente presenta cuadro de hipotensión 6/3 junto con bradicardia a 32 latidos sin pérdida de consciencia. La bradicardia se resuelve espontáneamente ascendiendo a 50 latidos. La hipotensión se compensa con noradrenalina, que se empieza 1 amp en 500 cc de glucosado a 16ml/h, pero precisa subir hasta 28ml/h, con lo que se consiguen TA de 128/65.
Tras estos tratamientos el paciente refiere encontrarse mejor clínicamente, con disminución de la disnea, sin alteraciones del nivel de consciencia o nuevos sincopes
En la analítica destaca un DD 3,4, y láctico de 3,5, creat de 1,2, resto sin hallazgos. Se administra enoxaparina de 100mg. Se solicita traslado a RCP de Hospital de Referencia (HUVN) y se avisa a UCI. Se traslada al paciente con helicóptero de 061.
En Hospital de referencia se realiza angio TC para descartar TEP, que no presenta, pero si:
- ateromatosis calcificada en descente torácica
- ateromatosis mixta en de aorta infrarrenal con repleción total de la luz de la orta abdominal infrarrenal y de ambas arterias iliacas. Asocia colateralidad con adecauda repermeabilización distal de la luz de ambas arterias iliacas externas
- Arteria polar inferior para el riñon derecho. Adecuada permeabilidad de ambas arterias renales desde su origen hasta sus tercios distal, apreciándose distalmente una falta de opacificacion de varias arterias segmentarias e interlobares, predominantemente en el riñon izuiqerdo, asociada a multiples áreas corticomedulares hipodensas e hiporrealzantes compatibles con infartos renales múltiples, que ocupan la práctica totalidad del parénquima renal izquierdo. Adecuada excrección de contraste en fases tardias de ambos riñones
- Estenosis significativa de la porcion proximal del tronco celíaco, con adecuada reperfusión distal
- placa de ateroma no calcificada suboclusiva ocupando un segmento de 1,7cm de longitud en tercio proxima de mesentérica superior
- Posbible isquemia intestinal de asas ilealas en fosa iliaca derecha

Conclusion:
Sd de Leriche
Ante dicho cuadro se intervino de quirúrgicamente por cirugía general y vascular. En la UCI precisó de drogas vasoactivas y observación... Actualmente en planta

CONCLUSIONES

Ve a tus revisiones y no dejes de tomarte en anticoagulante oral por iniciativa propia...

P. #1898

DOCTORA, NECESITO SABER QUE ME PASA

Sara Calle Fernández, Carmen Rodríguez Buza, Lorena González Rodríguez, Beatriz Jiménez Gómez Del Pulgar, Ivana Tavasi López

Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares), Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 76 años, hipertenso como único antecedente. Acude a urgencias porque desde hace unas horas presenta cuadro de dolor abdominal que localiza en epigastrio. Asocia vómitos de contenido alimenticio y deposiciones diarreicas, la última con sangre. No fiebre. No refiere otra sintomatología en anamnesis por sistemas y aparatos. Convivientes y contactos de paciente asintomáticos.

En exploración: T° 37'2°C TA 136/99 FC 130 lpm satO2 96% basal FR 14. Presenta buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. En ausculatación cardiopulmonar el paciente se encuentra arrítmico a unos 120 lpm sin soplos y sin ruidos respiratorios. El abdomen es blando, globuloso y depresible con dolor a la palpación de epigastrio sin signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos conservados. Blumberg y Murphy negativos. No masas ni megalias. En el tacto rectal no se aprecian fisuras ni hemorroides y no se palpan masas, pero dedil presenta restos de heces hematoquécicas.

Como pruebas complementarias, inicialmente se realiza ECG dado que el paciente se encuentra arrítmico y se objetiva una fibrilación auricular (FA) no conocida a 130 lpm (imagen 1). En analítica destacan: leucocitos 17400 UL, neutrófilos 15600 UL, LDH 314 UI/L, PCR 1'91 mg/dl, y lactato 3'8. Troponinas negativas y resto de analítica sin alteraciones. Como pruebas de imagen iniciales, se realizo radiografía de tórax normal y de abdomen en la que se aprecia ausencia de gas distal (imagen 2). El paciente recibe 5 mg de bisoprolol controlando frecuencia cardíaca y se encuentra recibiendo perfusión de pantoprazol y analgesia con opioides que no controlan el dolor. Con todo lo referido, se sospecha una isquemia mesentérica aguda, por lo que se solicita TAC abdominal con contraste, el cual confirma extensa isquemia intestinal, secundaria a trombosis de arteria mesentérica superior (AMS) (imagen 3).

Se contacta con cirugía vascular de nuestro hospital de referencia y el paciente es aceptado y trasladado. Se le realiza trombectomía farmacomecánica de AMS con correcta repermeabilización + laparotomía con resección intestinal de segmento isquémico. Ingresa en UCI para estabilizar y realizar second look a las 24 horas, tras el cual se reseca parte de intestino delgado y colon derecho por persistencia de restos isquémicos. Actualmente continúa ingresado en UCI para recuperación y cuidados postintervención.

CONCLUSIONES

La isquemia intestinal aguda (IIA) se debe a un estado de hipoperfusión brusca del intestino derivado de embolias, trombosis arteriales o venosas o síndrome isquémico no oclusivo. Es una patología relativamente infrecuente, ya que solo un 0'5% de los dolores abdominales que llegan a urgencias tienen IIA. Se considera una enfermedad grave con elevada morbimortalidad ya que la mayoría de las veces el diagnóstico llega en fases avanzadas cuando la peritonitis se ha establecido, por lo que un diagnóstico precoz mejora el pronóstico. Para ello, deberemos sospechar esta patología ante la presencia de dolor intenso en epigastrio o periumbilical, vómitos o diarreas con sangre y la asociación de fenómenos potencialmente embolígenos, como en nuestro caso fue la presencia de FA no conocida. Como datos analíticos, pueden reforzar el diagnóstico la presencia de leucocitosis, aumento de lactato y dímero D. El tratamiento suele ser resección intestinal asociada o no a embolectomía, mejorando la supervivencia si el abordaje se realiza en las primeras 12 horas.

P. #1903

UN MUNDO BAJO EL MAR

Belén Alemán Santana[1], Héctor Cabrera Galván[2], Libertad Goya Arteaga[2], María Nayibe González Lorenzo[2]

1. HUSNC, Santa Cruz De Tenerife, España
2. SNU Los Gladiolos, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 16 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias Hospitalarias con gran edema, calor local y dolor en brazo izquierdo, tras roce hace dos días con animal marino.
El paciente acude por sus medios con buen estado general, exploración por sistemas dentro de la normalidad. Se evidencia gran edema de partes blandas en brazo izquierdo con signos de flogosis hasta axila y con lesión inicial lineal con vesículas en muñeca. Pulsos y sensibilidad tactoalgésica conservada.
Durante la espera de las pruebas complementarias, el paciente comienza con postración, Tensión arterial de 100/67 mmHg, Frecuencia Cardiaca de 130 latidos por minuto, Saturación de oxígeno 100% basal, frecuencia respiratoria 34 y Temperatura de 39ºC. En el resultado de la analítica se evidenciaron datos de sepsis y fallo multiorgánico: (Creatinina 5 mg/dl, Filtrado glomerular 25, Bilirrubina total 1,2 U/L, Aspartato aminotransferasa 467 U/L, alanina aminotransferasa 879 U/L, gamma glutamil transferasa 1800 U/L, Proteína C reactiva 38, procalcitonina 78, leucocitos 28000 a expensas de neutrofilia con alteración de la coagulación). Se procede a monitorizar al paciente, se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro con meropenem 1 gr endovenoso, fluidoterapia intensiva con2000 cc Suero salino y analgesia con tramadol 100 mgr. Se procede a ingresar al paciente en el Servicio de Medicina Intensiva.

CONCLUSIONES

El gusano de fuego es una especie marina que suele habitar en zonas rocosas dispuestas en el Atlántico, Mar Rojo, Caribe y México. Su relevancia reside en una neurotoxina, sin antídoto, que inoculan a través del contacto con las quetas presentes en todo su cuerpo pudiendo afectar al sistema nervioso central. El diagnóstico debe ser precoz ya que el tratamiento óptimo reside en la primera media hora con limpieza de la herida, calor local, antibioterapia y antiinflamatorios, así como vigilancia hospitalaria para controlar posibles manifestaciones neurológicas y sistémicas.
La conclusión fundamental reside en la vigilancia constante y revaloración de los pacientes con patología infecciosa ya que un diagnóstico y tratamiento tardío pueden desencadenar en un fallo multiorgánico con posible shock séptico o incluso desencadenar la muerte.

P. #1904

DISNEA DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN Y UN TAC ATÍPICO

Ainara Alberdi Lekuona, Lina María Moreno Pitalua

Hospital QuironSalud Badalona, Badalona, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:
Varón de 61 años. Ex-fumador. No FRCV. Sin tratamiento habitual.
Anamnesis:
Cuadro de disnea de 3 meses de evolución, con empeoramiento clínico desde hace 15 días. Sin tos ni expectoración. No fiebre. No astenia ni pérdida de peso.
Tras realización de TAC torácico con resultado patológico en otro centro, es dado de alta a domicilio con recomendación de valoración por Neumología.
Debido a persistencia clínica acude a nuestro centro.
Exploración física:
TA 148/89mmHg; FC 82lpm, Tª 36,2ºC; SatO2: 92%, FR 27rpm.
Paciente con afectación del estado general por aumento de trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria. Auscultación pulmonar con roncus en bases y sibilantes espiratorios. Palpación abdominal no patológica. Otras exploraciones sin alteraciones.
Exploraciones complementarias:
Rx de tórax con patrón radiológico miliar sin infiltrados parenquimatosos. Analítica con hemograma normal, sin alteraciones renales ni hepáticas. PCR 1,5.
TAC Toracoabdominal con incontables imágenes pseudonodulares milimétricas pulmonares difusas y lesión pancreática en proceso uncinado con múltiples adenopatías aumentadas de tamaño en territorio retroperitoneal.
Como primera opción diagnóstica posible, neoplasia pancreática con afectación pulmonar M1 con diseminación miliar. Sin poder descartar causas como TBC miliar, sarcoidosis o neumoconiosis.
Tratamiento y plan de actuación:
Dados los hallazgos radiológicos y la insuficiencia respiratoria, se decide ingreso en hospitalización para estudio y oxigenoterapia. Se realizan analítica con CA 19,9 en 165UI/ml, RMN pancreática y PET TC que refuerzan la sospecha diagnóstica y se realiza ecoendoscopia con toma de biopsias de lesión pancreática pendiente de resultados.

CONCLUSIONES

A pesar de los avances en el diagnóstico y en el tratamiento el cáncer de páncreas, sigue siendo una de las causas más frecuentes de muerte por cáncer en los países desarrollados. Esto se debe a la precoz diseminación vascular, linfática y perineural, que hace que un 85% de los pacientes presenten enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico.
El patrón miliar presente en la Rx y TC de tórax, es más frecuente en procesos de diseminación hematógena, y aunque son pocas las patologías que cursan con dicho patrón, éstas son de etiologías muy dispares (infecciosa, neoplásica, inflamatoria, etc); lo que dificulta el diagnóstico.

En éste caso, aunque lo más llamativo del caso hayan sido los hallazgos radiológicos y el diagnóstico diferencial que se nos presentaba desde un inicio, cabe destacar que el paciente, habiendo consultado previamente en otro centro, acudió a nosotros con una insuficiencia respiratoria aguda a la que no se había prestado soporte. Como médicos, debemos velar siempre por la seguridad del paciente, y si los recursos de los que disponemos no son suficientes para un correcto seguimiento, podemos derivar al paciente a otros centros, pero siempre asegurando una estabilidad clínica y acompañamiento con el soporte necesario.

P. #1907

ADENOPATÍA INGUINAL A ESTUDIO: ¿SE DEBE INCLUIR EL LINFOGRANULOMA VENÉREO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

María Cecilia Yañez Palma, Beatriz Angós Sáez De Guinoa, Laura Santos Franco, Silvia Barrero Martín, Crsitina González González, Natalia Oviedo Arévalo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 30 años con antecedentes de criptorquidia izquierda con extirpación de restos testiculares a los 30 meses de edad, fumador activo tabaco y cannabis. Acude a urgencias por segunda vez por presencia de adenopatías inguinales derecha que no mejoran pese al tratamiento pautado inicialmente con amoxicilina/clavulánico. Refiere febrícula al inicio del cuadro con aumento del tamaño de las adenopatías de 2 meses de evolución, sudoración vespertina, no pérdida de peso, no clínica miccional, no lesiones genitales, orales ni cutáneas. Refiere relaciones heterosexuales de riesgo, sin penetración anal en los dos últimos meses (ambas se han realizado serologías y estudios que fueron negativos). Niega HSH o chemsex.

A la exploración destaca adenopatía inguinal derecha dolorosa sin supuración, de coloración eritematovioláceа, no adheridos a planos profundos. Pene sin lesiones. Prótesis testicular izquierda. Resto de exploración sin datos de interés.

Se extraen serologías, la analítica sanguínea destaca LDH 236 sin datos de elevación de reactantes. Se administra ceftriaxona dosis única IM y se inicia doxiciclina 100 mg c/12hs por 21 días. Se remite a consulta de infecciosas con ecografía previa. El paciente acude nuevamente a urgencias por no presentar mejoría y se decide ingreso.

Durante su ingreso en planta, se repite analítica completa sin elevación de reactantes de fase aguda, únicamente destaca presencia de LDH 275 U/L, VSG 41mm. Inmunoglobulinas, marcadores tumorales negativos. EEF sin alteraciones ni componentes monoclonales. Vitamina B12 794000 pg/ml. Ac fólico 3,1 ng/ml.

Serologías de urgencias: serologías VHB, VHC, VIH, lúes negativa. PCR en orina ITS negativa. IGRA negativo.

Nueva PCR ITS (triple toma para chlamydia, gonococo, micoplasma): exudado uretral, faríngeo, rectal: NEGATIVO.

Ecografía de partes blandas: adenopatías con abundante vascularización de aspecto patológico, con datos de colección de 5x1,5cm, sin poder descartar que corresponda con una adenopatía necrosada. PAAF colección: PCR negativa para gonococo, POSITIVA Chlamydia, LGV POSITIVO. Se inicia tratamiento con doxiciclina con buena evolución clínica y se decide alta.

Diagnóstico: Conglomerado adenopático inguinal derecho secundario a linfogranuloma venéreo.

CONCLUSIONES

• El LGV se manifiesta por una seria de fases según el lugar de inoculación. Puede producir una enfermedad inguinal o un síndrome anorrectal. La primera fase se presenta durante el

primer mes postexposición, con la aparición de una pápula indolora en muchas ocasiones inadvertida. La segunda fase a las 2-6 semanas posteriores, se manifiesta con inflamación de los ganglios regionales, generalmente unilateral y puede abscedificarse. En esta segunda fase, también puede presentarse síntomas sistémicos, como fiebre o artromialgias. En los casos de exposición rectal, también destaca la presencia de proctitis, con otra clínica asociada, como rectorragia o exudados purulentos anales, que obliga al diagnóstico diferencial con otras entidades, como la enfermedad inflamatoria intestinal.

- A toda adenopatía inguinal a estudio, se debe incluir siempre el despistaje de LGV en el diagnóstico diferencial.
- La presencia de granulomas necrotizantes obliga siempre a descartar enfermedad tuberculosa, entre otras entidades.
- Es frecuente que la PCR de muestra anal y uretral sea negativa en la segunda fase del LGV, por ello es muy útil el estudio microbiológico del aspirado adenopático.
- Una vez alcanzado el diagnóstico, es preciso iniciar de forma temprana el tratamiento antibiótico con doxiciclina 100mg c/12hs por 21 días, dejando como alternativa eritromicina azitromicina.
- El aumento de frecuencia de la enfermedad, a llevado al estudio sistemático de pacientes VIH positivo, mediante serología de LGV en hombres que mantengan sexo con hombres que refieran prácticas anales receptivas en los 6 meses previos.

P. #1912

EMBOLIA PULMONAR: CASO CLÍNICO

Inés Cañardo Alastuey[1], Clara Cañardo Alastuey[2]

1. Hospital Universitario San Jorge, Huesca, España
2. 061 Aragón, Huesca, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 41 años con antecedentes personales de obesidad grado II y trombosis venosa profunda en extremidad inferior izquierda hace 6 meses, sin tratamiento habitual, que es traída a Urgencias en SVA del 061 tras parada cardiorrespiratoria (PCR) en domicilio.

La madre de la paciente refiere que esta mañana al levantarse se quejaba de dolor en pierna derecha y minutos antes de la PCR comenzó con disnea súbita, por lo que llama al 061.

A la llegada del 061 ECG muestra actividad eléctrica sin pulso que posteriormente pasa a asistolia. Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y administración de adrenalina hasta 16 mg y atropina 3 mg, a los 10 minutos de inicio de dichas maniobras recupera pulso. Durante la PCR se contacta con intensivista de nuestro hospital para valorar administración de fibrinolítico, administrándose 100 mg de TNK, se procede a intubación orotraqueal con tubo endotraqueal del 7,5.

A su llegada a urgencias, paciente con compresor externo mecánico, se objetiva cianosis generalizada. Se comenta caso con intensivista de guardia que acuden a valorar a paciente.

A la exploración, FR 25 rpm, TA 66/36 mmHg. Auscultación cardiaca: silencio auscultatorio. Auscultación pulmonar: hipoventilación. Abdomen: anodino. Neurológica: pupilas midriáticas arreactivas. Glasgow O1-V1-M1 sin sedoanalgesia.

Se retira compresor mecánico y se inician maniobras manuales con mejoría de cianosis, tras 10 minutos de RCP y tras administración de otros 4 mg de adrenalina, 1 mg de atropina, bicarbonato 1 M 750 mmol y 40 mEq de gluconato cálcico. Se canaliza vía femoral derecha iniciándose perfusión de noradrenalina a 1,08 ug/kg/min. Posteriormente se realiza ecocardiografía objetivándose dilatación de cavidades derechas con FEVI severamente deprimida, por lo que se inicia dobutamina a 10 ug/kg/min. Pese a esto persiste situación de inestabilidad hemodinámica. Se realiza TC craneal dada PCR prolongada y fibrinolítico con hallazgo de signos de encefalopatía hipóxico-isquémica y angioTC torácico en que se objetiva tromboembolismo pulmonar bilateral.

Posteriormente ingresa en UCI, se realiza interconsulta a radiología intervencionista quienes desestiman trombectomía por ser distales los trombos e indican administración de alteplasa un bolo de 10 mg + 90 mg en perfusión continua a pasar en 2 horas. Se realizan también gasometrías arteriales objetivándose situación de acidosis respiratoria con pH <6,8 y lactato >17 mmol. Se informa a la familia de la mala situación clínica, así como del posible desenlace fatal.

Juicio clínico: parada cardiorrespiratoria debida a embolia pulmonar.

CONCLUSIONES

La paciente presenta inestabilidad hemodinámica en todo momento precisando de drogas vasoactivas a dosis máximas. Además, el ácido láctico permanece elevado desde el inicio sin bajar pese a maniobras resucitadoras de buena calidad con acidosis metabólica y respiratoria de muy difícil control. Se desestima por parte de radiología intervencionista la trombectomía por ser los trombos distales y se decide re-fibrinolisis con alteplasa.
La paciente presenta mala evolución inmediata con situación de fallo multiorgánico desde el inicio y finalmente la paciente acaba falleciendo acompañada de su familia.

P. #1915

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE UN COLICO RENOURETERAL Y UN TUBO DE TORAX? NUEVOS HORIZONTES TERAPÉUTICOS...

MONIKA Vicente Martín, Vanesa Ortiz Heras, Sara Solis Moreno, Rafael Fernando Beijinho Do Rosario

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE UN COLICO RENOURETERAL Y UN TUBO DE TORAX?. NUEVOS HORIZONTES TERAPÉUTICOS….
Historia clinica
Paciente de 49 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en flanco izquierdo
Como antecedentes personales
Obesidad
Anemia ferropénica en relación a perdidas ginecológicas sin tratamiento
Cirugías previas: Banda gástrica en 2006, Gastrectomía tubular en 2011
Situación basal: Sensorio despejado; Autonomía ABVD.
2 abortos, 3 hijos
No tratamiento habitual
Enfermedad actual: Paciente mujer de 49 años de edad que acude traída por SAMUR por inicio brusco a las 3:00 de dolor en flanco izquierdo no irradiado a región lumbar, que no ha cedido tras administración de Metamizol y Ketorolaco. La paciente no refiere fiebre termometrada los días previos. No nauseas ni vómitos. No cambios en el tránsito intestinal. No síndrome miccional.
Se solicitan a su llegada pruebas complementarias: analítica, sedimento de orina y urocultivo y se inicia tratamiento analgésico con dexketoprofeno, con leve mejoría, por lo que se pauta media petidina.
En resultados analíticos no hay leucocitosis ni neutrofilia con pcr de 2,3, función renal conservada, no otros hallazgos.
En el sedimento de orina
Nitritos POSITIVOS , Leucocitos NEGATIVOS y Sedimento urgente con Leucocitos aislados, Células Células de Vias Bajas Frecuentes , Cristales Cristales de Urato Amorfos Aislados y Presencia de bacteriuria.
Ante la sospecha de colico renoureteral versus infección urinaria, dado que continua con dolor se mantiene en observación.
A mi llegada realizo nueva anamnesis y exploración física, y ante los hallazgos en las mismas, amplio pruebas complementarias con radiografia de torax, parrilla costal y ecografia a pie de cama, donde se objetiva derrame pleural izquierdo, por lo que se realiza toracocentesis diagnostica con liquido de aspecto purulento.
Se envía liquido pleural con el siguiente resultado
Análisis de liquido: Glucosa 7 mg/dl, Proteínas 3.9 g/dl, LDH 1171 U/L ( ), LPL-Lactato 16.15 mmol/L (0.0 - 5.0), Recuento celular en Líquido Pleural: Recuento de leucocitos 44520 cel/mm3, % Polimorfonucleares 90 %, % Linfomononucleares 10 %, Recuento de hematíes 80000 cel/mm3.
Se realiza TAC torácico donde se objetiva hidroneumotorax izquierdo con pequeño componente liquido y cámara aérea

de disposición laterobasal con extravasación de contraste y la fuga parece encontrarse en el extremo superior de la sutura de gastrectomía tubular, extendiéndose al hemitórax izquierdo a través del hiato esofágico, condicionando atelectasia de la porción inferior del lóbulo inferior izq.
Con los resultados del TAC y el liquido pleural se inicia tratamiento antibiótico y de soporte, asi como analgésico y nos ponemos en contacto con el Hospital Universitario Gregorio Marañon para su traslado a cargo de Cirugia Toracica para colocación de tubo de torax.
La paciente se encuentra en todo momento hemodinamicamente estable.
El diagnostico final es: hidroneumotorax leve izquierdo secundario a dehiscencia de sutura de la gastrectomía vertical

CONCLUSIONES

Conclusiones:
Destacar la importancia de una buena anamnesis y recopilación de antecedentes personales en todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias, asi como una detallada exploración física.
No dejarnos llevar por la inmediatez y las presunciones diagnosticas asi como no apoyarnos en pruebas complementarias que no son concluyentes
Hay que tener en cuenta que los pacientes jóvenes también pueden tener patologia compleja y no podemos desdeñar el dolor disruptivo como indicador de gravedad.

P. #1918

CUANDO TODO ESTA BIEN PERO EL PACIENTE IMPRESIONA DE GRAVEDAD: INFILTRACION MEDULAR CATASTRÓFICA

Cecilia Carolina Carrasco Vidoz, María Eugenia Vicente Tobar, Ruth Gómez Guerra, Raquel García De Pedro, Juana María Del Cañizo Canto, Carolina Fernández Palacios

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años, natural de Venezuela, en España desde hace 6 meses, antecedentes de anemia no estudiada que ha requerido múltiples transfusiones sanguíneas, desconoce si anemia familiar. Dengue y Hepatitis B autolimitada en el pasado. gestas 2, abortos 0, cesáreas 2 que precisaron transfusiones.
Mamoplastia de aumento y abdominoplastia que requirieron transfusiones sanguíneas por Hb 6g/dl
Inyección bilateral de "fillers de aumento" probablemente biopolímeros en ambos glúteos hace 10 años
Portadora de DIU de cobre desde hace 4 años.
Acude a urgencias por dolor lumbar derecho irradiado a FID de 5 hrs de evolución, Eva 10, no mejoría con tramadol, no fiebre, FUR hace 4 dias.No otra sintomatología.
En la exploración presenta: TA: 118/84 FC 76 lpm Temp 36°, llama la atención palidez cutánea, livideces en todo el cuerpo, impresiona de gravedad. Dolor a la palpacion de FID con defensa y blumberg positivo, livideces en abdomen.
Se realiza ecografía clínica a pie de cama que es normal.
Hemograma en mano con Hb 9.6, VCM 73, Láctico normal
Se pauta fentanilo 7.5 mg IV + Dexketoprofeno sin mejoría.
Dado el dolor se comenta con Ginecología ectópico y torsión ovárica.
Analíticamente todo normal, salvo LDH 341.
Muy mal control del dolor precisando mórficos a altas dosis, AINEs, Paracetamol, tramadol y metamizol sin mejoría.
TAC abdomino-pélvico con Contraste: No patología urgente, Esplenomegalia y extensa alteración de la atenuación ósea con áreas esclerosas que afecta predominantemente al esqueleto axial y femorales proximales, a valorar patología hematológica.
Se reinterrogo a la paciente, refiere transfusiones en las cirugías, siendo donante su padre. Siempre tiene hemoglobinas bajas. Niega perdida de peso, anorexia o sindrome constitucional, refiere fiebr de 40° hace 2 dias sin clinica acompañante.
Se realiza frotis sanguineo donde destaca reticulocitos bajos , test coombs negativo
RX de torax normal .
Persiste con Eva 8-10, dolor en apofisis vertebrales lumbares, hematoma en region lumbar derecho evolucionado.
Frotis: intensa anisotrombia, con anisopoiquilocitosis con dacriocitos frecuentes, desviacion izq con dacriocitos
Dado el mal control del dolor se ingresa a la paciente con diagnostico de anemia probablemente ferropenica y lesiones esclerosas con dacriocitos. Se pauta analagesia, enoxaparina profilactica y omeprazol.
a las 24 hrs se realiza biopsia de medula osea(MO) pendiente de resultados
A las 48 hrs del ingreso en urgencias la paciente se inestabiliza,

presentando disnea súbita, opresión torácica, taquipnea, desaturación precisando VMSK 50% e hipotensión. Ingresa en UCI, solicitan AngioTAC: Tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo con áreas de infarto pulmonar bilateral, datos de sobrecarga de cavidades derechas y dilatación del VD. En Hb 8.9 resto normal.
Dada la inestabilidad se decide trasladoa hospital de 1° nivel para tombectomia no exitosa, empeoramiento clinico. PCR prolongada y refractaria a todo por lo que finalmente fallece con los siguientes diagnosticos
dias despues resultado de MO: Infiltracion medular de > 90% pleleucoeritroblastico y mieloptisis por celulas pequeñas no identificables
Tromboempolismo pulmonar agudo con disfuncion grave del VD y shock cardiogenico secundario
Probable neoplasia maligna con infiltracion medular
hemoglobinopatia hereditaria HbSB+ con brote hemolotico sobreañadido
Pancitopenia grave

CONCLUSIONES

En este caso , la clinica del paciente , el mal control del dolor nos alertan de la posible gravedad del cuadro , a pesar que todas las pruebas realizadas indicaban ausencia de patologia urgente el haber tenido en cuenta la clinica y el mal control dle dolor hizo que se ingresase a la paciente
El desenlace fatal ha dejado claro lo anterior , en 48 hrs la paciente , ha presentado multiples complicaciones llegando incluso a no poder llegar al diagnostico final.
Una vez mas , la clinica y el ojo clinico del medico , van por delante las pruebas complementarias.

P. #1923

LA CEFALEA PERSISTENTE QUE ESCONDE ALGO MÁS

Uma Menal De Escalada, Anna Boada Peiro, Ariel Eduardo Miranda, Mireia Hernández Ribera
HNSM, Andorra, Andorra

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 30 años, sin antecedentes patológicos de interés, ni alergias medicamentosas conocidas.
Consulta por cefalea de una semana de evolución.
Refiere cefalea intensa holocraneal opresiva, que empeora con la tos. Asocia además dificultad a la deambulación, por sensación entumecimiento del pie derecho y bradipsiquia.
Tratada con diferentes AINEs, actualmente Metamizol cada 8h + Dexametasona 4mg cada 12h a raíz de consulta médica telefónica sin mejoría por lo que acude.
Exploración física:
Temperatura 37,3°C Tensión arterial: 126/69mmHg Frecuencia cardíaca: 86lpm Frecuenria respiratoria 23rpm Spo2 96% Glucemiacapilar:102mg/dl
Exploración física por aparatos dentro de la normalidad, destacando bradipsiquia, Fuerza extremidad superior derecha 4/5 y Flexión dorsal del pie derecho 0/5. Hipoestesia pie derecho.
Analítica, ECG i Radiografía de tórax anodinas.
Se realiza TC cranial que muestra lesión hipodensa de 3,6cm parietal izquierda con edema condicionando un desplazamiento de linea media de 5mm con captación anular sugiriendo absceso cerebral vs Lesión ocupante de espacio única.
Se interconsulta con Neurocirugía de hospital de referencia y es derivado para estudio y manejo dada posibilidad origen tumoral, iniciándose Dexametasona+Dexketoprofen.
Se obtiene resultado VIH+ y Toxoplasma IgG+ y regresa a nuestro Centro.
Orientación Diagnóstica: Toxoplasmosis cerebral. VIH de debut con infección oportunista.

CONCLUSIONES

La toxoplasmosis es una infección causada por un parásito llamado Toxoplasma gondii. A menudo, las personas contraen esta infección por comer carne poco cocida. También puedes contraerla por el contacto con heces de gato. El parásito se puede trasmitir al bebé durante el embarazo.
Tienen especial riesgo de contraer la enfermedad las personas seropositivas. Igualmente, hay que tener precaución por parte de las mujeres embarazadas, infectadas con este parásito no presenta síntomas. Algunas tienen síntomas similares a los de la gripe. La forma grave de esta enfermedad afecta con más frecuencia a bebés y personas con sistemas inmunitarios debilitados.
Podemos dividir el total de los pacientes con toxoplasmosis en cuatro grupos:
- Sistema inmune intacto: La mayoría suele cursar de forma asintomática y autolimitada. Tan sólo un pequeño porcentaje de pacientes presentan febrícula, malestar general, cansancio y lo más frecuente la aparición de ganglios en la región cervical. Estos síntomas se resuelven en varias semanas salvo

las adenopatías que pueden persistir algunos meses.
- Inmunosupresión: En la mayoría de los casos se trata de una infección reactivada y suelen presentarse síntomas generales y sobre todo del sistema nervioso central como hemiplejia, hemiparesia, trastornos de la marcha y el equilibrio... a veces mortales.
- Toxoplasmosis ocular: Suele manifestarse como coriorretinitis y en la mayor parte de los casos es consecuencia de una infección congénita. Los síntomas son visión borrosa, dolor ocular, fotofobia.

d

Toxoplasmosis congénita: Consecuencia de una primoinfección en la mujer embarazada. Puede ser patente ya en el momento del nacimiento con alteraciones neurológicas, lesiones cutáneas, aumento de tamaño del hígado y bazo; o bien tardar meses o incluso años en presentarse. De aquí la importancia de los estudios de despistaje en la mujer embarazada.

Los síntomas más habituales son:

Hemiplejia.

Trastornos de la marcha y del equilibrio.

Visión borrosa.

Dolor ocular.

Puede disminuirse el riesgo de infección primaria evitando comer carne poco hecha (calentándola hasta 60°) o congelando los alimentos correctamente. Las frutas y verduras deben lavarse adecuadamente.

El diagnóstico es serológico o clínico.

La mayoría de las infecciones no necesita tratamiento. Aunque son numerosos los fármacos disponibles, el tratamiento de elección es la combinación de pirimetamina con sulfadiacina, que es capaz de controlar la fase de replicación rápida (fase aguda de la enfermedad), pero sin embargo no actúa sobre los quistes.

Frente a éstos parecen ser de gran utilidad los tratamientos con hidroxinaftoquinona (atovacuona) y azitromicina.

P. #1928

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ANÁLISIS TEMPORAL DE LA PATOLOGÍA TROMBOEMBÓLICA PULMONAR AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Inmaculada García Rupérez, Rocío Del Carmen Martín Galán, Rocío Ruiz Merino, Virginia Carbajosa Rodríguez, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Raúl López Izquierdo

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) supone una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencias (SU). Es una entidad que produce una elevada morbimortalidad, su diagnóstico en muchos casos es difícil y complejo. Los SU son los lugares en donde se hacen la mayoría de los diagnósticos de TEP. Valorar si existe una distribución temporal de estos pacientes podría ayudar a tener un mayor conocimiento de esta patología.

OBJETIVO

Conocer las características epidemiológicas y realizar un análisis temporal de los pacientes diagnosticados de TEP en la última década.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de TEP desde el año 2014-2024 en un SU. Variables: edad, grupo de edad (GE): 18-40 años, 41-65 años, 66-79 años, >79 años, sexo, año, mes. Análisis descriptivo de la muestra, descripción de la muestra: variables cuantitativas: mediana y rango intercuartílico (RIC), cualitativas: frecuencia y porcentaje. Análisis temporal de la muestra por meses mediante descomposición estacional por método multiplicativo y realización de regresión lineal calculando el R cuadrado de la función. Intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Software SPSS 29.0. Significación estadística p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N: 1253 pacientes; 0,30 pacientes / día. Edad mediana: 72,55 (58,73-82,09) años; GE: 18-40: 6,8%, 41-64: 28,1%, 65-79: 36,0%, >79: 29,1%; mujer: 52,0%: Edad y sexo: mujer: 76,2 (63,47-85,00) años, varón: 67,5 (56,0-78,24) años (p<0,001); GE y sexo: 18-40: mujer: 7,7%, varón: 5,8%; 41-64: mujer: 18,7%, varón: 38,2%, 65-79: mujer: 36,9%, varón: 35,0%, >79: mujer: 36,7%, varón: 20,0% (p<0,001). Años: 2014: 6,2%, 2015: 5,7%, 2016: 6,1%, 2017: 7,7%, 2018: 8,5%, 2019: 7,6%, 2020: 13,3%, 2021: 11,0%, 2022: 11,0%, 2023: 9,9%, 2024: 12,2%. Descomposición estacional por meses: enero: 120,8%, febrero: 98,0%, marzo: 119,1%, abril: 77,0%, mayo: 107,2%, junio: 88,0%, julio: 88,4%, agosto: 111,1%, septiembre: 92,9%, octubre: 109,5%, noviembre: 102, 2%, diciembre: 85,6%. Regresión lineal: R cuadrado 0,253 (p<0,001).

CONCLUSIONES

Ha habido un aumento en los diagnósticos de TEP a partir del 2020, manteniendo una tendencia creciente. Esta situación puede ser debido a un aumento de casos en relación con la pandemia, aunque también puede interpretarse con el incremento de pruebas diagnósticas realizadas; con el consecuente aumento del número de casos. El incremento del número de casos es similar en los distintos grupos de edades. El número de varones es mayor en los grupos de menor edad que las mujeres. El mes en que más TEP se esperan son los meses de enero, marzo, agosto y octubre.

P. #1931

SÍNDROME DE LEMIERRE: EN LA BÚSQUEDA INCANSABLE DE UN FOCO SE ENCONTRÓ UN TROMBO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Montilla Aguilera, Jaime Díaz Salazar, Ricardo García González

HCD Gómez Ulla CSVE, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al Servicio de urgencias una mujer de 17 años sin antecedentes de interés ni alergias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre y odinofagia, que no cede a pesar de tratamiento antibiótico con azitromicina (72h), asociando, además, cefalea y taquicardia.

A la exploración inicial destaca febrícula de 37.9°C, buen estado general, consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, bien hidratada y perfundida, eupneica.

A la auscultación cardiaca y pulmonar destaca taquicardia, resto dentro de la normalidad y sin ruidos. La exploración abdominal es normal.

Al explorar la orofaringe de la paciente destaca faringe hiperémica con aumento de tamaño amigdalar derecho, úvula centrada y sin placas amigdalares. Destaca la presencia de adenopatías laterocervicales ipsilaterales.

Se completan la toma de constantes de la paciente y se comprueba que se encuentra tendente a la hipotensión 120/40 mmHg y taquicardia en torno a 120 lpm.

Se solicita analítica de sangre, destacando elevación franca de reactantes de fase aguda, PCR 27.7 mg/dL, procalcitonina 50.7 ng/mL, creatinina 1.85 mg/dL, sin elevación de serie blanca y con una discreta plaquetopenia de 95x103/uL.

En este momento se constata la presencia de un cuadro de sepsis de origen probablemente, otorrinolaringológico, acompañado de fracaso renal agudo AKIN-I se contacta con el otorrinolaringólogo (ORL) de guardia y se pauta sueroterapia abundante y ceftriaxona 2g IV.

Se realiza una fibrolaringoscopia por parte de ORL, sin hallazgos patológicos durante la misma, sin abombamiento de paredes laríngeas, únicamente restos adenoideos en cavum que no obstruyen.

Debido a que la única sospecha de foco probable de la paciente era de la esfera ORL se solicita un TC cervical para descartar la posibilidad de absceso periamigdalino.

En el TC se visualiza una colección parafaríngea derecha de 30 mm en orofaringe que se extiende desde el borde inferior de la amígdala hacia el espacio masticador. Así como, una tromboflebitis segmentaria de vena yugular interna izquierda C2-C5, en este contexto clínico, un Síndrome de Lemierre.

Con los datos de imagen ORL se dispone a realizar el drenaje de la colección en la zona indicada, objetivándose la salida de abundante material purulento.

La paciente continúa con tendencia a la hipotensión, por lo que se intensifica el tratamiento con corticoterapia y se añade clindamicina 600 mg IV. Se contacta con Medicina Intensiva dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, no precarga dependiente y necesidad, por tanto, de soporte con drogas vasoactivas. UCI recomienda el tratamiento antibiótico

con piperacilina tazobactam. Se anticoagula a la paciente con fondaparinux debido a la trombopenia.
La paciente permanece en UCI 24 horas y es dada de alta a planta de ORL, al día siguiente empeora clínicamente, con aumento de la fiebre, dolor cervicomandibular intenso, edema cervical y disnea. Se realiza nuevo TC cervical, objetivándose aumento de tamaño del absceso periamigdalino derecho, que muestra una extensión al espacio retrofaríngeo, por lo que se realiza un nuevo drenaje y tras otra breve estancia en UCI, es dada nuevamente de alta, en esta ocasión a cargo de Infecciosas y finalmente, recibió el alta hospitalaria tras 15 días de ingreso en total.

CONCLUSIONES

- Es de vital importancia completar la búsqueda de foco ante cuadro de sepsis.
- Existen cuadros de abscesos periamigdalino que pueden cursar con exploración física normal o sin grandes hallazgos.
- La anticoagulación en el Síndrome de Lemierre continúa siendo controvertida y se deben conocer sus contraindicaciones.

P. #1942

NO TODO ES TVP

Javier Martín Murillo[1][2], Ana María Albaladejo Rubio[2], Silvia Alfaro García[2], María Brú Benedito[3][2], José Ramón Esteve Ruzafa[1][2], Luis Edward Sierra Bernal[3][2]

1. CS Mariano Yago, Yecla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. CS Francisco Palao, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Dolor e impotencia funcional en MII.
Antecedentes personales:
- No Reacciones Alérgicas Medicamentosas conocidas.
- Hipertensión Arterial (HTA).
- Trombosis Venosa Profunda (TVP) en MID tras segundo embarazo (a los 32 años). Perdió seguimiento en CCEE por incomparecencia.

Enfermedad actual:
Paciente de mujer de 57 años que consulta en Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por presentar dolor intenso e inflamación en miembro inferior izquierdo (MII) acompañado de impotencia funcional desde hace aprox. 1 mes.
Desde el 10 de octubre, la paciente experimenta dolor severo en MII, progresando a frialdad, pérdida de sensibilidad y limitación del movimiento. Inicialmente fue evaluada con eco-doppler y radiografía sin hallazgos concluyentes, motivo por el que se da de alta con recomendaciones. Reconsulta la paciente a los 7 días, y se realiza nueva evaluación con angio-TC, evidenciándose una extensa trombosis venosa profunda desde la vena iliaca común hasta la vena pedia, así como una trombosis arterial con obstrucción intermitente desde la arteria iliaca común hasta la tibial anterior y pedía.
Evolución hospitalaria:
- Se inicia anticoagulación con enoxaparina y se traslada a cirugía cardiovascular.
- Se realiza trombectomía mecánica urgente con mejoría transitoria.
- Posterior deterioro con shock séptico y fracaso renal agudo, requiriendo ingreso en UCI, ventilación mecánica, soporte vasopresor y hemofiltración veno-venosa continua.
- Debido a la progresión del cuadro isquémico, se decide amputación supracondílea del MII.
- Persistencia de complicaciones locales con necesidad de reamputación mediante desarticulación coxofemoral.

CONCLUSIONES

1. La trombosis venosa profunda extensa con trombosis arterial concomitante es una entidad grave que puede evolucionar a isquemia irreversible, requiriendo amputación.
2. La patología vascular requiere de un alto índice de sospecha y comúnmente es obviado en el diagnóstico diferencial de dolor de extremidades, menos a menudo de extremidades inferiores.
3. La identificación temprana de la flegmasía cerúlea dolens es crucial para instaurar medidas terapéuticas oportunas.
4. El manejo multidisciplinar (servicio de urgencias, cirugía

cardiovascular, cuidados intensivos, nefrología, rehabilitación y psicología) fue fundamental para la recuperación de la paciente.
5. La anticoagulación postoperatoria y el seguimiento por hematología son esenciales para prevenir recurrencias trombóticas.
6. Se destaca la importancia del apoyo psicológico y rehabilitador en pacientes sometidos a amputaciones mayores.

P. #1943

TROMBOSIS ARTERIAL BRAQUIAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO

Marta Auxiliadora Marqués Mayor[1], Marta Palmero Calvo De Mora[2]

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Varón de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Dislipémico sin otros factores de riesgo cardiovasculares. VIH con carga viral indetectable y depresión, sin otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés. En tratamiento domiciliario con bitegravir, omeprazol y rosuvastatina/ezetimiba.
ENFERMEDAD ACTUAL
Acude a urgencias por dolor en antebrazo derecho y frialdad de mano tras traumatismo con coche 2 días previos al llevar mano fuera de la ventanilla.
EXPLORACION FISICA
A la exploración, buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Normohidratado e hipoperfundido en brazo derecho, eupneico en reposo. Paciente poco colaborador por dolor que limita movilidad.
Miembro superior derecho (MSD) con pulso axilar G3, braquial G1, sin radial ni cubital. Hematoma en antebrazo con palidez de mano. Disminución de la motilidad y sensibilidad en los dedos.
EVOLUCION
Se realiza analítica de urgencias con leucocitosis 17000 y neutrofilia 15000, resto sin hallazgos reseñables.
Tras resultados y sospecha diagnóstica, se comenta caso con Cirugía Vascular que realiza ecografía Doppler donde se aprecia imagen sugestiva de trombosis a nivel braquial. Doppler portátil con curva monofásica braquial, sin flujo en distales ni arcada palmar.
Se solicita angioTAC donde se observa trombosis aguda de arteria braquial desde tercio medio de antebrazo con ausencia de captación en vasos distales. Dado los resultados, se ingresa al paciente para cirugía urgente.
El paciente es intervenido ese mismo día donde se realiza trombectomía transbraquial y plastia de arteria braquial distal con parche de vena cefálica ipsilateral de MSD. Tras buena evolución, se decide alta hospitalaria con una exploración en MSD de braquial G3, cubital G3, sin radial.
JUICIIO CLINICO
Trombosis aguda arteria braquial de MSD tras traumatismo vascular arterial

CONCLUSIONES

La trombosis arterial aguda es la interrupción brusca del aporte sanguíneo en un territorio por obstrucción de la arteria que lo irriga. Aunque son más frecuentes en extremidad inferior, un 5-10% ocurren en el miembro superior.
Su causa más frecuente suele ser secundaria a cáncer, catéter venoso central o tratamientos quimioterápicos, siendo los traumatismos menos frecuentes. Es de vital importante la sospecha y diagnósticos tempranos, pues un tratamiento de forma urgente

garantiza la viabilidad y funcionalidad del miembro.

P. #1944

ENTRE MOSQUITOS Y FIEBRE: EL DENGUE QUE VIAJÓ EN LA MALETA

Eduardo Bajo Cardassay, Andrea Fernández Suárez, Carlos García Granados, Janire Villar Ramos

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES
Alergias: SIN ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS.
Antecedentes personales
No FRCV.
Valorada en DIG en 2022 por posible HDA y vómitos por AINEs sin repercusión; finalmente no realizó gastroscopia.
Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
Situación basal
IAVD. Natural de Rep. Dominicana vive en España desde hace 8 años.
Medicación previa
Niega medicación habitual.
HISTORIA ACTUAL
Mujer de 18 años que acude a Urgencias derivada desde Atención Primaria para estudio de fiebre en el viajero. La paciente refiere cuadro de 4 días de evolución consistente en fiebre (>38 °C), odinofagia, astenia, artromialgias, comenzando el día del ingreso con dolor abdominal. Ha estado de vacaciones un mes en un área rural de la República Dominicana (zona de San Cristóbal) con brote de dengue, siendo además zona endémica de Plasmodium. Ha estado residiendo en una casa en área rural con ventanas con persiana veneciana sin cristales y durmiendo sin mosquitera, aunque refiere que ha estado aplicándose repelente de mosquitos. No ha tomado profilaxis antipalúdica. En el Centro de Salud se le realizó test Ag SARS-CoV2 con resultado negativo.
EXPLORACIÓN FÍSICA
T° 36°C. TA 103/61, Fc 98. Sat O2 basal 99%.
BEG. Consciente, orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. No lesiones cutáneas.
CyC: Orofaringe hiperémica con amígdalas no edematosas y sin exudados. No se palpan adenopatías cervicales.
AC: rítmico, sin soplos.
AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.
ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. PPRB negativa.
EEII: pulsos pedios conservados. No edemas. No signos de TVP.
RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Bioquímica: Glc 94, Ur 15, Cr 0.67, CKD-EPI >120, Proteínas 73, Albúmina 39, Sodio 137, Potasio 3.9, ALT 83, FA 78, Brb 0.3, LDH 351, Lipasa 20, PCR 2.5.
Hemograma: Hb 13.3, Htco 38.9%, VCM 83.8, Plaquetas 129000, Leucocitos 2120 (N19.3%, neutrófilos 410, L62.3%)
Coagulación: Tasa 112%, INR 0.94, Fibrinógeno 421.
Rx tórax PA y LAT: ICT dentro de los límites de la normalidad. SCF respetados. No se aprecian infiltrados ni consolidaciones.
Rx abdomen: patrón en miga de pan y gas en marco cólico y ampolla rectal. No datos de obstrucción ni perforación.
Sangre total: examen plasmodium inmunocromatografía y PCR

de Plasmodium negativos.
Serología infecciosa:
Ac. Anti - Virus dengue (IgG) Positivo
Ac. Anti - Virus dengue (IgM) Positivo
JUICIO CLÍNICO: Dengue.
EVOLUCIÓN: Estabilización de parámetros bioquímicos y hematológicos tras el tratamiento de soporte.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de considerar la fiebre del viajero y las infecciones endémicas en pacientes migrantes que regresan a sus países de origen, especialmente aquellos que han perdido inmunidad y no adoptan medidas profilácticas. Resalta la necesidad de una evaluación detallada y consideración de antecedentes de viaje en el diagnóstico diferencial de fiebre en el contexto de la urgencia, evidenciando el dengue como un diagnóstico relevante en este contexto. Este caso refuerza la importancia de la sospecha clínica y el conocimiento de las enfermedades endémicas de diferentes regiones, para un diagnóstico y manejo adecuados de pacientes en un mundo globalizado.

P. #1945

CUANDO MENOS TE(P) LO ESPERES

Sara Yousfi López, Iona Rodrigo Pons, Desamparados Ortiz Borja, Said Silvano Torerejón García, María Del Carmen Bernat Velasco

Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, Estonia

HISTORIA CLÍNICA

TRIAJE: mareo con pérdida de conocimiento.
ALERGIAS: METAMIZOL.
ANTECEDENTES MÉDICOS- QUIRÚRGICOS:
- Hipertensión arterial, exfumadora.
- Temblor esencial
- Ingreso en Neumología en diciembre 2024 por neumonía con insuficiencia respiratoria aguda.
- Epilepsia idiopática, última crisis en 2016.
- Hallux valgus
- Espaciador L3-L4

TRATAMIENTO:
- DIAZEPAN 5 mg
- SERACTIL 400 mg
- TOPIRAMATO 25 mg
- BRETARIS GENUAIR 1 inhalador

ANAMNESIS:
Mujer de 68 años que es derivada desde el centro de salud por síncope sobre las 7.30 horas de esta mañana: se ha levantado para ir al baño y, acto seguido, presenta síncope, sin pródromos, con caída al suelo y TCE asociado, sin testigos. Ha recuperado la conciencia sobre las 8.30h y ha podido arrastrarse hasta su cama para avisar a una vecina. No dolor torácico ni cortejo vegetativo previo al síncope; no disnea ni cefalea ni dolor abdominal ni palpitaciones previas al síncope. Posteriormente, sí refiere relajación de esfínteres. Los días previos refiere cuadro catarral.
A la llegada del equipo de centro de salud la paciente refiere disnea moderada y desaturación a 77% que remonta con VENTIMASK al 50%.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Tensión arterial: 129/72 mmHg; Frecuencia cardíaca: 86; Saturación de oxígeno: 100% (con VENTIMASK al 50%).
Regular estado general, sudorosa, consciente y orientada, eupneica, normohidratada y normoperfundida. Presenta herida inciso-contusa supraciliar izquierda. Auscultación cardíaca: arrítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: anodina, no taquipneica. No edemas en miembros inferiores.
EVOLUCIÓN DEL CASO:
Ante un síncope de alto riesgo sin pródromos realizamos, en primer lugar, un electrocardiograma para detectar causas arrtimógenas. Para nuestra sorpresa, la paciente presenta el siguiente electrocardiograma: fibrilación auricular no conocida con respuesta ventricular a 110 lpm, con elevación del segmento ST mayor de 1 mm en avR y V1 y depresión del ST de 1 mm en precordiales (V2, V3, V4, V5), DI y DII.
Ante este hallazgo de probable código infarto (o bien un tronco común o una enfermedad multivaso) pasamos a la paciente al box de críticos y contactamos con la Unidad de Cuidados Intensivos. Administramos aspirina 300mg masticables

y omeprazol 40mg en bolo. La paciente en ningún momento aquejó de dolor torácico opresivo "típico". Intensivos valora la paciente y realiza ecocardiograma, donde evidencia ventrículo izquierdo de pequeño tamaño e hiperdinámico, sin claras alteraciones de la contractilidad, ventrículo derecho dilatado con desviación del tabique hacia la izquierda e insuficiencia tricuspídea ligera, hallazgos sugestivos de cor pulmonale agudo. La paciente vuelve a ritmo sinusal durante la ecocardiografía.
En este momento nos planteamos la siguiente duda: ¿es un código infarto "atípico" por el electrocardiograma y la clínica? ¿O consideramos en primer lugar como diagnóstico tromboembolismo pulmonar por los hallazgos ecográficos, la clínica y la aparición de la fibrilación auricular (más típico de un tromboembolismo)? Se decide realizar tomografía de arterias pulmonares, que confirma la presencia de tromboembolismo central bilateral agudo con signos de sobrecarga derecha y signos de hipertensión pulmonar.
Posteriormente obtuvimos los resultados analíticos donde se confirma Dímero D de 4615 y troponinas ultrasensibles de 332.
La paciente ingresa en intensivos que, tras anticoagularla con enoxaparina, ante un tromboembolismo de riesgo intermedio-alto, deciden contactar con nuestro hospital terciario de referencia para realizar trombectomía (procedimiento EKOS).

CONCLUSIONES

Este caso es ilustrativo de la transcendencia de la ecografía clínica en los servicios de urgencias y emergencias, tanto hospitalarias como extrahospitalarias: la ecografía es, en la actualidad, una exploración complementaria clave y aporta información sutil y fundamental que puede hacernos cambiar por completo de hipótesis diagnóstica y, por tanto, de actitud terapéutica.

P. #1964

CUANDO LA DIABETES COMPLICA LA INFECCIÓN

Jorge López Navarro[1], Ángela Domenech Cubí[2], César Octavio Covarrubias Guzmán[3], Ana María Pereira Rodríguez[3], Marc Soler Pont[4], Rafael García Espinosa[1]

1. Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España
2. Hospital Sant Pau y Santa Tecla, Tarragona, España
3. Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España
4. Cap Llibertat, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 28 años de edad, actualmente desempleada, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de alergia a betalactámicos y antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 1 de 15 años de evolución que acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de náuseas ,vómitos, intolerancia a la vía oral, disuria polaquiuria y dolor fijo en fosa lumbar derecha. Acudió inicialmente a su centro de atención primaria donde se orientó el cuadro como una cistitis aguda y se inició tratamiento antibiótico con fosfomicina 3 g 1 sobre y posteriormente con ciprofloxacino 500 mg 1 comprimido cada 12h. Dada la falta de mejoría clínica la paciente decide acudir a urgencias para valoración.
A su llegada a urgencias la paciente se encuentra taquicárdica (120 latidos por minutos) con presión arterial de 84/48, temperatura axilar de 37,8°C, saturación de 100%, impresiona la palidez mucocutánea. Al examen físico destaca el dolor difuso a la palpación abdominal con una puño percusión y una maniobra de peloteo renal derecha positiva
Mientras se solicitan las pruebas analíticas y de imagen complementarias se inicia fluidoterapia intensiva y se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ertapenem 1 g.
Analíticamente destaca una elevación de reactantes de fase aguda con una proteína c reactiva de 47 mg /dl y una procalcitonina de 147,50 ng/ml una creatinina sérica de 3,48 mg /dl una urea de 79 mg /dl, un lactato de 6,5 mmol/L y una leucopenia marcada.
La tomografía computarizada muestra un parénquima renal derecho sin alteraciones. La vía excretora derecha aparece dilatada, grado II pielocalicial y ureteral secundaria a la presencia de absceso pélvico de probable origen apendicular de unos 5 x 5 cm, que lo engloba y condiciona fistulización con presencia de gas en la vía excretora así como en el absceso. Cambios flemosos con líquido mal definido en la fascia lateroconal derecha. Litiasis de 5 mm en uréter distal derecho y escaso líquido libre en pelvis menor. Como orientación diagnóstica se plantea apendicitis aguda perforada y con probable fistulización a uréter derecho por lo que se contacta con el servicio de cirugía que indican laparoscopía exploradora urgente para control de foco séptico. Durante la laparoscopia no se objetivan hallazgos patológicos y no se realizan drenajes ni resecciones y la paciente presenta una hipotensión marcada que condiciona el inicio de perfusión con noradrenalina para mantener tensiones arteriales medias mayores a 50.
Se contacta con el servicio de urología que decide derivación para plantear colocación de catéter doble J dada la alta sospecha de pielonefritis. Se realiza catéter doble J y se realiza

tomografía axial computarizada de control a los 4 días donde se observa afectación isquémica parenquimatosa renal bilateral

CONCLUSIONES

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones del tracto urinario (ITU), incluida la pielonefritis aguda. La hiperglucemia crónica debilita el sistema inmunológico y favorece la proliferación bacteriana en el tracto urinario.
La diabetes puede afectar negativamente la función renal a largo plazo. Cuando un paciente con diabetes desarrolla pielonefritis aguda, el daño renal se puede agravar, aumentando el riesgo de insuficiencia renal crónica o complicaciones renales más graves.
Los pacientes diabéticos con pielonefritis aguda pueden experimentar una mayor probabilidad de complicaciones, como abscesos renales, septicemia o daño renal irreparable debido a la debilitación general del sistema inmunológico.
Un buen control de los niveles de glucosa en sangre es clave para prevenir la pielonefritis aguda en personas con diabetes. Mantener los niveles de glucosa dentro de los rangos recomendados reduce la probabilidad de infecciones y las complicaciones asociadas.

P. #1969

ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE UROCULTIVOS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Ana María Martínez Molina, Jorge Sorando Ortín, Beatriz González Chesa, Iñigo Guerra Molina, Carmen Del Arco Galán, Belén Rodríguez Miranda

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario son una de las patologías infecciosas más frecuentes y un motivo de consulta habitual en los servicios de Urgencias.
En España, las ITU representan el 22,1% de todas las infecciones atendidas en urgencias, y un 3,2% de todos los pacientes valorados en los servicios de urgencias.
Además, España es uno de los países europeos donde se prescriben mayor número de antibióticos, así como uno de los países con mayores tasas de resistencia antibiótica. Entre los factores que se relacionan con este mayor número de resistencia se encuentra la administración de antibioterapia en situaciones en las que no está indicada, así como la prescripción incorrecta en cuanto a dosificación y posología.
Se han desarrollado programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), siendo el primer paso para diseñar éstos programas llevar a cabo una evaluación sobre la calidad de la prescripción de antibióticos, así como de las resistencias locales, objetivadas en los cultivos de orina.
No se recomienda la realización sistemática de urocultivo en mujeres con cistitis aguda no complicada, ya que la etiología y el patrón de sensibilidad a antibióticos de los uropatógenos más frecuentes es fácilmente predecible. Se recomienda administrar tratamiento antibiótico empírico según la sintomatología clínica y el patrón de sensibilidad local de E. Coli.
Por el contrario puesto que en las ITU complicadas el espectro etiológico es mucho más amplio y los agentes causales presentan con mayor frecuencia resistencia a los antibióticos más habituales, se precisa de la obtención de urocultivos y antibiograma para optimizar el tratamiento.
Así mismo, se requiere realizar urocultivo pretratamiento en infecciones no complicadas con sintomatología no clara, en ITU recurrentes, recurrencias precoces que indican un fracaso terapéuticas,pielonefritis aguda y sepsis urinarias.

OBJETIVO

-Determinar si la solicitud de urocultivo es adecuada en las infecciones de tracto urinario diagnosticadas en el Servicio de Urgencias.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de
Infección de tracto urinario desde el 1 de enero de 2024 y el 31 de octubre de 2024 en el servicio de Urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizan 128 episodios de infecciones de tracto urinario con una media de edad de 49.87 (DE 25.03)
De estos episodios, 120 tuvieron lugar en mujeres (93.75%) y 8 en hombres (6.85%)
Entre estos episodios el 53.12% (68 episodios) correspondían a infecciones de tracto urinario no complicadas y el 46.87 %(60episodiso) a infecciones definidas como complicadas.
De las infecciones complicadas el 21.09 % (27 episodios) fueron así definidas por la presencia de morbimortalidad, seguidas por aquellas de repetición (12.5%) y en un 5.46% por fracaso terapéutico.
Hasta el 16.66% de los pacientes presentaron 2 criterios por los que se consideraba una ITU complicada.
En cuanto a la solicitud de urocultivos, se extrajeron 108 urocultivos (84.37%).De estos urocultivos extraídos el 47.22% estaba indicado frente al 52.78% que no lo estaba, sin que el hecho de que no existan criterios para extraerlos estén relacionados con su realización, demostrándose significancia estadística (p=0.01).En los urocultivo realizados, que si estaban indicados, si que existe relación entre su solicitud y la realización, sin poder demostrarse significancia estadística (p>0.05)
En un 15.63 % de los pacientes no se realizó urocultivo. De los urocultivos no solicitados, un 70% no tenían indicación (p=0.03),pero existía criterios para realizarlos en un 30%, sin demostrar significación estadística

CONCLUSIONES

-En este estudio se objetiva que la mayoría de los urocultivos extraídos no estaban indicados .
-Existe un porcentaje no despreciable de infecciones urinarias que quedan sin demostración microbiológica y que precisan de su obtención para un manejo adecuado.
-Por tanto, existe una necesidad de realizar intervenciones en el ámbito de urgencias y que las solicitudes de urocultivos se lleven a cabo de una manera adecuada.

P. #1974

DISNEA DE CAUSA ODONTOLÓGICA

Isabel Rodríguez Fraile, Diana Morán Montero, Irene Badás Malnero, Covadonga Rodríguez Bango, Sebastián Fernández Rico

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 82 años acude a urgencias refiriendo cuadro de disnea de horas de evolución.
Comentan que la disnea comenzó tras vómito postprandial.
A su llegada a urgencias se exploró a la paciente por aparatos y sistemas.
La paciente presentaba buen aspecto general. Taquipnea en reposo.
En auscultación pulmonar se evidenciaron crepitantes secos bibasales. Resto de exploración sin alteraciones.
Se solicitaron pruebas complementarias analíticas en las que se evidenció Leucocitos 23000 Neutrófilos 75% PCR 220. Y de imagen, se hizo radiografía de tórax portátil en la camilla de la paciente en la que no se evidenciaron alteraciones.
Durante su estancia en urgencias la paciente presenta subitamente estridor. En auscultación pulmonar se encontró disminución del murmullo vesicular. Presenta saturación de oxigeno de 88%.
Se traslada a box de críticos y se repiten pruebas de imagen ampliando el area incluida en la radiografía en las que se evidencia imagen compatible con prótesis dental.
Se solicita valoración por otorrinolaringología de guardia. En fibroscopia se objetiva prótesis dental a nivel de valécula. Se procede a traslado a quirófano. Tras intento fallido de extracción endoscópica se procede a cervicotomía anterior para extracción del cuerpo extraño.

CONCLUSIONES

La disnea por obstrucción de vía aérea por cuerpos extraños es una entidad relativamente infrecuente en adultos presentando una incidencia del 2%.
En los adultos, las causas más frecuentes son la patología tumoral y el edema laríngeo.
Es importante valorar la gravedad en función de los signos de dificultad respiratoria y realizar un diagnóstico etiológico y topográfico.
Ante todo paciente con disnea debemos proceder a la inspección orofaringea para descartar un cuerpo extraño o signos inflamatorios.
En caso de objetivar cuerpo extraño en vía aérea superior se intentará extracción con pinzas de magill,, de no ser posible debemos avisar al otorrinolaringología de guardia por tratarse de una entidad grave que puede comprometer la vida del paciente.

P. #1975

LA CAVITACIÓN MORTAL

Beatriz Angós[1], Soha Esmaili[2], Laura De Pedro Álvarez[1], Manuel Gil Mosquera[1], Natalia Oviedo Arévalo[1], Sara De Augusto Gil[1]

1. Servicio de Urgencias Hospital 12 de Octubre, Madrid, España
2. Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IdISCC), Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 40 años, natural de España con obesidad mórbida grado 2, hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 insulinodependiente con mal control y dislipemia. Como hábitos tóxicos es fumador de 1 paquete al día y vive en la calle.
Acudió a urgencias 3 meses antes por aumento de edemas en miembros inferiores que relacionaba con situación social y bipedestación sin disnea, así como no administración correcta de insulina. Así mismo relata un cuadro catarral de 1 mes de evolución del que persiste tos seca y odinofagia.
En urgencias presentó pico febril, tensión arterial y saturación en rango. A la exploración física destacan edemas en miembros inferiores con fóvea infrarrotulianos y boca séptica.
Se realizó analítica de sangre presentaba hiperglucemia simple de 430 mg/dl leucocitosis de 13.500 con neutrofilia y PCR 9, no deterioro de la función renal ni alteraciones iónicas. Radiografía de tórax con infiltrado cavitado en campo medio pulmonar izquierdo y otro infiltrado en campo medio derecho. Se completa estudio con angioTC de arterias pulmonares sin signos de tromboembolismo pulmonar y extensa afectación de la arquitectura pulmonar secundaria a una neumonía necrotizante multilobar en áreas de cavitación de predominio en lóbulo superior izquierdo.
Microbiológicamente se extraen hemocultivos, antigenurias de Legionella y neumococo con resultado negativas, y determinación urgente de VIH con resultado negativo, esputo con BAAR urgente con resultado negativo.
Se inicia cobertura antibiótica con amoxicilina/ácido clavulánico 2000/125 mg cada 8 horas, se corrige la hiperglucemia y se cursa ingreso en Medicina Interna con diagnóstico de neumonía necrotizante bilateral con cavitación en lóbulo superior izquierdo.
En planta de medicina interna presenta buen evolución clínica con buen control glucémico y sin insuficiencia respiratoria, se repite TC de tórax con similares hallazgos y se solcitian esputos con BAAR con resultados negativos, así como intento de extraer jugo gástrico en varias ocasiones resultando infructuosos por nula colaboración del paciente. Se solicita determinación de IGRA, pendiente de resultado, y se da de alta con antibioterapia, nueva radiografía de tórax en 3 semanas y control en consultas de medicina interna.
El paciente no acude a consulta y 3 meses más tarde acude a urgencias.
En esta ocasión, acude por empeoramiento de los edemas con lesiones eritematovioláceas que no desaparecen a la presión sin clínica respiratoria sugerente de infección o insuficiencia cardíaca asociada.
A la exploración física el paciente presenta TA 128/73 mmHg, FC 160 lpm y SatO2 basal del 86%. A la exploración presenta tiraje a los 3 niveles e hipofonesis generalizada.
En pruebas complementarias destaca: leucocitosis de 15.700 con neutrofilia, hiperglucemia simple de 500, hiponatremia 128 y PCR 7,7; resto sin alteraciones. Electrocardiograma taquicardia sinusal y radiografía de tórax con infiltrados bilaterales predominantes en campo medio.
Se revisan resultados previos con determinación de IGRA positivo, se inicia tratamiento e ingresa.
Durante el ingreso presenta una evolución tórpida, con hemoptisis masiva a los 5 días y parada cardiorrespiratoria. Se completa estudio etiológico con angioTC de tórax con aneurisma sacular de 12 mm que depende de ramas segmentarias apicoposteriores en el seno de la consolidación del lóbulo superior izquierdo; así mismo presenta neumoperitoneo sin perforación de víscera hueca secundario a transgresión diafragmática con solución de continuidad en margen anterolateral derecho. Se contacta con radiología intervencionista para abordaje, desestimando el procedimiento por la gran complejidad técnica. Finalmente, el paciente fallece horas más tarde en situación de fracaso multiorgánico.

CONCLUSIONES

- Las neumonías necrotizantes representan una infección pulmonar grave con alta mortalidad en cuyo diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta la tuberculosis.
- En la valoración y seguimiento del paciente hay que tener en cuenta las condiciones sociales.
- La hemoptisis es una complicación grave de una infección tuberculosa.

P. #1983

CUANDO LA DISNEA ESCONDE ALGO MÁS

María Del Sol González Bennike, Clara Ponce Aceituno, Hernán Pérez Bengoa Rodríguez, Anna De Paola Prato, Irene Serrano Pozas

Hospital General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales:
-Mujer, 63 años, exfumadora, alergia ácido acetilsalicílico
-Antecedentes Personales: tiroidectomía total en 2021 por Ca folicular
Neoplasia de colon derecho en seguimiento y en remisión de hace más de un año
(hemicolectomía 2021). Vertebroplastia 2022
-Tratamiento: eutirox, durfenta, mastical, hidroferol
Motivo de consulta:
Acude a urgencias por síncope con pérdida de conocimiento de segundos de duración precedidos de nauseas sin vómitos.
También refiere disnea de moderados esfuerzos desde hace más de un año, en ocasiones se ha despertado por falta de aire.
No dolor torácico, no clínica constitucional
Exploración Física
TA 124/60 mmHg. Sat O2 95%. 36,1°C
Buen estado general, taquipnea (24 rpm), peso 45kg
AC rítmica sin soplos
AP mvc, sin ruidos sobreañadidos.
Abd: no doloroso, no masas ni megalias.
No edemas en MMII
Pruebas Complementarias:
-ECG: Ritmo sinusal, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización.
-Analítica sanguínea: destaca elevación aunque leve del Dímero D (567), resto anodino.
-Rx de tórax sin hallazgos significativos
Ante sospecha clínica de TEP (síncope y disnea) se solicita AngioTC de arterias pulmonares evidenciando Embolismo pulmonar múltiple por cemento. También se identifica material en el ventrículo derecho y en el tronco pulmonar.
Juicio Clínico:
-Embolismo pulmonar múltiple por cemento.
Tratamiento:
Ante hallazgo de AngioTC, se incia tratamiento con Bemiparina 5000 UI diaria, y se decide ingreso para completar estudio y monitorización.
Evolución tras ingreso:
Durante su ingreso se mantuvo estable, sin presentar empeoramiento de la disnea.
Se realizaron las siguientes pruebas:
-TC Toracoabdominal con contraste iv: no se demuestran lesiones que sugieran recurrencia de enfermedad oncológica.
-Ecocardiograma: imagen ecogénica móvil en zona lateral media-apical de VD (ventrículo derecho).
Recibió tratamiento con heparina durante su ingreso y hasta reevaluacion en la Unidad Tromboembólica del Hospital donde se inició tratamiento con anticoagulante de acción directa (dabigatran 150 mg cada 12 h). Se encuentra en seguimiento de manera conjunta con Cardiología (pendiente de evaluación en comité multidisciplinar con Cirugía Cardiaca para valorar posibilidad de cirugía).

CONCLUSIONES

- El embolismo pulmonar por material exógeno es una complicación poco frecuente pero relevante de la vertebroplastia, que puede pasar desapercibida si no se sospecha clínicamente.
- La disnea crónica tras el procedimiento debe considerarse un signo de alerta y motivar una evaluación adecuada.
- El manejo se basa en anticoagulación, con posible intervención quirúrgica en casos seleccionados, destacando la necesidad de un enfoque multidisciplinario.
- Una anamnesis detallada y una evaluación dirigida son clave para el diagnóstico oportuno y la optimización del tratamiento

P. #1984

CELULITIS DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y ÉMBOLOS SEPTICOS EN PACIENTE CON EPOC Y ETILISMO CRÓNICO

María Balboa Alonso, Santiago Diéguez Zaragoza, Miriam Bou Collado

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, espondilitis anquilosante, y un historial de consumo crónico de alcohol y tabaco. Ha presentado múltiples episodios de enfermedades graves, incluyendo pancreatitis necrotizante y fracaso renal agudo. Refiere un traumatismo en el quinto dedo del pie derecho hace 2 semanas, tras el cual la herida se curó inicialmente con la asistencia del personal de enfermería. Sin embargo, 3 días después desarrolló nodulaciones dolorosas, supurativas y costrosas en el miembro inferior derecho (MID) y miembro superior derecho (MSD), con eritema y edema en la región afectada. Niega fiebre o aumento de la disnea.
Exploración física:
Paciente con signos de infección grave en el MID, con lesiones supurativas de gran tamaño en la cara interna proximal. Se observa edema, eritema, y signos de hipoperfusión periférica. El MSD presenta varias lesiones costrosas dolorosas, algunas sangrantes. A nivel pulmonar, auscultación sin roncus, pero con posibles crepitantes en ambas bases pulmonares. No se observan signos de trombosis venosa profunda.
Pruebas complementarias:
Hemograma muestra leucocitosis con predominio de neutrófilos. Los cultivos microbiológicos en el ingreso identifican la presencia de Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus en las lesiones de los miembros. Se solicita una gasometría venosa con resultados dentro de rangos normales, aunque con ligera hipoxia.
Diagnóstico:
Celulitis de MID, émbolos sépticos, EPOC, etilismo crónico activo, tabaquismo.
Evolución y tratamiento:
El paciente fue ingresado en la unidad de enfermedades infecciosas bajo sospecha de infección sistémica por Staphylococcus aureus con posibles émbolos sépticos. Se inició tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona, vancomicina y piperacilina/tazobactam. Se realizó fluidoterapia y seguimiento con hemocultivos. El estado clínico mostró una mejoría significativa tras 24 horas de tratamiento, con resolución parcial de las lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la complejidad de la gestión de infecciones graves en pacientes con múltiples comorbilidades. La rápida identificación del proceso y el inicio temprano del tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones graves en estos pacientes de alto riesgo. La combinación de infecciones bacterianas y factores predisponentes como el etilismo crónico y la EPOC presenta desafíos significativos en la práctica clínica.

P. #1987

CERVICALGIA Y FIEBRE: UN ORIGEN ESCONDIDO

Elena Descalzo Casado, Jaime Laureiro Gonzalo, Andrea Terrón Sánchez, Beatriz Angós Sáez De Guinoa, Susana Ochoa Vilor, Sara De Augusto Gil

Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA:
Varón de 50 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, sin tratamiento, obesidad y úlcera gastroduodenal. Consulta en el servicio de Urgencias por cervicalgia izquierda irradiada a miembro superior izquierdo (MSI), dolor en hemitórax izquierdo que se intensifica con los movimientos respiratorios y sensación distérmica sin fiebre termometrada. No tos, expectoración ni cefalea ni clínica a otro nivel.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
A su llegada a Urgencias, febril (38.8ºC), taquicárdico (120 lpm), con saturación de oxígeno normal (96% basal).
Buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal. Contractura muscular paravertebral izquierda. Signos meníngeos negativos. Faringe hiperémica sin hipertrofia ni exudado amigdalar.
No lesiones a nivel de cabeza ni cuello. Lesiones de aspecto crónico sin signos de sobreinfección en miembros inferiores.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica de sangre: muestra leucocitosis (14300 leucocitos/µl) con neutrofilia (12700 neutrófilos/µl), elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva (PCR) 15.31 mg/dl, fibrinógeno 724 mg/dl) y coagulopatía (INR 1.32).
Analítica de orina: normal.
Test de antígenos de virus respiratorios: negativos.
Radiografías de tórax y columna cervical: sin alteraciones.
Ante dolor cervical y fiebre con signos de infección, se solicita TAC cervical que no muestra colecciones ni ganglios de tamaño significativo ni apariencia radiológica sospechosa.
Se amplía estudio con punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo normal.
EVOLUCIÓN:
A las 12 horas, se recibe resultado positivo de los hemocultivos para cocos gram positivos en racimos – Staphylococo aureus (S. aureus). Se inicia entonces cobertura antibiótica con daptomicina asociada a cefazolina y se cursa ingreso por bacteriemia por S.aureus a estudio, con sospecha de origen en piel y partes blandas vs endocarditis infecciosa vs espondilodiscitis cervical/osteomielitis.
Durante el ingreso se realiza resonancia (RMN) cervical que muestra espondilodiscitis C7-T1 con absceso epidural posterior e izquierdo con compresión del cordón medular, miosisitis, microabscesos del músculo largo del cuello izquierdo y cambios flemonosos en espacios interespinosos cervicales.
El paciente permaneció ingresado 1 mes, recibiendo tratamiento antibiótico intravenoso. Durante el ingreso se realizaron ecocardiogramas transtorácicos semanales, descartando la presencia de lesiones valvulares, así como PET-TAC sin signos de endocarditis infecciosa activa.

CONCLUSIONES

1. La bacteriemia por Staphylococo aureus es una patología grave que requiere el inicio precoz de antibioterapia dirigida.
2. La espondilodiscitis es una afección poco frecuente y su diagnóstico puede ser difícil, siendo de elección la resonancia magnética como prueba de imagen.
3. La espondilodiscitis requiere tratamiento antibiótico prolongado, asociado en ocasiones a la cirugía.

P. #1993

NEUMONÍA LÓBULO INFERIOR IZQUIERDO (LII) EN RELACIÓN CON CHLAMYDIA PSITTACCI, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángel Fco Viola Candela, Verónica Elena Fermín Ramírez, Isabel Corbacho Cambero, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Ntra. Sra. Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 57 años sin antecedentes médico/quirúrgicos de interés ni tratamientos crónicos. Niega alergias medicamentosas conocidas. Acude a urgencias hospitalarias, derivado desde servicio de urgencias de Atención Primaria, por fiebre sin foco. El paciente refiere iniciar hace 24 horas fiebre termometrada de hasta 39.9ºC acompañado de intensa astenia, artromialgias y sudoración profusa. Niega cualquier otra sintomatología en la anamnesis dirigida por aparatos: no tos, expectoración ni sensación disneica; no dolor torácico ni palpitaciones; no náuseas/vómitos ni alteración del tránsito intestinal; no síndrome miccional. A su ingreso en urgencias hospitalarias se objetiva hipertermia de 39.2ºC y Sat O2 91%; resto de contantes vitales normales. Buen estado general aunque se objetiva sudoración. Está bien hidratado y perfundido con normal coloración cutánea y mucosas. Eupneico. La exploración cardiorrespiratoria así como abdominal fue anodina; Extremidades Inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda. Las pruebas iniciales sólo pusieron de manifiesto una PCR de 9.9 mg/dL, insuficiencia respiratoria parcial con alcalosis respiratoria y normalidad en la glucemia, función renal, iones y pruebas de perfil hepático. Hematimetría normal. Sistemático de orina normal. Se solicitó radiografía de tórax visualizándose consolidación parenquimatosa en base pulmonar izquierda con pinzamiento de seno costofrénico ipsilateral. Dada la semiología y resultados encontrados en parámetros analíticos y prueba de imagen se decide ingreso en Medicina Interna a descartar cuadro infeccioso respiratorio con atípicas. Ingresa con antibioterapia empírica con Levofloxacino habiéndose extraído previamente hemocultivos. Durante el ingreso es reinterrogado el paciente: sin viajes recientes al extranjero ni contacto previo aparente de tuberculosis; no obstante, comenta que desde hace 2 meses tiene ninfas y paraninfas (pájaros) que le entregó una conocida; asimismo informa de que a esta mujer se le han muerto los pájaros porque tenía un virus. Casualmente, y en espera de la batería de pruebas serológicas solicitadas que incluye atípicas, Ag Legionella y Neumococo, también PCR de virus y bacterias respiratorias así como muestras respiratorias de exudado, el paciente recibe llamada telefónica de Sanidad quien le informa que los pájaros de la conocida del paciente fallecieron a causa de infección. Se confirmó finalmente la positividad IgM para C. psittaci. Se ajustó el tratamiento médico con Doxiciclina 100mg/12 horas consiguiéndose controlar la sintomatología, parámetros analíticos y evolución radiológica.

CONCLUSIONES

La psitacosis es una enfermedad zoonótica mundial causada por C. psittaci, una bacteria intracelular. Su reservorio principal son las aves y su mecanismo de transmisión es por contacto directo o por inhalación de secreciones respiratorias o heces secas de aves infectadas. La presentación varía desde infección subclínica hasta sepsis grave y afectación multisistémica. El diagnóstico se basa en la clínica, el antecedente epidemiológico y la confirmación por el laboratorio con métodos directos (cultivo, PCR) o indirectos (serología). Las Tetraciclinas, los Macrólidos y las Quinolonas son los mejores tratamientos empíricos contra bacterias intracelulares. Por tanto, la semiología y factores epidemiológicos requieren nuestra atención a la hora de realizar una aproximación diagnóstica.

P. #1995

MALESTAR, SUDORACIÓN Y DOLOR EN EPIGASTRIO COMO SÍNTOMAS DE UN TROMBOEMBOLISMO PULLMONAR

Beatriz Rivas Carnero, Javier De Santiago López, Sandra Del Valle Velasco, Nuria Hierro Vallejo, Naiara Cubelos Fenández, José Ignacio Santos Plaza

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

El tromboembolismo pulmonar (TEP) se produce por la obstrucción de las arterias pulmonares por un coagulo que suele proceder de las extremidades inferiores o la pelvis. En aproximadamente el 70% de los casos se observa una TVP en los miembros inferiores. La incidencia se estima en 39-115/100.000 habitantes y representa la tercera causa por muerte cardiovascular (después del ictus y el infarto). La probabilidad de supervivencia es del 70% sin tratamiento y hasta el 98% con el tratamiento correcto.
CASO CLINICO
Mujer de 77 años, con antecedentes personales de Linfoma folicular curado, en tratamiento únicamente con Lorazepam 1mg por insomnio y Rizatriptan 10 mg por migraña, acude en taxi al Servicio de Urgencias hospitalaria tras notar malestar general asociado a sudoración profusa y dolor en epigastrio que empeora con la inspiración. Ha intentado esperar a su hijo en casa, pero al ver que cada vez se encontraba peor ha acudido sola. Además, refiere que desde hace unos días cuenta que le cuesta más caminar. Afebril. Niega dolor torácico, palpitaciones y otros síntomas.
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Constantes: TA 145/90 mmHg, T 36 °C, FC 110 lpm, SatO2 93%.
EF: Normoperfundido, normocoloreado, normohidratado. Eupneica en reposo, no disnea al hablar, algo nerviosa

- Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos, taquicárdica
- AP: murmullo vesicular conservados, crepitantes en base izquierda
- Abdomen RHA conservados, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, no soplos. Timpanismo difuso
- Extremidades infeiores: no edemas ni signos de TVP

Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: se observa poliglobulia con aumento del Hematocrito 46,4, un dímero D 15690 ng/mL, FG de 56mL/min, troponina 37,6pg/mL. Resto de parámetros normales
ECG: se observa taquicardia sinusal entre 110 y 120 lpm , con eje normal, PR normal, QRS estrecho sin otras alteraciones en la repolarización
Rx tórax: con ICT normal, sin condensaciones ni derrames
Ecocardiograma a pie de cama: se objetiva sobrecarga cavidades derechas
Angio TC de arterias pulmonares: defecto de repleción en la rama pulmonar principal izquierda, acabalgado hacia las ramas lobares izquierdas y en la ama principal distal derecha, acabalgado también hacia las ramas lobares en relación con tromboembolismo pulmonar bilateral.
EVOLUCIÓN DEL CASO
Tras obtener la analítica y el ECG se le pauto a la paciente

bisoprolol 2,5 mg via oral para control de la frecuencia y alprazolam 0,5 mg sublingual por sensación de nerviosismo. Tras los resultados del Angio TC se pauto a la paciente enoxaparina 60 mg subcutánea y se ingresó a la paciente en la UCI por tromboembolismo de alto riesgo
Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral con signos de hipertensión pulmonar y sobrecarga cardiaca derecha.

CONCLUSIONES

- Entre los factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica se encuentra las alteraciones del retorno venoso (sedentarismo), causas de lesión endotelial (traumatismos o cirugías) y los trastornos de la coagulación.
- Los síntomas pueden ser muy diversos: disnea aguda, dolor torácico, tos, hemoptisis… Aunque los más frecuentes son la taquicardia y la taquipnea.
- Los criterios de Wells se utilizan con frecuencia en los servicios de urgencias ya que nos ayuda a estratificar el riesgo de TEP pretest
- Aunque el ecocardiograma nos ayuda a ver signos indirectos en relación con el tromboembolismo, el gold standard es el AngioTC de arterias pulmonares
- La anticoagulación es el tratamiento de base de estos pacientes, aunque en ocasiones pueden precisar intervenciones como las trombectomías o la colocación de filtros en la vena cava para evitar recidivas.
- La hospitalización de los pacientes al menos 24 48 horas para monitorización suele ser necesaria, haciéndose más largo en TEP de alto riesgo

P. #2002

MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA AGUDA POR NEUMOCOCO OTOGÉNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángel Fco. Viola Candela, Verónica Elena Fermín Ramírez, Susana Ortego Martín, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Ntra. Sra. Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 82 años. HTA, en tratamiento con Irbesartán 150mg/Hidroclorotiazida 12.5mg, y HBP (Tamsulosina 0.4mg/ Dutasteride 0.5mg). No alergias medicamentosas conocidas. Nuestro paciente acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias, derivado por su médico de Atención Primaria, por presentar cefalea hemicraneal derecha de predominio temporo-parietal y otalgia derecha de 24 horas de evolución en el contexto de cuadro catarral a lo que se ha sumado disartria e inestabilidad en la marcha siendo imposible mantener la bipedestación. El paciente refiere sensación nauseosa sin llegar al vómito negando traumatismo craneal, déficit sensitivo/motor o alteración visual. No fiebre termometrada. A su llegada a urgencias hospitalarias se objetiva taquicardia de 105 lpm y fiebre de 37.8°C, normotenso. Glasgow 14 puntos. Hidratado y bien perfundido con normal coloración cutánea-mucosa. Auscultación Cardiopulmonar, Abdomen y Extremidades: anodino. Neurológico: disfasia global, obedece algunas órdenes simples; pupilas mióticas poco reactivas; no rigidez de nuca; resto de pares craneales normales; moviliza las cuatro extremidades con fuerza simétrica, sensibilidad y tono conservados. ROT: ++/+++. RCP flexor bilateral. En las pruebas iniciales se objetivó Leucocitosis 17 x 10^3/mm^3 con desviación a la izquierda y conservación del resto de las series. Coagulación normal. La bioquímica puso de manifiesto una PCR de 5.53 mg/dL y Procalcitonina 0.41 ng/mL; con normalidad en la glucemia, función renal e iones. Dada la semiología y exploración física se solicita TC Cerebral objetivándose hallazgos compatibles con Meningoencefalitis con Neumoencéfalo por Perforación Mastoidea Derecha. La exploración ORL evidenció membrana timpánica derecha congestiva y abombada que precisó de miringocentesis con colocación de drenaje transtimpánico en "T" por parte del servicio de ORL. Los intentos de punción lumbar en el servicio de urgencias no fueron existosos después de tres intentos. Se contactó telefónicamente con Neurocirugía de referencia (al carecer nuestro centro hospitalario de tal servicio) quien desestimó actitud neuroquirúrgica. El paciente no presentaba criterios de ingreso en UCI en el momento de su valoración. Con el diagnóstico de presunción de Meningoencefalitis Otogénica se inició tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona 2g iv, Vancominica 1g iv y Clindamicina 600mg iv. El paciente ingresa en el servicio de Neurología (NRL) en estabilidad clínica y hemodinámica. Durante el ingreso en NRL se completó estudio con RMN de cerebro (Mastoiditis Derecha. Hallazgos sugerentes de meningitis y ventriculitis supra e infratentorial) y se obtienen muestras de LCR (opalino) para estudio: panel PCR múltiple para virus y bacterias neurotropas: se detecta PCR de S. pneumoniae sensible a Ceftriaxona por lo que se completó 15 días de tratamiento. Antígeno neumococo en orina positivo. Buen control sintomático así como correcta evolución clínica sin

intercurrencias neurológicas, asintomático al respecto siendo alta el paciente tras 20 días de ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Las infecciones del sistema nervioso central son enfermedades frecuentes en la atención urgente, pudiendo ser de origen bacteriano, parasitario o vírico. Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, lo que puede dificultar y retrasar su diagnóstico por el amplio abanico de posibilidades diagnósticas, por lo que es de suma importancia toda la información que pueda obtenerse a través de la anamnesis y exploración física y con frecuencia exploraciones complementarias. Tienen alta morbi-mortalidad por lo que la sospecha clínica obliga a iniciar precozmente tratamiento antibiótico empírico para evitar secuelas físicas y mentales.

P. #2003

ENDOCARDITIS AÓRTICA SOBRE VÁLVULA NATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ángel Fco. Viola Candela, Verónica Elena Fermín Ramírez, Cristina Montero Sánchez, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Ntra. Sra. Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 53 años: Dislipemia (Atorvastatina/Ezetimiba). Vasectomizado y Amigdalectomizado. No alergias medicamentosas. Acude a Urgencias Hospitalarias por Síndrome Febril 2 meses de evolución. Inicialmente consultó derivado desde Atención Primaria por Tª 38.9ºC después de 5 días asociando lumbalgia mecánica. Analítica y radiografías no concluyentes; fue diagnosticado de "Síndrome Febril Sin Foco Aparente y Sin Datos de Alarma". Se extrajeron hemocultivos y serologías derivándose a Medicina Interna con tratamiento antibiótico empírico (Levofloxacino). El motivo de consulta M. Interna fue: Fiebre, Dolor Lumbar, Astenia añadiéndose inflamación mano derecha. Con diagnóstico de "Fiebre Inflamatoria" se solicitó TC de Columna Dorsal-Lumbo-Sacra: "signos degenerativos sin espondilodiscitis". Se inicia corticoterapia, AINES y derivación a Reumatología sin evidenciarse patología. Durante estos 2 meses la fiebre no ha cesado; consulta nuevamente a Urgencias Hospitalarias asociando, con pauta descendente de corticoides, empeoramiento del estado general, artralgias y lesiones cutáneas maculoeritematosas en extremidades. Negaba viajes recientes, contacto con animales, hábitos tóxicos, manipulación dentaria. Tª 38ºC. Postrado. Palidez cutánea. No signos meníngeos. No adenopatías. Cavidad Orofaringea, Auscultación Cardiopulmonar y Abdomen normales; Lesiones cutáneas maculoeritematosas puntiformes que desaparecen a la digitopresión en manos/pies. Leucocitosis, neutrofilia y PCR 7.44 mg/dL. Ingresó en Medicina Interna para estudio de "Cuadro Subagudo de Fiebre, Poliartralgias y Lesiones Cutáneas". Serologías vírica y bacteriana: negativas. Hongos, parásitos, marcadores tumorales y cultivo bacteriológico orina: negativos. Quantiferón TB y Ac. Anticitrulinados negativos; FR positivo. Biopsia cutánea: Vasculitis en el contexto de Endocarditis confirmándose mediante ecocardiograma: Endocarditis Aórtica. Se inicia tratamiento con Gentamicina 120 mg y Vancominica 1gr. Respuesta favorable; en revisiones periódicas sin incidencias hasta la fecha.

CONCLUSIONES

La Endocarditis Infecciosa es un desafío para los profesionales de la salud. Sus características clínicas inespecíficas, cambios constantes en aspectos epidemiológicos y su causa infecciosa hacen complejo su diagnóstico así como la atención de esta enfermedad exigiendo mayor esfuerzo del equipo médico responsable.

P. #2007

TÉTANOS PATRÓN CEFÁLICO

José ANTONIO Alonso Moris[1], María De Los Ángeles Álvarez García[2], Liliana Elizabeth Barzallo Álvarez[3]

1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España
3. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 59 años que unos días antes acude al Servicio de Urgencias de otro centro tras cortarse con una botella. Suturan con 10 puntos tras realizar cura y se pone recuerdo de vacuna antitetánica. A los tres días consulta en otro centro hospitalario por mal aspecto de la herida con inflamación, eritema y dolor hasta antebrazo. Allí describen salida de material hematopurulento y fétido por herida. Dan alta con Amoxicilina-Clavulánico y AINE. Hoy acude al centro en que fue valorada la paciente en primer lugar por trismus de dos días de evolución. Desde allí al no mejorar tras 10 mg de Diazepam iv derivan a nuestro centro para valoración por Cirugía Maxilofacial. En Urgencias y ante la alta sospecha de tétanos se inicia Metronidazol y Gammaglobulina antitetánica.

Valorada por Medicina Intensiva, ingresa a su cargo por cuadro compatible con tétanos cefálico-cervical. Al ingreso presenta trismus con rigidez cervical, con progresión durante las primeras horas en UCI, lo que condiciona trabajo respiratorio e insuficiencia respiratoria, por lo que se decide traqueotomía de urgente.

Durante las primeras horas tras la intervención precisa ventilación mecánica, con paso precoz a presión de soporte. Se realiza ecografía diafragmática, con función conservada, por lo que al quinto día de ingreso se comienzan desconexiones progresivas del ventilador, con buena tolerancia hasta retirada procediendo a decanulación los días siguientes.

Hemodinámicamente estable durante todo el ingreso, sin necesidad de aminas.

A nivel neuromuscular, se inicia perfusión de Dexmedetomidina, Fentanilo y Diazepam, así como Sulfato de Magnesio. Durante los primeros días se suspende perfusión de Fentanilo. Presenta episodios de espasmos generalizados, con control parcial mediante ajuste de dosis de Dexmedetomidina y administración de rescates de Diazepam. La paciente presenta mejoría progresiva del trismus y de la afectación muscular, especialmente durante la segunda semana de ingreso, con mayor movilidad orofacial y lingual. por lo que se inicia descenso y posterior suspensión de perfusiones de Dexmedetomidina y Diacepam

Al alta, ausencia de espasmos y rigidez con Diacepam 10 mg oral cada 8 horas. Mantiene escasa apertura bucal sin trismus y con posibilidad de masticación y deglución. Nunca ha presentado afectación de extremidades salvo en los episodios de espasmos. Se realiza rehabilitación precoz desde los primeros días de ingreso.

Desde el punto de vista infeccioso, al ingreso se administra Antitoxina Tetánica y recibe tratamiento con Metronidazol durante 8 días. Inicialmente se administra Penicilina de forma concomitante, que posteriormente se suspende. Los hemocultivos son negativos y en el cultivo de la herida se objetiva crecimiento de Clostridium tertium (sensible a Metronidazol), Enterococcus faecium y Bacillus megaterium. Se realizan curas periódicas de la herida quirúrgica, que mantiene buen aspecto y no presenta signos de sobreinfección. Es valorada por Traumatología y Cirugía Plástica, que recomiendan continuar con las curas.

Mantiene función renal conservada durante todo el ingreso y sin alteraciones iónicas.

A nivel abdominal, tolera dieta y medicación oral. .Estreñimiento inicial, con normalización progresiva tras deposiciones líquidas autolimitadas, siendo la PCR en heces para Clostridioides difficile negativa.

Ante la favorable evolución es trasladada al servicio de Medicina Interna; completa antibioterapia con Metronidazol y recibe se segunda dosis de vacuna antitetánica. Se programa tercera dosis 6 meses después.

Recibe el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

El tétanos es una enfermedad infecciosa producida por la toxina de una bacteria (Clostridium tetani) ubicua que se inocula en el cuerpo a través de lesiones en la piel.

La incidencia en España es baja (en torno a 10 casos anuales) por la alta tasa de vacunación (superior al 90% de la población). A pesar de ello, ante cuadros clínicos compatibles y aún en pacientes inmunizados, ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial pues tiene una alta morbimortalidad.

P. #2016

FIEBRE Y LESIONES CUTÁNEAS

José ANTONIO Alonso Moris[1], María Ángeles Álvarez García[1], Liliana Barzallo Álvarez[2]

1. Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital Universitario Puerta Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente que acude a urgencias por lesiones cutáneas pruriginosas evanescentes desde hace unas tres semanas en mano, y extensión en tronco y espalda. El paciente estuvo embarcado desde el 3 de agosto hasta el 29 de noviembre, en todo este tiempo, no bajaron a tierra, ni tuvieron contacto con otras personas. Los síntomas cutáneos se iniciaron en torno al 25 de noviembre y el 4 de diciembre desembarcó y tomo un vuelo hasta su domicilio (cuando inicio la fiebre).
Inicio lesiones a nivel de palmas de las manos que se extendieron al tromco, las lesiones son de aspecto urticariforme y cambian de localización. Tomó inicialmente Urbason y Valium, después acudió a centro hospitalario en Madrid siendo tratado con prednisona 30 mg. Acudió a urgencias de HCAB 10/11 siendo tratado con ibis 1 comprimido al día, prednisona 30 mg y atratax 1 comprimido por las noches con mejoría parcial. El 11/12 acude de nuevo a urgencias donde se realiza interconsulta a dermatología que observa habones en tronco y extremidades sin hiperpigmentación residual, realizan biopsia de lesiones y diagnostican urticaria agua, recomendando descartar causa infecciosa, aumentando tratamiento de 2 comprimidos al día, pudiendo aumentar hasta 3 o 4 diarios y descendiendo pauta de corticoides que ya ha finalizado al ingreso.
Durante el ingreso, serología positiva para Virus de Epstein- Barr con ADN en suero positivo lo que nos confirma la infección aguda.
Valorado por dermatología durante el presente ingreso impresiona de urticaria secundaria a la propia infección vírica.
Dados los antecedentes del paciente en cuanto a viajes se solicita estudio ampliado de serologías siendo todas negativas.
El paciente ha mejorado en cuanto a las lesiones cutáneas con el tratamiento antihistamínico, manteniéndose afebril con mejoría de los reactantes de fase aguda, con alteraciones analíticas puntuales que impresionan en el contexto de la infección, por lo que decidimos alta a domicilio y control en consultas externas.
Durante su estancia cefalea retroorbitaria izquierda, valorada tanto por oftalmología como neurología sin hallazgos, autolimitada en el tiempo.

CONCLUSIONES

La urticaria representa uno de los motivos de consulta dermatológicos más frecuentes en un servicio de Urgencias. La infección viral aguda es una etiología frecuente y, por ello, a tener en cuenta en pacientes que consultan por urticaria y que no identifican agente desencadenante. ¿Tendríamos que plantear incluir despistaje de infección viral en pacientes que consultan con urticaria? o ¿valorarlo solo en pacientes cuya situación clínica revista gravedad?

P. #2023

ENDOCARDITIS SOBRE VALVULA AÓRTICA PROTÉSICA Y ESPONDILODISCITIS EN UN PACIENTE DE 80 AÑOS

Miriam Bou Collado, Rubén Escribano Castillo, Ana Herrería Palazuelos

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80 años con antecedentes médicos de recambio valvular aórtico en 2021, con bioprótesis, y sustitución de aorta ascendente por dilatación aneurismática. Además, presenta fibrilación auricular anticoagulada, anemia crónica, SAOS tratado con CPAP, hipertrofia benigna de próstata (HBP), y antecedentes de carcinoma basocelular y de cadera. Está en tratamiento habitual con atorvastatina, digoxina, furosemida, bisoprolol, entre otros.
Acude a urgencias por lumbalgia no irradiada de más de una semana de evolución, con dolor al movimiento pero no en reposo, y un cuadro de decaimiento general. A la exploración física no presenta fiebre ni síntomas neurológicos evidentes. Se realiza una analítica con hemograma que muestra leucocitosis con predominio de neutrófilos. La bioquímica muestra alteración de la PCR (17.04 mg/dL) y un aumento de la glucosa (126 mg/dL), con sodio bajo (131 mmol/L).
Pruebas complementarias:
1. Radiografía de tórax: Alteraciones óseas degenerativas sin signos de consolidación pulmonar.
2. Radiografía de columna lumbar: Sospecha de fractura en L2/L3.
3. PET-TC: Muestra hipermetabolismo en la válvula protésica aórtica, lo que sugiere endocarditis. También se observan focos de captación en la columna lumbar, compatibles con espondilodiscitis.
4. RM de columna lumbar: Cambios degenerativos, edema óseo en L3/4, y fisura anular en L4/5.
Evolución: Se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona 2000 mg IV y cloxacilina 2000 mg IV ante la sospecha de espondilodiscitis. Posteriormente, el diagnóstico se confirma como endocarditis sobre bioprótesis aórtica por Enterococcus faecalis y espondilodiscitis. Se mantuvo el tratamiento antibiótico con ampicilina y ceftriaxona.
El paciente presenta mejoría del dolor lumbar y no ha presentado fiebre. Se traslada a un hospital de tercer nivel para valoración quirúrgica de la endocarditis.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la importancia del diagnóstico precoz y el manejo adecuado en los servicios de urgencias, especialmente en pacientes de edad avanzada con comorbilidades complejas. La presentación inicial del paciente fue insidiosa, con lumbalgia no irradiada y síntomas sistémicos generales, lo que dificultó el diagnóstico inmediato de espondilodiscitis y endocarditis. Sin embargo, la rápida intervención en urgencias, que incluyó una exhaustiva evaluación clínica, pruebas complementarias y el inicio temprano de antibióticos, fue crucial para la evolución favorable del paciente.

La endocarditis infecciosa sobre bioprótesis aórtica, aunque relativamente rara, presenta una incidencia significativa en pacientes con valvulopatías previas, especialmente en aquellos que requieren recambio valvular aórtico. De acuerdo con estudios recientes, la prevalencia de endocarditis en pacientes con prótesis aórtica varía entre el 1-2% anual, siendo más frecuente en pacientes con factores de riesgo como insuficiencia renal, comorbilidades cardiovasculares y un manejo deficiente de los anticoagulantes. Además, la espondilodiscitis infecciosa en pacientes de esta edad puede pasar desapercibida en sus primeras fases debido a la inespecificidad de los síntomas, lo que subraya la necesidad de una atención rápida y adecuada en urgencias.
En cuanto a la incidencia de estos eventos, un estudio realizado en pacientes mayores de 75 años con antecedentes de cirugía valvular y prótesis aórtica encontró una tasa de complicaciones infecciosas de hasta el 4.5%, con la endocarditis siendo una de las más comunes. Este caso reafirma la relevancia de mantener una alta sospecha clínica en urgencias, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares y antecedentes quirúrgicos complejos.

P. #2029

UTILIZAMOS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS LA ESCALA PRONÓSTICA DE RIETE (PARA IDENTIFICAR PACIENTES DE BAJO RIESGO) EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES?

Ana María Peiró Gómez[1], Ainoa González Casañ[1], Elena Gonzalvo Bellver[2], Cristina Peñalver Colmenero[3], Carolina García Gómez[3], Alejandro Marti Cervera[4]

1. Hospital de Sagunto, Sagunto, España
2. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
3. Hospital de Sagunto, Sagunto, España
4. Hospital de Sagunto, Sagunto, España

INTRODUCCIÓN

La Trombosis Venosa Profunda (TVP) es una patología frecuente en los servicios de urgencias Hospitalarias (SUH): 50.000-70.000 casos/ año en España. Hasta hace poco tiempo, ingresábamos a todos los pacientes. Hoy en día, ya no es justificable, porque el paciente puede autoadministrarse la anticoagulación, en la mayoría de los casos, en su domicilio . Habitualmente no utilizamos escalas para evaluar los pacientes de alto/bajo riesgo en SUH.
El Registro Informatizado de pacientes con Enfermedad tromboEmbólica (RIETE) dispone de una escala para ayudar a decidir ingresos o altas de pacientes con TVP de de miembros inferiores (TVPMI), con seis ítems : insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, sangrado reciente, trombocitopenia o trombocitosis, inmovilización >4 días o cáncer. Si el paciente no tiene ninguno, podría ser dado de alta del SUH, pero si tiene uno de ellos, debería ingresar .

OBJETIVO

Comprobar si aplicamos los criterios de la escala del RIETE , para identificar pacientes de bajo riesgo en TVPMI, y decidir ingresos o altas del SUH.

MÉTODO

Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo, recogiendo los casos de Trombosis Venosa profunda (TVP) atendidos en 2023 y 2024 en nuestro SUH.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han recogido 141 casos de TVP: 63 en 2023 , 78 en 2024. Se ingresaron 42 pacientes (29,8%), y 99 altas a domicilio (70, 2%), (similar a bibliografía).
Se revisaron los motivos de ingreso de los 42 pacientes: 16 presentaron Tromboembolismo pulmonar (TEP) asociado , 9 tenían cáncer , 7 afectación extensa iliaca-cava, 4 insuficiencia renal, 3 descripción de TVP "extensa" por radiólogo (sin afectación iliaca-cava) , 1 comorbilidad añadida y 2 movilidad disminuida .
Analizando los ítems individualmente:
-Pacientes con TVP y cáncer: 26: ingresaron 16 (61,5%) Los 10 no ingresados fueron 8 pacientes libres de enfermedad , 2 fueron

remitidos a domicilio con cáncer activo y TVP con afectación iliaca y en 2 se perdió el seguimiento.
2-Pacientes con TVP e Insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina (AC <60 ml/min) fueron 16 , ingresaron 4 (25%). De los 12 pacientes que no ingresaron 3 tenían FG menor de 30ml/min (25%), 7 entre 30-50ml/min (58,36%) y 2 mayor de 50ml/min (16,6%)
3-Pacientes TVP y disminución movilidad >4 días: 17. Ingresaron 10 (58%).
4-Pacientes con TVP sangrado reciente: No hubo
5-Pacientes con TVP y alteraciones de plaquetas: 2 casos, que ingresaron.
6-Pacientes con TVP e Insuficiencia cardíaca: 6 casos, ingresaron 2 (33%).
Hemos encontrado 3 pacientes que ingresaron ante la descripción radiológica de TVP "extensa" (Sin afectar vena cava ni vena iliaca) y no cumplían criterios de ingreso .
Resulta evidente que en nuestro SUH no se ha aplicado correctamente la escala pronóstica RIETE para identificar pacientes de bajo/ alto riesgo e indicar ingreso o alta. .
Al igual que en RIETE, hemos tenido pacientes con un ítem y se les dió el alta (la mayoría con AC>30 ml/min , insuficiencia cardíaca estable y con posibilidad de movilización). Estos pacientes tienen un riesgo ligeramente superior (1,4%) al de pacientes sin ningún ítem (0,2-0,6%) , pero al seguir siendo el riesgo bajo, pueden remitirse a domicilio, asegurando control clínico a corto plazo .
Se realizó seguimiento retrospectivo de los pacientes remitidos a domicilio que cumplían criterios de ingreso y, afortunadamente, no sufrieron ninguna complicación.

CONCLUSIONES

Tenemos margen de mejora, tanto en ingresos evitables, como en pacientes que precisan ingreso. La escala pronóstica de RIETE (6 ítems), sencilla y rápida, puede sernos de utilidad para mejorar nuestras decisiones en Urgencias. Los pacientes con 1 ítem, deben ingresar, con excepciones: si están clinicamente bien y asegurando el control clínico precoz.
Atención especial a los pacientes que presentan más complicaciones: oncológicos y con insuficiencia renal, especialmente AC<30ml/min, que deben ingresar.

P. #2031

ITU PARECE, TROMBO LO ES

Elena Descalzo Casado, Azahara Virginia Molina Díaz, Paula Martínez De La Cruz, Laura Arribas Sánchez, Silvia Barrero Martín, Gema Martínez Franco

Hospital Universitario 12 De Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 28 años, natural de Venezuela, obeso, sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Trabaja como rider. Consulta en Urgencias por cuadro de dolor hipogástrico y perineal de 3 días de evolución, que empeora con los esfuerzos (orinar, con el rebote al ir en bicicleta) y que asocia clínica miccional (polaquiuria y disuria), así como escalofríos y tiritona sin termometrar temperatura. No náuseas, vómitos ni alteraciones del ritmo deposicional.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Febrícula (37.4ºC), hemodinámicamente estable y con buen aspecto general. Abdomen blando, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, con Blumberg, Rovsign y psoas positivos. Tacto rectal con dolor a la palpación de la pared rectal anterior. Resto de exploración sin hallazgos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica de sangre: leucocitosis (13800 leucocitos/µl), neutrofilia (9600 neutrófilos/µl) y elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva (PCR) 12.41 mg/dl). Función renal, hepática y coagulación normales.
Analítica de orina: normal.
Se solicita prueba de imagen (TAC de abdomen) para descartar apendicitis aguda, que se descarta, pero se observan signos de tromboflebitis extensa (vena gonadal derecha, vena ilíaca interna derecha y varices pélvicas, con extensa circulación colateral de ambos territorios gonadales e hilios renales secundaria a trombosis de las venas renales y vena cava inferior supra/yuxtarrenal) y uropatía obstructiva derecha grado I/IV secundaria a tromboflebitis.
EVOLUCIÓN:
Se inicia anticoagulación ajustada a peso con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y cobertura antibiótica con ceftriaxona y metronidazol por afectación pélvica extensa, y se cursa ingreso para estudio de etiología de la tromboflebitis (trombofilia, origen autoinmune, síndrome nefrótico, proceso infeccioso/enfermedad de transmisión sexual, origen traumático).
Durante el ingreso se descarta origen autoinmune, alteraciones de la coagulación, síndrome nefrótico o infeccioso, impresionando de trombosis de la vena cava de años de evolución de origen incierto con desarrollo de colateralidad venosa sobre la que se desarrolla inflamación favorecida por microtraumatismos pélvicos.

CONCLUSIONES

1. La tromboflebitis de las venas gonadales es una patología poco frecuente y de predominio en mujeres puérperas.
2. Su etiología más frecuente son los estados de hipercoagulabilidad, aunque también puede ser debido a procesos autoinmunes (vasculitis), anemia falciforme, síndrome nefrótico o procesos infecciosos.
3. El tratamiento es la anticoagulación.

P. #2032

MANEJO DEL NIÑO ASMÁTICO EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Asunción Jorge Martin[1], Rebeca Santos Nieto[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Alicia Pacho Gimaré[1], Laura María Jorge Martín[1], Sonia Pinto Bartolomé[1]

1. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España
2. Gerencia de Servicios Sociales, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 7 años de edad con antecedentes personales de asma moderada persistente desde los 3 años. Uso de corticoides inhalados y broncodilatadores de rescate.
Antecedentes familiares: Madre con asma. Factores desencadenantes: Exposición reciente a polvo y clima frío.
El motivo de consulta es dificultad respiratoria de 10 horas de evolución con aumento progresivo de la tos y sibilancias, sin respuesta adecuada al salbutamol inhalado en domicilio.
Exploración física:
- Frecuencia respiratoria: 40 respiraciones por minuto (rpm)
- Frecuencia cardíaca: 135 latidos por minuto (lpm)
- Saturación de oxígeno: 88% en aire ambiente
- Uso de músculos accesorios: Presente
- Auscultación pulmonar: Sibilancias difusas y disminución del murmullo vesicular en bases.
- Clasificación: Crisis asmática grave (según Pediatric Asthma Severity Score - PASS).

Intervenciones médicas:
1. Oxigenoterapia: Administración de oxígeno por mascarilla con reservorio a 6 litros por minuto para mantener saturación aproximada del 92%.
2. Broncodilatadores inhalados: Salbutamol 6 inhalaciones cada 20 minutos en la primera hora, con aerocámara.
3. Bromuro de ipratropio: En nebulización junto con salbutamol para potenciar el efecto broncodilatador.
4. Corticosteroides sistémicos: Metilprednisolona 1 miligramo por kilo intravenoso (IV)
5. Sulfato de magnesio IV

Cuidados de enfermería en urgencias:
1. Valoración inicial y monitorización continua:
- Evaluar signos de dificultad respiratoria (frecuencia respiratoria, uso de músculos accesorios, retracciones).
- Monitorizar la saturación de oxígeno con pulsioxímetro.
- Evaluar respuesta al tratamiento cada 20-30 minutos.

2. Administración de oxígeno:
- Colocar al paciente en una posición semifowler para mejorar la ventilación.
- Ajustar la administración de oxígeno según la saturación.

3. Administración segura de medicación:
- Verificar la dosis y vía de administración de broncodilatadores y corticosteroides.
- Explicar al paciente y familiares el uso correcto del inhalador con aerocámara.

4. Apoyo emocional y educación:
- Brindar seguridad al niño y explicar el procedimiento para reducir la ansiedad.
- Informar a los cuidadores sobre signos de alarma y medidas preventivas.

5. Prevención de recaídas:
- Educar sobre el uso adecuado de inhaladores y la adherencia al tratamiento de mantenimiento.
- Identificar y evitar factores desencadenantes.
- Coordinar cita de seguimiento con neumología pediátrica.

Tras cuatro horas de tratamiento y monitorización, el paciente presenta mejoría con una saturación de 95%, frecuencia respiratoria de 28 rpm y disminución de las sibilancias. Se decide alta con las siguientes indicaciones:
- Continuar con salbutamol cada 4-6 horas por 48 horas.
- Prednisolona oral por 3 días.
- Educación sobre signos de alarma y uso correcto del inhalador.
- Control ambulatorio en una semana.

CONCLUSIONES

El manejo del niño asmático en urgencias debe ser rápido y protocolizado. La intervención de enfermería es clave para optimizar el tratamiento, garantizar la adherencia y prevenir recaídas. La educación del paciente y su familia es fundamental para el control del asma y la reducción de hospitalizaciones.

P. #2041

INMUNOCOMPETENCIA Y JUVENTUD: LA SEVERIDAD DE LA TUBERCULOSIS DISEMINADA

Iria Miguéns Blanco, Noemí Ordóñez Agrafojo, María Cortés Ayaso, Cristina Rúa Castro, Rubén García López, Laura Teijeiro Juiz

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario, Santiago De Compostela, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 32 años. Acude a Servicio de Urgencias por astenia e ictericia desde hace 24 horas. Como antecedente para el caso el paciente refiere 3 ingresos en otra Comunidad Autónoma desde hacía 6 meses con diagnóstico de Neumonía en lóbulo medio con derrame pleural. Fiebre de origen desconocido. Hepatitis alcohólica.
En el SUH, ictericia, hipotensión, fiebre y anuria.
Destaca en exploración física, PAM 46 mmHg, Fc 110 lpm. FR 39. SatO2 basal 94%. T° 38°C
Se inició antibioterapia con Piperazilina Tazobactam con extracción previa de cultivos Se pautaron aporte para corrección de alteraciones iónicas (Na 123 mmol/L, K 2.8 mmol/L), requiso transfusión de 2 concentrados de hematíes por hemoglobina de 6,7g/L. En TAC de abdomen: derrame pleural bilateral patrón micronodular aleatorio en ambos pulmones. Hepatomegalia, ascitis, esplenomegalia. Lesiones esplénicas isquémicas.
Una vez estabilizado se cursó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, dónde precisó de asistencia respiratoria invasiva a las 72 horas del ingreso.
Solicitados múltiples estudios complementarios (pruebas de imagen, determinación de tóxicos, cultivos, serologías, autoinmunidad) con objetivo de filiar el cuadro, se diagnosticó finalmente de tuberculosis pulmonar diseminada(afectación pulmonar, cerebral, vertebral L1, dudosa hepática e intestinal).
El paciente presentó durante el ingreso diferentes complicaciones en relación con las afectaciones descritas, descompensación de la hepatitis alcohólica conocida, habiendo presentado episodios de crisis convulsivas en este contexto, así como datos de hemorragia intestinal, causa de su fallecimiento.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de Tuberbuculosis pulmonar diseminada o multisistémica es una rara forma de presentación de la enfermedad tuberculosa, representando de un 2-5% de todos los casos de tuberculosis. En este caso, no se estableció una sospecha clínica teniendo en cuenta, además, que se tratada de una paciente inmunocompetente. Es fundamental el envío de cultivos para no perder la oportunidad de su diagnóstico resultante del aislamiento del Mycobacterium tuberculosis.
En el caso de nuestro paciente, ¿no existían antecedentes clínicos o epidemiológicos relevantes? Pese a la juventud del paciente, destaca el diagnóstico de hepatitis alcohólica así como múltiples ingresos en relación con procesos infecciosos sin aislamiento microbiológico.
Para el año 2022, una cuarta parte de la población mundial estaba infectada y, hasta la llegada de la pandemia de COVID-19, era la principal causa de muerte atribuida a un solo agente infeccioso, superando al VIH/SIDA.
La forma más frecuente de manifestación es la tuberculosis pulmonar, que ocurre en un 80-90% de los casos. Sin embargo, la enfermedad puede afectar cualquier parte del cuerpo humano, en cuyo caso se denomina tuberculosis extrapulmonar, representando entre el 10 y el 20% de los casos.
La tuberculosis extrapulmonar puede localizarse en un solo órgano o diseminarse a través de la vía linfática o sanguínea hacia dos o más órganos, en cuyo caso se conoce como tuberculosis diseminada o multisistémica. Aunque su prevalencia exacta no se conoce con precisión, algunas series de casos estiman que representa entre el 2 y el 5% del total de casos de tuberculosis.
1) La sospecha clínica de tuberculosis diseminada ha de establecerse incluso en el caso de pacientes inmunocompetentes.
2) La realización de cultivos es fundamental a la llegada del paciente al Servicio de Urgencias para poder iniciar el tratamiento dirigido lo antes posible.
3) La afectación extrapulmonar puede comprometer las diferentes funciones orgánicas así como la descompensación de enfermedades de base pudiendo, su gravedad, ser letal.

P. #2045

DIARREA Y FIEBRE TRAS VIAJAR A ÁFRICA

José Wilder Quenata Romero[1], María Del Carmen Morante Navarro[2][3], Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], Verónica Elena Fermín Ramírez[1], Ronald Paul Torres Gutiérrez[1], Fabio Andrés Jaimes Bautista[1]

1. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
2. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España
3. Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 54 años, trabajador de la construcción de autovías, realiza viajes periódicos por tiempo prolongado a África por cuestión laboral. Con antecedentes de Hepatopatía por VHB en tratamiento con tenofovir. Adenocarcinoma de colon T3N0M0, intervenido por laparoscopia en remisión completa. Fumador de 1 paquete de cigarrillos al día. El paciente regresa a España después de 5 meses de estancia por cuestión laboral en Benin (ciudad de África), tras llegar a España acude a urgencias hospitalarias. Refiere haber recibido profilaxis previo al viaje, la vacuna de F. Tifoidea. Colera. F. Amarilla. Meningococo. VHA y una pastilla para el paludismo no continúo con profilaxis contra la malaria

Refiere iniciar hace 2 meses con deposiciones líquidas entre 4-5 veces por día sin productos patológicos que le duró aproximadamente 3 semanas, dolor abdominal tipo cólico que mejoraba tras las deposiciones, acompañado de nauseas, sensación distérmica, escalofríos con pérdida de peso, malestar y decaimiento general fue valorado en un centro Médico de África, le diagnosticaron gastroenteritis infecciosa le pautaron medicamentos que el paciente no recuerda los nombres, las últimas 3 semanas el paciente refiere empeoramiento clínico, tiritonas, sudoración profusa autolimitada, cefalea, tos seca, acompañado de mialgias, artralgias generalizadas, astenia y decaimiento general.

EXPLORACIÓN FISICA

TA 111/58 T° 38,8°C FC 110 l.p.m. Sat.O2 96%. Consciente, orientada, colaborador, con signos de deshidratación, ligera palidez cutánea AC: Rítmico, no oigo soplos AP: MVC en ambos campos pulmonares. Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. EE.II: No edema, no signos de TVP. Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 10.8 g/dl. Hematocrotico 32,3 VCM 80,7 HCM 25,8 Leucocitos 4,3 Neutrófilos 2,6 Linfocitos 1,2 PCR 10 Procalcitonina 0.9. Bioquímica Glucosa 111 mg/dl (76-100) Cr. 1.4, Bilirrubina 2 Bilirrubina directa 0,68 Fosfatasa alcalina 280 GGT 213 LDH 350. Coagulación: Tiempo de protrombina 15 INR 1,5 Fibrinogeno 800. Rx. Torax: ICT dentro de límites normales,no condensaciones ni derrame. Benin (ciudad de África) en un área de P. Falciparum resistente a la cloroquina (constatado en CDC Yellow book. Se realiza estudio de palsmodium (gota gruesa) siendo positivo con índice parasitario de gametocitos elevados.

Diagnóstico: Malaria (Plasmodium falciparum)

CONCLUSIONES

La malaria es una enfermedad parasitaria, transmisible y endoepidemiológica, producida por infección de 5 tipos de plasmodios que pueden afectar al hombre (P. falciparum, P. vivax, P. ovale, P. malarie y P. knowlesi). Es un problema de salud pública con elevada tasa de morbimortalidad. La clínica más agresiva es la de P. falciparum que muestra fiebre alta, escalofríos, diarrea, cefalea y en pocas horas, alteración hepática, renal, trastornos de coagulación, edema pulmonar y cerebral, encefalopatía, coma y muerte. La transmisión es por vector (hembra del mosquito Anopheles). El riesgo existe en todos los viajeros a zonas endémicas y los nacidos en zona maláricas no son inmunes. El periodo de incubación de P. falciparum es de 7 a 14 días. El diagnóstico se basa en el frotis sanguíneo y en la gota gruesa. El tratamiento se debe instaurar cuando se confirma el diagnóstico.

P. #2047

EL GABINETE DE LA INCERTIDUMBRE

Laura García Lara, Alfredo Tonda Sellés, Javier De Aristegui Bengoechea, María Gijón Rodríguez, Raquel Davó Fernández, Carlota María Orejuela Carmona

Médica, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años, hipertenso en tratamiento con irbersartán 160 mg/dia. Acude a urgencias por afasia y fluctuación del nivel de conciencia.

Según refiere su esposa, hacía 48 horas, fue valorado por el médico de familia por crisis hipertensiva; al día siguiente comienza con fiebre, cefalea, rinorrea y otalgia, por lo que vuelve a consultar con diagnóstico de infección respiratoria de vías altas (IRVA); y al tercer día ante empeoramiento clínico e inicio de afasia motora, desorientación y alteración del comportamiento, derivan al Hospital.

A su llegada, es valorado en BOX VITAL. Se monitoriza, presentando tensiones de 130/80mmHg, a 110 lpm, ligeramente taquipneico y afebril. Auscultación cardiopulmonar y abdomen anodinos. En cuanto a la exploración neurológica, Glasgow 10 (V1M5O4), afasia motora y agitación psicomotriz. No claros signos meníngeos, nistagmo desviación de la mirada. Motor conservado. Resto no explorado por ausencia de colaboración.

Durante su estancia en box vital, se evidencian dos crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, que cesan tras 10 mg de midazolam y 2 gramos de levetiracetam.

En cuanto al diagnóstico diferencial inicial, nuestras principales sospechas diagnosticas fueron las siguientes:

- Meningoencefalitis o complicación infecciosa secundaria (absceso cerebral o tromboflebitis séptica) dado el reciente cuadro de IRVA +/- otitis.
- Patología isquémica/hemorrágica, en paciente con FRCV y mal control tensional reciente.
- Origen tóxico-metabólico: tener muy en cuenta alteraciones iónicas, principalmente magnesio, fosforo, calcio y sodio, o incluso alteraciones tiroideas (poco probable en nuestro paciente por ausencia de medicación tirotóxica y perfil tiroideo de hacía dos meses normal).
- Otras causas menos frecuentes serían:

* Enfermedad de Creutzfeldt-jakob: se caracteriza por ser una enfermedad rápidamente progresiva que pueden debutar con crisis convulsivas;
* Vasculitis del sistema nervioso central: suelen acompañarse de otras afectaciones sistémicas
* Síndrome paraneoplásico, en concreto la encefalitis autoinmune: los cuales en ocasiones pueden preceder al desarrollo tumoral.

Para descartar estos procesos solicitamos TAC basal y angioTAC venoso urgente, radiografía de tórax, bioquímica completa, hemograma, coagulación, hemocultivos, gases venosos y tóxicos en orina, destacándo de todo esto únicamente una acidosis metabólica (ph 7.18, pCO2 22, HCO3 16.5 lactato 58).

Por la situación crítica del paciente y la imposibilidad de realización de punción lumbar por agitación, se avisó a UCI y se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona, vancomicina (cobertura de multirresistentes), ampicilina (varón mayor de 50 años), aciclovir y primera dosis de corticoides, para cobertura de meningoencefalitis infecciosa.

El paciente finalmente ingresa en UCI con sospecha diagnóstica de meningoencefalitis aguda, donde y tras sedación realizan primera punción lumbar, con array negativo, hiperproteinorraquia y linfocitosis. Durante el ingreso se completó el estudio junto con neurología con diagnóstico final de meningitis linfocitaria aséptica de probable origen viral y. mejoría paulatina del paciente.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que podemos extraer de este caso es que como médicos también tenemos que aprender a manejar la incertidumbre, pues en muchas ocasiones no tendremos un diagnóstico definitivo. En estos casos, la historia clínica, exploración física y una gama amplia de diagnósticos diferenciales nos debe ayudar a guiar nuestras decisiones, más aún en aquellas situaciones que requieran manejos urgentes. Día a día, como médicos, nos enfrentamos a retos diagnósticos y terapéuticos clamados por la incertidumbre, siendo Urgencias probablemente uno de los servicios donde más se brinde su presencia, declinada por la limitación en pruebas y tiempo. Por otro lado, es muy importante el trabajo multidisciplinar y aprender a fomentar este pues es enriquecedor tanto para el paciente como para la formación médica.

P. #2052

ABSCESO PARASITARIO TRAS VIAJE A SUDESTE ASIÁTICO

Juan Bosco González Del Valle[1], Jorge Díaz Álvarez[2], Laura Codina Carballo[2], Carmen Quereda Navarro[2], Álvaro Izquierdo Montero[2], Marta González Sanz[2]

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 42 años. Entre sus antecedentes destacan episodios de migrañas, osteopenia, rosácea. Acude a urgencias presentando un cuadro consistente en fiebre, diaforesis nocturna, náuseas sin vómitos y dolor abdominal en el flanco derecho. Analíticamente destacaba una proteína-C reactiva y procalcitonina elevadas además de leucocitosis con neutrofilia. Se realizó una ecografía de urgencia donde destacaba una lesión nodular hiperecogénica de 18 mm en segmento VII informada como posible hemangioma y un útero aumentado de tamaño a expensas de múltiples lesiones intramurales, probables miomas. Se cubrió antibióticamente y se dejó en observación en urgencias. Ante la ausencia de mejoría clínico-analítica se reinterrogó a la paciente: negaba relaciones sexuales de riesgo. Ausencia de contacto con ganado. No consumo de berros ni de alimentos en mal estado.
Antecedentes de viajes de ocio a Thailandia, Indonesia, Costa Rica, Sudáfrica (2022 y 2023) y Filipinas 8 meses antes. Se solicitó un TC abdominal que confirmó la lesión en el segmento VII hepático, pero esta vez catalogándola como un absceso hepático con edema periportal. Iniciamos tratamiento con metronidazol intravenoso y se procedió a drenaje eco-guiado de la lesión con extracción de material purulento. En el estudio de parásitos en heces ese observan quistes de Entamoeba Coli. Presentó mejoría significativa tras el drenaje y el tratamiento antibiótico pudiéndo ser dada de alta con metronidazol y paramomicina vía oral, con diagnóstico de absceso amebiano.

CONCLUSIONES

Las parasitosis y, más concretamente, los abscesos parasitarios son entidades poco frecuentes en la práctica clínica del médico de urgencias en nuestro medio. La globalización y el aumento de conexiones entre los distintos continentes en los últimos años han abierto un nuevo horizonte en las enfermedades a las que un médico de urgencias tiene que hacer frente. Ante una población diversa que viaja a otros continentes, el espectro de patologías a las que tenemos que enfrentarnos aumenta y entidades como las infecciones por parásitos, virus y bacterias endémicas de zonas distintas a la nuestra deben adquirir un papel más importante en el catálogo de enfermedades que el especialista en urgencias debe barajar en su práctica clínica.

P. #2062

UNA EXTRAÑA NEUMONÍA

Izumi Konishi[1][2], Ana María López Vázquez[1], Adriana Soler Arenas[1]

1. Hospital General Universitari València, Valencia, España
2. Centre Sanitari Integrat Paiporta, Paiporta, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 33 años acude por dolor en hemitórax izquierdo, punzante, no irradiado, de 1 día de evolución, sin cortejo vegetativo ni otra sintomatología.
Antecedentes: fumadora (1/2 paq/día), duodenitis crónica atrófica, Ca cervix CIN3, cólico nefrítico. Salpinguectomía bilateral + conización cervix (2018), adenoidectomia.
Tratamiento habitual: norelgestromina + etinilestradiol, que dejó de tomar el mes anterior.
Exploración física: eupneica sin ruidos agregados a la auscultación cardiopulmonar. Hemodinamicamente estable, con constantes de TA 105/65 mmHg, FC 97 lpm, SatO2 97% (FiO2 21%).
Se realizan RX de tórax, que evidencia consolidación en pulmón izquierdo; ECG con RS a 80 lpm sin alteraciones; analítica sanguínea con leucocitosis 15.2x10*9/L (85% Neutrófilos), Troponinal (hsTnI) 1 ng/L, Proteina C Reactiva (PCR) 2.09 mg/dL, resto anodino.
Se diagnostica de neumonía prescribiendo tratamiento antibiótico y analgésico.
Acude nuevamente 2 días más tarde por presentar persistencia de dolor, asociando tos productiva, fiebre de 40ºC, disnea, sin mejoría a pesar del tratamiento.
Mantiene estabilidad hemodinámica, con TA 114/69 mmHg, FC 95 lpm, SatO2 93% (FiO2 21%), Tª 37.1ºC.
Las pruebas complementarias (PPCC) muestran resultados similares al primer episodio, con leucocitosis en descenso (9x10*9/L), PCR en ascenso (6.23 mg/dL), hsTnI sin cambios, procalcitonina 0.01 ng/mL, gasometría arterial con hipocapnia sin insuficiencia respiratoria (PaO2FiO2 471), antígenos urinarios negativos, virus respiratorios negativos.
En esta ocasión, se cursa Dímero D (DD) siendo de 1590 ng/mL (punto de corte 500 ng/mL). Por este motivo, se realiza angioTC pulmonar, que evidencia defecto de repleción en arteria segmentaria de lóbulo superior izquierdo (LSI) asociado a infiltrado intersticio-alveolar periférico triangular, sugestivo de infarto pulmonar.
Es valorada por Neumología de guardia, que en su entrevista recogen además un antecedente de aborto espontáneo (G3A1P2). Ingresan a la paciente con diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-bajo con infarto pulmonar en LSI. Como factores de riesgo, indican el tabaquismo activo y la toma de anticonceptivos orales hasta hacía un mes.
Se inicia tratamiento anticoagulante y se realiza ecocardiografía transtorácica, sin hallazgos de hipertensión pulmonar ni afectación del ventrículo derecho.
La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta 5 días más tarde con pauta de anticoagulación oral con Acenocumarol.

Se realiza estudio de trombofilia siendo negativo.
A los 6 meses, continúa asintomática y sin tratamiento anticonceptivo por lo que se suspende la anticoagulación en base a la escala HERDOO2.

CONCLUSIONES

El TEP constituye la 3ª causa de muerte de origen cardiovascular a nivel mundial, sin embargo su diagnóstico sigue siendo un reto. Sus síntomas más sugestivos son la disnea de inicio brusco, el dolor torácico, el síncope o presíncope y la hemoptisis.
No obstante, la presentación clínica es variable, multiforme, a menudo inespecífica o incluso asintomática, de ahí su apodo de "gran imitador". Esto refleja su etiopatogenia multifactorial. La fisiopatología de la trombosis venosa se basa en la triada de estasis sanguínea, daño/disfunción endotelial e hipercoagulabilidad: cualquier situación que produzca estas alteraciones constituye un factor de riesgo (FR).
El tratamiento anticonceptivo oral es un FR conocido en mujeres jóvenes y se desaconseja su uso en pacientes fumadoras ya que los diferentes FR tienen efectos sinérgicos entre ellos.
La localización segmental/subsegmental del TEP de tamaño pequeño es la que más frecuentemente se asocia a infarto/hemorragia pulmonar y a clínica de dolor pleurítico y hemoptisis.
Para el diagnóstico de TEP, es fundamental un alto índice de sospecha asociado a criterios de predicción clínica (índice de Wells o de Geneva). En los casos de probabilidad baja-intermedia, el DD (con rango adaptado a la edad) tiene alto valor predictivo negativo. Su positividad, o una probabilidad pre-test alta, recomiendan la realización de angioTC.
Para establecer la duración de la anticoagulación es preciso identificar los factores de riesgo.

P. #2064

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR VIRUS HEPATITIS A

María Martínez Sanz
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 48 años sin antecedentes conocidos que acudió a urgencias por cuadro de febrícula, malestar general, astenia e ictericia mucocutánea de 2 días de evolución, que empeoraron progresivamente, asociado a datos incipientes de encefalopatía con aumento de somnolencia y asterixis. Presentó náuseas sin vómitos, coluria y con deposiciones de aspecto normal. No tenía hábitos tóxicos, no tomaba tratamiento habitual, sin contactos ni prácticas sexuales de riesgo, y negaba haber tomado productos de herbolario. Tampoco había realizado viajes recientes.
A la exploración física se encontraba levemente hipertenso 130/80mmHg, taquicárdico a 120lpm, sin datos de hipoperfusión periférica. Saturación basal 96%, eupnenico en reposo. La auscultación cardiopulmonar era normal. Con color ictérico de piel y mucosas, consciente y orientado en las tres esferas, con flapping positivo. El abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, con Murphy negativo y sin signos de irritación peritoneal. Sin edemas en miembros inferiores, ni signos de trombosis venosa profunda.
Desde su llegada a la urgencia presentó un cuadro de deterioro neurológico progresivo, con mayor somnolencia y aumento de la encefalopatía a grado III, con pupilas isocóricas y normorreactivas.
En la gasometría venosa presentaba una acidosis metabólica con pH 7.3, EB -3 y ácido láctico de 10. Analíticamente se objetivaba alteración del perfil hepático de predominio citolítico con GPT 10361 U/l, GOT 7126 U/l, GGT 280 U/l, FA 193 U/l, LDH 1297 U/l, con hiperbilirrubinemia de 12.1 mg/dl. Con niveles de amonio de 138, coagulopatía con INR 11.84 y actividad de protrombina del 6%. Se solicitaron serologías para virus hepatotropos y tóxicos. Los tóxicos en orina fueron negativos.
Se solicitó TC abdomino-pélvico que muestra signos de hepatopatía difusa inespecífica, sin objetivarse áreas de isquemia, y TC cerebral que no mostraba alteraciones significativas, ni sangrados intracraneales, ni datos de edema cerebral.
Avisaron de laboratorio por positividad en la serología de anticuerpos para IgM de VHA. El resto de serologías fueron negativas: VHB, VHC, VHE, VHS 1+2, VIH, CMV, toxoplasma, VEB. Los niveles de paracetamol en sangre fueron normales.
Ante el cuadro de fallo hepático agudo fulminante se decide ingreso en UCI, incluyéndole en la lista de trasplante hepático de urgencia 0, por infección aguda por VHA, (con encefalopatía, coagulopatía, trombopenia, acidosis metabólica, hipotensión arterial y FRA).

CONCLUSIONES

Ante pacientes con una clínica de ictericia, febrícula, mal estar general y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho con las alteraciones analíticas anteriores, despliegan un amplio diagnóstico diferencial de hepatopatías agudas, tóxicas, infecciosas, y autoinmunes.

Debemos tener en cuenta que en el último año ha aumentado la incidencia de casos de hepatitis A en España, siendo más frecuente en varones entorno a 15-45 años, y un aumento de la transmisión en población de hombres que mantienen sexo con hombres. Asociado, a que en España la vacuna de la hepatitis A está recomendada a viajeros y a personas pertenecientes a grupo de riesgo, pero no pertenece al calendario vacunal general, mucha de la población no se encuentra inmunizada. Además, la infección por virus de hepatitis A suele conllevar a una enfermedad de baja gravedad, siendo más comprometida en personas inmunodeprimidas o con patología hepática. A pesar de que el paciente no presentaba las características anteriores, desarrolló un fallo hepático fulminante.

P. #2078

MAL PEDIDO, PERO BIEN PEDIDO. APRENDEMOS ERRANDO

Rocío García-Gutiérrez Gómez, Enmanuel Chirino García, Teresa Agudo Villa, Juan Muñoz-Mingarro Molina, Komal Hingorani Karnani, David Martín-Crespo Posadas

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años de edad, fumadora con criterios de bronquitis crónica, sin otros antecedentes de interés, acude al S° Urgencias por tos con mucosidad blanquecina, sensación distérmica, autoescucha de sibilantes y disnea progresiva hasta hacerse de reposo de un mes de evolución. No sudoración nocturna, no pérdida de peso.

A la exploración física destacar una frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto (lpm), en una paciente taquipneica con saturación basal de oxígeno al 92% e hipoventilación generalizada con sibilantes dispersos a la auscultación pulmonar.

Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 128 lpm sin alteraciones secundarias de la repolarización.
- Radiografía de tórax posteroanterior-lateral: Imagen triangular en base derecha compatible con condensación.
- Analítica urgente: LDH 295 U/L, Sodio 132 mEq/L, PCR 65 mg/L, sin leucocitosis. Gasometría arterial basal: insuficiencia respiratoria hipoxémica. D-Dímero 0.51 mcg/mL.

En Urgencias, iniciamos tratamiento broncodilatador y antibioterapia con amoxicilina-ácido clavulánico, sin clara mejoría unas horas después. Por este motivo y por la taquicardia, se descarta tromboembolismo pulmonar (TEP); aunque encontrándose los siguientes hallazgos en la angiotomografía computerizada (angioTC) de arterias pulmonares:

- Imagen nodular de bordes espiculados en lóbulo inferior derecho y lóbulo superior izquierdo, no pudiendo descartar carácter maligno de la misma.
- Nódulos centrolobulillares e imágenes en vidrio deslustrado distribución difusa que sugieren cambios inflamatorios/infecciosos (a valorar tuberculosis entre los posibles diagnósticos diferenciales).

Se deja en aislamiento con petición de Mantoux y esputos que finalmente descartaron tuberculosis, aunque se detecta VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS).

Empeora y presenta intenso trabajo respiratorio y acidosis respiratoria, por lo que se inicia dispositivo de presión positiva binivelada (BiPAP) y se optimiza tratamiento broncodilatador, con leve mejoría. Se comenta con la unidad de cuidados intensivos que, ante dicha mejoría, mantiene en observación. Se puede cambiar BiPAP por oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal, con mejoría progresiva, hasta que se pudo retirar también, y tras varias semanas de ingreso en planta, pudo irse de alta a domicilio sin oxígeno.

Se continuó el estudio de forma ambulatoria, realizándose una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) y otros estudios, que según hallazgos dividimos en:

- Nódulo hipermetabólico en lóbulo tiroideo izquierdo. Se realiza Punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de conglomerado

de nódulos con citología sospechosa no concluyente y en biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) proliferación folicular compatible con neoplasia oncocítica. Se deriva a Sª. Endocrinología que realiza vigilancia.
- Nódulos pulmonares bilaterales compatibles con malignidad. Se realiza BAG: adenocarcinoma con predominio de patrón acinar. Al ser una paciente inoperable por mala función pulmonar se decide tratamiento con quimioterapia y radioterapia.
- Aumento focal de metabolismo en recto, realizándose colonoscopia extirpándose varios pólios y colocando hemoclip.

CONCLUSIONES

La decisión de descartar TEP en esta situación no tenía indicación pues clínicamente era bastante evidente que la causa primaria de la insuficiencia respiratoria fue una hiperreactividad bronquial secundaria a una infección vírica (VRS), la escala de Wells para TEP daba un resultado bajo (aunque la de PERC sí que indicaba solicitar D-Dímero); y el resultado del D-Dímero ajustado a la edad de la paciente ofrecía un alto valor predictivo negativo para TEP. No obstante, se hizo, y los hallazgos de esta prueba fueron útiles y beneficiosos para la paciente. Además, no se puede asegurar que alguna prueba pulmonar de mayor resolución que la radiografía simple de tórax se hubiera hecho durante el ingreso, de modo que gracias a esta decisión, la paciente pudo ser estudiada con mayor precicocidad y pudo empezar un tratamiento específico y dirigido.
A pesar de este beneficio casual para la paciente, enfatizamos que no había indicación de realizar angitoTC.

P. #2082

SHOCK SEPTICO ODONTOGENICO

M Teresa Benavent Company[1], Laura Tarrat Alcalde[1], María Peris Cardells[1], Ángela Soler Sanchis[2], Paola Biforcos Vilarroya[1], Juan Carlos Montalvá Barra[3]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandia, España
2. Departamento de Enfermeria y Podología, Universidad de Valencia, Valencia, España
3. Hospital Lluis Alcanyís, Xátiva, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 28 años, sin antecedentes médicos, acude a urgencias de su centro de salud por bultoma mandibular izquierda doloroso sin cuadro catarral. Se pauta aines y amoxiclavulánico remitiéndose a domicilio. Empeoramiento 48 horas después con fiebre de 40.5°C,aumento de tamaño del bultoma y mal estado general por lo que acude a urgencias hospitalarias. A su llegada presenta regular estado general, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y tumefacción inframandibular signos inflamatorios, tamaño 4 cm, trismus mandibular, posible caries en pieza dental 17/18 como probable foco infeccioso. Constantes: destacar fiebre de 37.6°C, tensión arterial 94/54 mmHg, frecuencia cardíaca 135 lpm, saturación oxigeno 95%. Se solicitó analítica urgente donde se evidencia: Glucosa 138, Creatinina 2.56 mg/dl, sodio 142/potasio 4.23, bilirrubina 0.8, got 28/gpt 14, pcr 186.26, hemoglobina 16, leucocitos 18100 con 87% neutros, plaquetas 179.000, índice quick 68% inr 1.35. Ante estos hallazgos se amplió valor procalcitonina con resultado >100. No se solicitó hemocultivos. Se solicitó tac cuello: "Boca séptica, con múltiples dientes carieados, gran caries en la corona 3.7, colección laminar de aproximadamente 4 mm ambos lados de la mandíbula por lingual y vestibular, entre el hueso y la musculatura. Se optimiza tratamiento añadiendo clindamicina y fluidoterapia intensiva permaneciendo el paciente estable hemodinámicamente. Al tratarse de un hospital de segundo nivel se contactó con cirugía maxilofacial del hospital de referencia donde referían ante estabilidad de vía aérea tratamiento conservador ingresando a cargo Otorrinolaringología 48 horas.Al dia siguiente de alta hospitalaria deterioro clínico pese a tratamiento clindamicina via oral, presentando dolor a la deglución y limitada apertura bucal junto con ronquera. En exploración objetivó prominencia de hemicara izquierda, mucosa yugal eritematosa en arcada mandibular sin fluctuación aparente. Constantes dentro de la normalidad. Se solicitó nuevamente analítica de control destacando creatinina 0.92, bilirrubina 1.17, pcr 24.63, procalcitonina 1.07, leucocitosis de 12.600. Tac cuello describía: "Aumento de tamaño de la colección en zona perimandibular de 2.2*4.4*2 cm". Ante estado del paciente se avisó a ORL que realizó punción del abceso tanto a nivel de la encía como a nivel facial siendo negativa, por lo que se contactó con cirugía maxilofacial remitiéndose urgentemente para drenaje del abceso odontogénico bajo anestesia general y exodoncia, permaneciendo ingresado en el hospital de primer nivel 7 días en total con adecuada evolución clínica. En la revisión posterior el paciente se hallaba con buen estado general sin incidencias posteriores.

CONCLUSIONES

El caso descrito es importante porque las infecciones odontogénicas pueden ser origen de cuadros sépticos graves ya que por su ubicación se pueden difundir desde la cavidad oral hasta el tórax o hasta la bóveda craneana complicándose con sinusitis, abcesos cerebrales, meningitis o mediastinitis, con mayor frecuencia su origen puede ser un molar mandibular. Según un estudio elaborado por Thomas R.Flynn quien propuso una clasificación de severidad en base a su localización, se consideraría severidad 2 (riesgo moderado correspondiente a zona submandibular, submentoniano, sublingual, submaseterino). Es fundamental una exploración adecuada incluyendo aparición de trismus y valoración de permeabilidad de vía aérea. Suelen abarcar infecciones polimicrobianas por lo que ante un caso de sospecha de diseminación local o complicación secundaria debe reajustarse de forma adecuada la antibioterapia a utilizar. Asimismo su manejo resulta fundamental puesto que puede debutar como un cuadro de sepsis grave como nuestro caso con escala SOFA calculado de 3 (asociando insuficiencia renal aguda e hipoperfusión periférica marcada inicial) por lo que es primordial no sólo antibioterapia precoz, sino según las guías de manejo de sepsis, adecuada fluidoterapia e imperativo solicitar hemocultivos, nivel de lactato así como control de foco con prontitud.

P. #2091

TIC TOC: LA EXPLORACIÓN FÍSICA MANDA

Kilian Griñan Ferre
Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años independiente para las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo, exfumador de puros, con antecedentes de hipertensión, adenocarcinoma de próstata tratado con radioterapia y hormonoterapia, colecistectomizado por episodio de colangitis. Consulta por dolor en la extremidad inferior izquierda (EII) a nivel del tobillo que se irradia hasta la cadera de 24 horas de evolución asociado a febrícula. Comenta eritema en toda la extremidad, síndrome miccional y nauseas.
A su llegada, paciente hemodinámicamente estable y afebril. Se objetiva EII con edema y eritema asociado en zona interna desde la ingle hasta el tobillo, con dolor a la palpación y movilización. Los pulsos pedios estaban preservados. Se realiza analítica que objetiva leucopenia, con reactantantes de fase aguda elevados (tanto PCR como procalcitonina); hiperlactacidemia y trombopenia sin coagulopatía.
Se orienta inicialmente como sepsis de origen cutáneo y se decide realizar angioTC que describe como fascitis necrotizante por lo que inicia cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam.
Durante su evolución el paciente inicia hipotensión precisando de sueroterapia intensiva hasta 2L, sin mejoría, por lo que se decide iniciar soporte vasoactivo con noradrenalina a 0,2 ug/kg/min y se comenta con la UCI consensuando ingreso.
Posteriormente se realiza intervención quirúrgica con fasciotomía y retorna a la UCI en situación de intubación orotraqueal y ventilación mecánica, orientado como shock séptico con inestabilidad que requirió de soporte elevado vasopresor, añadiendo vasopresina y albúmina.
Finalmente dada la mala evolución del paciente, consensuado con la familia, se decide retirar tratamiento activo e iniciar medidas de confort.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es una infección grave de evolución rápida que afecta los tejidos blandos con una mortalidad que oscila entre el 20-30 %. Los síntomas suelen incluir dolor intenso en el área afectada, inflamación, eritema y, en algunos casos, fiebre.
En función del agente etiológico se puede clasificar en tipo I, polimicrobiano, con al menos un anaerobio más algún anaerobio facultativo y enterobacteria; y tipo II, estreptocócico, normalmente beta-hemolítico.
Cabe resaltar que en pacientes inmunosuprimidos, diabéticos, con arteriopatía periférica o recientemente intervenidos presentan un mayor riesgo de desarrollar la patología.
El diagnóstico diferencial se debe hacer con otras patologías cutáneas como erisipela o celulitis, infecciones vasculares o trombosis, linfangitis, edemas por insuficiencia cardíaca o por estasis venoso y finalmente artritis séptica o por microcristales.
Para realizar una buena orientación diagnóstica se debe efectuar

una exploración física muy cuidadosa en este tipo de patologías ya que la demora en su diagnóstico eleva la morbimortalidad de forma sustancial. A la inspección encontramos la piel edematosa, con eritema y otros cambios de coloración dado que haber una puerta de entrada como lesión o corte. A la palpación encontraremos aumento de la temperatura, induración o fluctuación y dolor, además, en algunos casos encontramos signos específicos como el de aumento en la presión compartimental, por el elevado edema y necrosis, otro signo es el de crepitación a la palpación de la piel.
Ante la sospecha diagnóstica en urgencias y la elevada mortalidad; en primer lugar, debemos monitorizar la hemodinamia del paciente, canalizar dos vías y realizar control de la diuresis. No demorar el tratamiento antibiótico de amplio espectro como Piperacilina Tazobactam o de la família de los carbapenem como Meropenem o Imipenem y de esta manera cubrir las bacterias más frecuentes, incluyendo los grampositivos, gramnegativos y anaerobios. Finalmente, es fundamental realizar un extenso desbridamiento quirúrgico, eliminando el tejido afectado y confirmando el diagnóstico de sospecha con la anatomía patológica.

P. #2094

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN TUMOR HEMATOLÓGICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Pablo Rodríguez Fuertes, Marcos Gómez López, Juan Martín Pilares Barco, Ricardo Deza Palacios
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, natural de Perú, sin antecendentes previos de interés, que acude a urgencias derivada desde atención primaria por cuadro de faringoamigdalitis de 3 semanas de evolución que no presentaba mejoría con varios ciclos antibióticos.
La paciente a su llegada a urgencias refería 3 semanas de intenso dolor faríngeo, asociado a disfonía, xialorrea, disfagia e impotente dolor con la deglución, que no había mejorado con analgesia de primer escalón, que pautó su médico durante 4 días, posteriormente añadió amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 7 días, y se realizó al no haber mejoria cambio de tratamiento a amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg cada 8 horas durante otros 7 días así como prednisona 10 mg cada 24 horas sin clara mejoría. La paciente presentaba febrícula asociada desde el inicio del cuadro y un dolor faríngeo progresivo de difícil control con analgesia de primer escalón.
A mi valoración, la paciente se encontraba con buen estado general, afebril y hemodinamicamente estable. A nivel de piel y mucosas presentaba buena hidratación, bien perfundida y normocoloreada. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos, y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin otros ruidos sobreañadidos. A nivel otorrinolaringológico, la mucosa de la cavidad oral no presentaba lesiones ni aftas. Lengua sin alteraciones. Piezas dentales sin lesiones reseñables. Faringe hiperémica. En las amigdalas cabe destacar una hipertrofia unilateral muy marcada de la amigdala izquierda, que presentaba además lesiones ulcerativas y necróticas, sin claro exudados. La úvula era de tamaño normal pero estaba desplazada hacia el lado contralateral y los pilares izquierdos estaban abombados. A nivel cervical cabe destacar una gran adenopatía pétrea, no móvil, dolorosa a la palapción, en cadena ganglional laterocervical.
Debido a la anamnesis y a la exploración clínica objetivada, se comentó el caso con los compañeros de otorrinolaringologia para valoración conjunta ante cuadro compatible con tumoración amigdalar, realizándose biopsia de la misma esa mañana. Finalmente, el resultado de la anatomía patológica mostró un estudio histológico compatible con linfoma de Burkitt, siendo esta entidad una entidad poco frecuente dentro de las tumoraciones amigdalares.

CONCLUSIONES

- Las tumoraciones amigdalares son cuadros clínicos poco frecuentes que pueden aparecer dentro de la patología común que valora el medico de urgencias.
- Debemos de estar atentos a su reconocimiento y no dejar de explorar bien a nuestros pacientes a pesar de que a primera vista el motivo de consulta parezca banal.

P. #2112

NEUMONÍA TRAS CONTUSIÓN COSTAL

Mireia Martín Andreu, María Teresa Nevado Luque, Sofía Barambio Buendía
Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas.
Fumador; hipertensión arterial y asma sin tratamientos habituales; contacto no estrecho con paciente con tuberculosis hace años.
Cirugía de menisco externo derecho hace 15 días.
Motivo de consulta: Varón de 40 años que acude a urgencias por dolor costal derecho tras golpe accidental, con su propia muleta, hace una semana. Desde entonces, dolor torácico de tipo pleurítico, disnea de esfuerzo, tos con expectoración hemoptoica y un pico febril de 38°C (grados centígrados), sin otros síntomas asociados.
Exploración física:
TA (tensión arterial) 139/97 mmHg (milímetros de mercurio), FC (frecuencia cardiaca) 95 lpm (latidos por minuto), Sat (saturación) O2 basal 95%, afebril, buen estado general, eupneico.
Exploración cardíaca: rítmico, sin soplos.
Exploración pulmonar: disminución del murmullo vesicular en base derecha.
Se decide solicitar Rx (radiografía) de tórax, donde se aprecia derrame pleural derecho e infiltrado basal izquierdo. También analítica de sangre, donde el hemograma, la coagulación y la bioquímica tienen valores en rango, salvo aumento de PCR (proteína C reactiva) de 159.9 mg/l (miligramos por litro).
Tras los resultados de las pruebas complementarias y la clínica que presenta el paciente, se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso, analgésico, valorar evolución y estudios diagnósticos.
En su ingreso se realizan analíticas de control con mejoría de los reactantes de fase aguda; se solicita ecografía torácica para confirmar diagnóstico, siendo necesario para ello ampliar estudio y realizar TAC (tomografía axial computarizada) de tórax. En éste último, se aprecia bronconeumonía bilateral en ambas bases pulmonares (mayor en la derecha) y mínimo derrame pleural paraneumónico derecho. Durante su estancia hospitalaria el paciente presenta buena evolución clínica y analítica, por lo que pasados unos días, se decide alta domiciliaria con diagnóstico de infección respiratoria, secundaria a hipoventilación por dolor tras contusión costal; continuando el tratamiento antibiótico y analgésico vía oral.

CONCLUSIONES

Cuando el motivo de consulta en urgencias es la contusión costal, es muy importante una buena anamnesis, para conocer los síntomas asociados (en este caso la hemoptisis, la disnea y el dolor torácico de características pleuríticas) y la exploración física, para tener en cuenta los diferentes diagnósticos diferenciales que se asocian con esta clínica. Es necesario, además, valorar las posibles pruebas complementarias para guiarnos hasta un diagnóstico acertado y realizar un tratamiento dirigido, minimizando las posibles complicaciones y mejorando la sintomatología de los pacientes.

P. #2113

¡AY! CÓMO ME DUELE LA TRIPA

María Balsera Porras, Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Enrique Garrido Rodríguez, Rafael Salvador Canuto
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 50 años con AP de DM tipo 2, epilepsia y discapacidad mental polimedicado que acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar dolor abdominal localizado en mesogastrio y ambos flancos de 24h de evolución no irradiado, lo describe como punzante y constante. No se modifica con la ingesta y empeora con los cambios posturales. El cuadro se acompaña de vómitos de contenido alimentario 3-4 veces hace 2 días. Refiere dolor abdominal de similares características hace varios días que no sabe precisa pero que cedió espontáneamente.
Afebril en todo momento. Niega cambios en el hábito intestinal. No síntomas miccionales ni otra sintoamtología referida en la anamnesis por aparatos.
EF: TA 120/70mmHg Tª 35.6°C. FC 103lpm Sat O2 92%
Adecuado estado general. Bien hidratado y perfundido.
Tórax:
- AC rítmica, no ausculto soplos.
- AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación en mesogastrio y ambos flancos. Blumberg dudoso. Murphy negativo. No palpo masas ni viseromegalias. RHA disminuidos.
Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre: destaca elevación de reactantes de fase aguda con leucocitosis con desviación izquierda, PCR de 33.17 y PCT de 2.05

Dados los hallazgos analíticos junto con la clínica del paciente se solicita TC de abdomen donde se objetivan: abscesos en intimo contacto con las paredes gástrica y con algunos signos de al menosen parte componente intramural o cual ante la ausencia de otros focos infecciosos no se puede descartar proceso infeccioso gástrico primario.
Evolución: se administra Paracetamol 1g + Omeprazol 40mg + Tazocel 4g i.v. Dados los hallazgos de las pruebas complementarias se decide contactar con Cirugía quien descarta intervención quirúrgica urgente y sugiere ampliación de estudios por lo que contactamos con Medicina Interna que ingresa a su cargo para continuar con el estudio

CONCLUSIONES

Se trata de una patología poco frecuente. Este caso presentaba una dificultad añadida dado que el paciente es discapacitado y acudió sin acompañante y sin tutor legal.
En un primer momento se solicita una ecografía de abdomen y al objetivar las colecciones infecciosas deciden pasar al TC para ampliar estudio y una mejor categorización de la patología. Las pruebas de imagen ayudan para aproximar el diagnóstico pero nunca hay que dejar de lado la importancia de una correcta historia clínica.

P. #2116

PRIMER CASO REPORTADO DEL AÑO DE UNA ENFERMEDAD REMERGENTE IMPORTADA

Telmo Raúl Aveiro Róbalo, Kilian Griñan Ferre, Laura Mira Orgill, Eva Romero Ibáñez

Hospital de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente hombre de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, con clínica de cuatro días de evolución caracterizada por fiebre de hasta 39°C, contínua, asociada a tos seca, rinorrea y conjuntivitis. Consulta inicialmente en urgencias de otro centro donde se orientó como una gastroenteritis aguda, tratada con medidas dietéticas. Tres días más tarde, inicia cuadro de exantema maculopapular generalizado, motivo por el cual decide asistir a nuestro centro. A la exploración destacan lesiones maculopapulares en cara, tronco y extremidades superiores; pruriginosas, y conjuntivitis severa. En la mucosa oral se observan lesiones rojizas, con centro blanco azulado. Se realizan pruebas diagnósticas, incluyendo serología y reacción en cadena de polimerasa en faringe y orina para sarampión, confirmando el diagnóstico por lo que fue reportado a la agencia de salud pública.
Se instauró tratamiento sintomático con antipiréticos e hidratación sin embargo, el paciente persistía febril con mal estado general por lo que se decidió trasladar al paciente a su centro para ingreso y evolución.

CONCLUSIONES

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa causada por el virus del Paramyxoviridae.
A nivel mundial, ha experimentado un resurgimiento en los últimos años debido a la disminución de las tasas de vacunación. Según la Organización Mundial de la Salud, en el último año se ha reportado un aumento del 18 % en los casos confirmados, con brotes en regiones donde previamente la enfermedad se encontraba controlada. La globalización y el descenso en la inmunización colectiva han favorecido la reaparición de casos en poblaciones adultas, especialmente en aquellas con antecedentes de viajes internacionales o procedentes de zonas endémicas.
Es muy importante pensar en este diagnóstico dentro de las enfermedades exantemáticas entre las cuales destacan la rubéola, escarlatina, varicela, dengue, exantema súbito o el eritema infeccioso, en cuyo caso, una buena historia clínica junto con una exploración física completa nos orientaria a decantarnos por una de estas patologías.
A pesar de la posible banalidad que aparenta la clínica, el sarampión puede presentar complicaciones potencialmente graves como cuadros neumónicos y encefalitis. El aumento de casos reportados de sarampión en adultos subraya la necesidad de mantener altas tasas de vacunación y fortalecer la vigilancia epidemiológica.
El diagnóstico de sarampión en adultos representa un reto debido a la baja sospecha clínica y la variabilidad de la presentación.
El sarampión en adultos debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes con fiebre y exantema. Es importante destacar la relación temporal entre la fiebre y la aparición del exantema para poder realizar un despistage correcto. Las manchas de Koplik son un signo patognomónico clave en el diagnóstico temprano. El tratamiento de esta patología se basa principalmente en el soporte sintomático. La vacunación sigue siendo la herramienta fundamental para la prevención de brotes epidémicos. La identificación temprana de casos y el aislamiento adecuado son esenciales para controlar la transmisión del virus.

P. #2122

NO ME VALEN LOS PANTALONES

Susana Pérez Anton, María Hernández Egido, Marta Crespillo Peralta, Audrey Morales Rodríguez
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años, sin alergias a medicamento, diabético tipo 2 desde 2024, acude al servicio de urgencias por aumento del perímetro de ambas piernas de 6 meses de evolución. Refiere aparición de equimosis en las últimas 4 semanas. Fue valorado en atención primaria pautándole media de comprensión. Refiere que la clínica mejora al poner el miembro elevado. El edema habría ido ascendiendo a lo largo de la extremidad. Refiere ligera disminución de la fuerza en esa extremidad asociado a parestesias en el pie.
Niega episodios similares en el pasado. No traumatismos previos, no lesiones en la extremidad afecta (antecedentes de rotura de fibras hace 1 años.
Valorado por Cirugía. Vascular del hospital en el que trabaja que tras la realización de una ecograîia doppler se descartó trombos en los ejes vasculares.
Pérdida ponderal de 5 kg de peso en relación con el début diabético desde febrero 2024
Afebril, no sensación distérmica ni tiritona. No tos, no disnea, no dolor torácico. No otras lesiones cutáneas, ni fotosensibilidad. No síndrome. constitucional ni síntomas B. Niega prurito generalizado. no xeroftalmia, no episodios de uveitis, ligera xerostomia. Niega aftas, no úlceras genitales. No cambios en el patrón intestinal, heces sin p. patológicos. No clínica urinaria, sin cambios en el aspecto macroscópico de la orina.
Medicación habitual: irbersartan 150mg (1 cada 24h), metformina 850mg (cada 12h), pioglitazona/alogliptina 25/30mg (1 cada 24h), toujeo (10 UI/d), optovite B12 (1 cada 4sem), hidroferol 0.266mg (1 cada 4 sem)
Antecentes socio-laborales: natural de Perú, en España desde hace 20 años. Último viaje al país de origen hace 2 años. Celador en hospitales privados familiares: madre ca. colon (fallecida), padre ca. colon (fallecido). Tiene 6 hermanos: 2ª hermana ca. colon (fallecida), 4ª hermano ACV a los 45 años
Niega consumo de tóxicos
En la exploración física: Despigmentación en manos, pies y reg. orofacial
no se palpan adenopatías en cadenas laterocervicales ni submandibulares. no se palpan adenopatías axilares
Cardiaca rítmico, sin soplos. Pulmonar normal. Abdomen normal.
En extremidades inferiores: se palpan al menos 4 adenopatías de 2-3cm de diámetro, pétreas, fijas a planos profundos en ingle izquierda. No adenopatías contralaterales. edema duro hasta raíz de miembro inferior izquierdo. al doble de tamaño con respecto derecho, asociada a equimosis
En analítica función renal conservada, iones normales. Colestasis disociada. hemograma normal, dimero D elevado y Proteína c Reactiva normal
Se solicita radiografía de tórax sin opacidades ni derrame pleural. Cardiomegalia
Durante su estancia en urgencias es valorado por dermatología: equimosis secundaria a edema/hipertensión venosa
Valorado por cirugía vascular: no se observan hallazgos sugestivos de trombosis venosa profunda en regiones accesibles, recomendando valorar angioTAC con extensión a miembro inferior derecho para descartar trombosis de iliaca proximal vs compresión venosa extrínseca. Recomiendan vendaje compresivo y elevación de miembro.
Se comenta con Radiología de guardia
Se revisa informe de la prueba de imagen solicitada:
· TC abdomino-pélvico + EEII: Conclusión: No se observan defectos de repleción en los principales vasos intraabdominales. Masa pélvica con epicentro en próstata y voluminosos conglomerados adenopáticos retroperitoneales y pélvicos que plantean dos diagnósticos principales: neoplasia primaria de próstata con afectación a distancia vs proceso linfoproliferativo.
Se comenta con medicina interna, para valoración. Se ofrece al paciente la posibilidad de ingreso para estudio, que el paciente deniega, y prefiere estudio ambulante
Se solicita antígeno prostático, serología de Chagas (cardiomegalia, natural de Perú), TAC de tórax para completar estudio, consulta en urologiía y anatomía patológica por si pudieran ser biopsiadas alguna adenopatía palpable. y se inicia tratamiento con heparina profiláctica.

CONCLUSIONES

El caso pone de manifiesto como en ocasiones, no debemos quedarnos en descartar trombosis venosa profunda, si no que hay que valorar otras posibles causas de edema en miembros inferiores.

P. #2131

CUIDADO CON EL DÍMERO D

Pablo Madrid Martos, Cristina Girón Crespo, Ana Zavala Ruano, Alicia María Escamez Parra, Celia Adriana Fignani Molina

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 57 años es traído al Servicio de Urgencias Hospitalarias por el dispositivo de urgencias del 061 tras presentar cuadro de mareo sin clínica rotacional mientras cargaba su camión para comenzar su jornada laboral, no refiere pérdida de consciencia tampoco presenta dolor torácico ni disnea.
Previa a la llegada a nuestro servicio, el paciente es trasladado a HARE de su zona, donde se produce un nuevo cuadro similar asociado a hipotensión arterial precisando perfusión de noradrenalina para mantener situación de estabilidad hemodinámica y poder realizar el traslado.
A su llegada el paciente pasa directamente a la sala de críticos, encontrándose consciente orientado en las tres esferas. Alerta y colaborador. Hemodinámicamente estable, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos, sin soplos audibles y con crepitantes en ambas bases. Se solicitó analítica completa con gasometría venosa, sistemático de orina y Dímero D, resultando un valor de 3.29.
Los resultados de las pruebas ante episodios de mareo con cuadros presincopales y un Dímero D elevado orientaban hacia un posible cuadro de tromboembolismo pulmonar agudo, por lo que se solicitó un Angio-TC (tomografía computarizada) de Tórax y de Arteria Pulmonar Bilateral, ampliándose posteriormente a TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fases arterial, portal y tardía.
Ante la ampliación de estudio radiológico se contactó con servicio de Radiología de guardia que nos comunicó el hallazgo de gran cantidad de líquido libre retroperitoneal ocupando predominantemente ambos espacios perirrenales, descartándose la primera sospecha diagnóstica y concluyendo con un Síndrome de Leriche agudo o subagudo, además de múltiples infartos renales, más evidentes en riñón izquierdo en relación con patología ateroembólica asociando una probable isquemia intestinal de asas ileales en fosa ilíaca derecha.
Ante los hallazgos descritos se comentó el caso con el servicio de Cirugía Vascular y Cirugía general, donde se decidió ingreso urgente para realización de Laparoscopia exploradora

CONCLUSIONES

La principal conclusión que establecemos ante este caso es la rápida actuación ante un paciente hemodinámicamente inestable y la importancia de establecer un diagnóstico diferencial rápido ante un valor elevado de Dímero D.

P. #2135

GONALGIA AGUDA. DE UN DOLOR OSTEOMUSCULAR A UNA EMERGENCIA

Vanesa Barrado Solís, María Teresa Sánchez Moreno, Rafael Verdú Tarraga, María Soledad Fito Suñer, María Elena Morata Marqués, Alicia Rowelt Rodríguez Mesa

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

PRIMERA VISITA AL SERVICIO DE URGENCIAS (SUH)
Varón de 38 años que acude al SUH por gonalgia derecha tras realizar ejercicio físico hace 24h.
Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, enfermedad por reflujo gastroesofágico, migraña clásica y uretritis tratada sin estudio microbiológico hace 10 meses. Último cribado de ITS negativo hace 3 meses.
Tratamiento: Truvada 200/245 mg/VO/24h (profilaxis pre-exposición) y alprazolam 1 mg/24h.
Anamnesis: gonalgia derecha de inicio brusco hace 3 horas, irradiada al muslo ipsilateral, con progresión del dolor e impotencia funcional. Niega fiebre, disnea, palpitaciones, dolor torácico ni traumatismos. Ejercicio físico previo, sin sobrecarga de extremidades inferiores.
Exploración clínica y manejo inicial: Apirético, buen estado general, Eva 4/10, normocoloreado, normohidratado, eupneico en reposo. Sin focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Edema +/++++ en miembro inferior derecho, dolor a la palpación del tendón del cuádriceps, signo de Homans negativo, pulsos periféricos conservados, sin cambios de color o temperatura. Miembro inferior izquierdo sin hallazgos.
Se inició tratamiento con dexketoprofeno IV
Pruebas complementarias:
Radiografía de rodilla: sin hallazgos patológicos.
Hemograma: leucocitos 10,47 x10^9/L; neutrófilos 8,14 x10^9/L; hemoglobina 13,7 g/dl; hematocrito 41%; plaquetas 213 x10^9/L
Bioquímica: glucosa 122 mg/dl; urea 38 mg/dl; creatinina 0,83 mg/dl, sodio 136 mmol/L; potasio 4,2 mmol/L; PCR 26,4 mg/L
Coagulación: tiempo de protrombina 13,0 segundos; indice de Quick 98%; dímero D < 270 mg/mL FEU
Evolución y alta: Tras analgesia con metamizol IV mejora el dolor. Sin hallazgos patológicos relevantes se alta con analgesia y reposo relativo.
SEGUNDA VISITA AL SERVICIO DE URGENCIAS
Anamnesis: Acude 10h después en silla de ruedas por gonalgia intensa (EVA 7/10), fiebre de hasta 38,3°C e impotencia funcional sin mejoría con dexketoprofeno y paracetamol.
Exploración clínica y manejo inicial: Tª 36,8°C. Rodilla derecha: No tolera carga ni deambula de forma autónoma, tumefacción importante, derrame articular sin hematoma, flexión antiálgica, rótula móvil e indolora, articulación estable, maniobras meniscales y test de Lachman no valorables por dolor, menor dolor a la palpación del tendón del cuádriceps que en la visita previa.
Se administró metamizol IV
Pruebas complementarias:
Analítica: leucocitos 12,31 x10^9/L; neutrófilos 9,38 x10^9/L; PCR

122,1 mg/L, resto sin cambios
Diagnóstico y evolución: ante sospecha de artritis séptica, se realiza artrocentesis diagnóstica obteniendo 65 ml de líquido amarillento y turbio.
Líquido sinovial: viscosidad disminuida, cristales ausentes, glucosa 49 mg/dl proteínas 4,3 g/dl, recuento leucocitario 61.498 células/µL (PMN 92.4%, mononucleares 7.6%).
Se ingresa para limpieza quirúrgica pendiente de PCR del líquido sinovial .
Líquido articular: Neisseria gonorrhoeae positiva (PCR/DNA).
Hemocultivos: Negativos.
Serología: VIH y VHC negativos. Treponema pallidum AC totales positivos, RPR negativo.
Exudado uretral: Chlamydia trachomatis positiva.
Se realiza artrotomía al cuarto día por persistencia de inflamación. EvolucionÓ favorablemente con ceftriaxona 2 g/12h IV. Se añadió doxiciclina VO por uretritis asintomática.

CONCLUSIONES

Es un caso de artritis séptica gonocócica en un paciente joven sin antecedentes de inmunosupresión. La evolución inicial con gonalgia y sin fiebre llevó a una primera evaluación en Urgencias sin hallazgos concluyentes. La progresión clínica en pocas horas con fiebre, tumefacción y deterioro funcional orientó el diagnóstico hacia una artritis séptica, confirmada posteriormente mediante artrocentesis y PCR para Neisseria gonorrhoeae.
Este caso resalta la importancia de considerar artritis séptica en pacientes con artralgias de inicio brusco, especialmente en individuos jóvenes con antecedentes de ITS. La identificación rápida del patógeno permite un tratamiento dirigido, reduciendo el riesgo de secuelas articulares.

P. #2137

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA TRAS SUSPENSIÓN DE ANTICOAGULACIÓN

Sergio Luis Franco[1], Eddy Álvarez Ramírez[1], Jorge Beltrán Hortelano[2], Lorena Rivera Hernández[3]

1. Hospital Santiago Apóstol - CS Miranda Oeste, Miranda De Ebro, España
2. Hospital Santa Bárbara - CS La Milagrosa Soria Sur, Soria, España
3. Hospital Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 62 años presenta como antecedentes personales: Hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca crónica, arteriopatía periférica, embolia periférica (renal y esplénica), fibrilación auricular no valvular persistente con CHADS-VA 5 puntos anticoagulado con apixaban 5 mg. Portador de DAI en prevención primaria por miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Ablación de foco de taquicardia ventricular. Antecedentes quirúrgicos: Miomectomía septal presentando como complicación isquemia mesentérica aguda, infarto renal derecho y esplénico; precisando colocación de stent a nivel de arteria iliaca común izquierda.
Acude a Servicio de Urgencias porque desde hace 6 horas presenta dolor abdominal de instauración brusca que no cede a pesar de analgesia, el dolor es de tipo continuo con Eva 10/10. Refiere que hace 72 horas suspende anticoagulación habitual por intervención quirúrgica que se realiza hace (1)2 horas en centro privado por proceso traumatológico en mano derecha.
Mal estado general, palidez cutánea, sudoración profusa. TA 162 / 106 mmHg, PAM 125 mmHg, FC 170 lpm, StO2 99%. A la exploración presenta abdomen en tabla con defensa a la palpación a nivel de hemiabdomen derecho. Analíticamente destaca leucocitosis (leucocitos 12640) y elevación de dímero D (DD 896). Se administra ondansetron 4 mg iv, fentanilo 150 mcg iv (2 bolos iv), cloruro mórfico 5 mg iv (2 bolos iv), fentanilo en perfusión (900 mcg en 100 ml suero glucosado al 50% a 30 ml/h). Se realiza Angio-TAC de aorta abdominal objetivando estenosis en todo el trayecto de la arteria mesentérica superior y estenosis significativa en el origen de arteria femoral superficial izquierda (80%).
Tras interconsulta con Servicio de Cirugía Vascular se deriva al paciente a centro de referencia para realizar intervención quirúrgica. Realizan embolectomía en arteria mesentérica superior y hemicolectomía derecha, consiguiendo repermeabilidad vascular e indican reinicio de anticoagulación.

CONCLUSIONES

La isquemia mesentérica aguda es un déficit de aporte sanguíneo a nivel de la circulación mesentérica que genera hipoperfusión brusca a nivel intestinal. Es una entidad grave con un índice de mortalidad del 50-90%. La arteria mesentérica superior es el vaso más susceptible de embolia debido a su configuración anatómica y se encarga de la irrigación del intestino delgado así como la primera mitad del colon. Se debe sospechar ante un paciente con factores favorecedores

o antecedente de embolismo con dolor periumbilical de instauración brusca, gran intensidad y exploración sugestiva de abdomen agudo. El pronóstico depende de un diagnóstico precoz, la revascularización de los vasos afectados y la resección de los segmentos necróticos intestinales.
En los últimos años el numero de pacientes anticoagulados ha aumentado significativamente. La decisión de retirar o mantener dicha medicación en un contexto quirúrgico está determinado por el riesgo trombótico y hemorrágico. En general, se recomienda suspender fármacos antivitamina k (AVK) 72h antes de la intervención y en caso de anticoagulantes de acción directa (ACOD) la fecha de suspensión depende de los valores de creatinina y el riesgo hemorrágico de la intervención. La introducción de terapia puente con heparina de bajo peso molecular (HBPM) se realiza si hay riesgo tromboembólico alto (P. ej: FA con CHADS-VA 7-9 puntos o Ictus/AIT <3 meses). La reintroducción de la anticoagulación depende del riesgo hemorrágico de la intervención; se realiza a las 48-72 horas ante riesgo hemorrágico alto sin considerar terapia puente y a las 24 horas ante riesgo hemorrágico bajo-moderado considerando terapia puente si emplea AVK y hay riesgo tromboembólico alto.

P. #2142

CHANCRO SIFILÍTICO: DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE INICIAL EN URGENCIAS

Ana Belén Martínez Sánchez[1], Manuel Artes Segura[1][2][3], José Carlos Martínez Sánchez[4], Francisco Artes Segura[5], Rosalia Artés Navarro[6]

1. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
2. SUAP Lorca 2, Lorca, España
3. Universidad Internacional UNIVERSAE, San Jose, España
4. Orthem, Murcia, España
5. CS Sorbas, Sorbas, España
6. Hospital Poniente, El Ejido, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 40 años que acude a urgencias por la aparición de una lesión ulcerosa en el glande, no dolorosa, de dos semanas de evolución. Niega fiebre, molestias locales, secreciones anormales o síntomas urinarios. No refiere antecedentes médicos relevantes ni alergias conocidas. No tiene pareja estable y mantiene relaciones sexuales sin protección.
El paciente menciona haber tenido múltiples parejas sexuales en los últimos seis meses, con relaciones sin protección. No refiere contacto con personas diagnosticadas de ITS, aunque desconoce el estado serológico de sus parejas. Además, indica haber presentado un cuadro leve de malestar general hace aproximadamente una semana, sin fiebre ni otra sintomatología acompañante.
Exploración Física: a la exploración se evidencia una úlcera de aproximadamente 1 cm en el glande, con bordes indurados, base limpia y sin signos inflamatorios perilesionales. Se palpa una adenopatía inguinal izquierda, dolorosa a la palpación, sin signos de sobreinfección o fluctuación. No se observan otras lesiones cutáneas ni signos de afectación secundaria a nivel mucoso.
Se realizo diagnostico diferencial con: Chancro sifilítico, Chancroide (Haemophilus ducreyi), Herpes genital (HSV-1 o HSV-2), Linfogranuloma venéreo (Chlamydia trachomatis, serotipos L1-L3), Trauma mecánico con sobreinfección secundaria y Enfermedad de Behçet (menos frecuente en este contexto).
Se realizo analítica general sin alteraciones significativas. La serología para VIH es negativa. Las pruebas serológicas para sífilis muestran resultados indeterminados tanto en pruebas treponémicas como no treponémicas, por lo que se decide realizar un seguimiento serológico.
Además, se realiza un cultivo de la lesión y una PCR para Treponema pallidum, cuyos resultados estarán disponibles en los próximos días. También se solicitan pruebas para otras ITS, incluyendo gonorrea y clamidia.
Ante la alta sospecha clínica de sífilis primaria, se inicia tratamiento empírico con penicilina benzatínica de liberación sostenida (Bicillin L-A) intramuscular en dosis única. Se deriva al servicio de enfermedades infecciosas para seguimiento. En controles posteriores, la serología treponémica y no treponémica resultaron positivas, confirmando el diagnóstico de sífilis primaria. El paciente es informado sobre la importancia del seguimiento y el tratamiento de sus parejas sexuales recientes. Se le recomienda

abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y se enfatiza la necesidad de prácticas sexuales seguras.

CONCLUSIONES

La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de un chancro, que puede pasar desapercibido por su naturaleza indolora. La presencia de adenopatías inguinales dolorosas es compatible con este estadio de la enfermedad. La confirmación diagnóstica requiere pruebas serológicas, aunque estas pueden ser negativas en etapas tempranas, lo que justifica un seguimiento serológico. El tratamiento con penicilina benzatínica es la opción de elección para la sífilis primaria, con una excelente tasa de respuesta. Es fundamental la notificación y tratamiento de parejas sexuales recientes para evitar la propagación de la enfermedad.
La sospecha clínica en urgencias permite iniciar tratamiento empírico precozmente, evitando complicaciones y reduciendo la transmisibilidad.
En la sífilis primaria, las pruebas serológicas pueden ser indeterminadas o negativas, por lo que es necesario un seguimiento adecuado para confirmar el diagnóstico.
La penicilina benzatínica es el tratamiento de elección, con excelente eficacia y seguridad en una sola administración intramuscular.
Es fundamental el rastreo y tratamiento de contactos sexuales recientes para controlar la transmisión de la enfermedad.
La sífilis ha experimentado un repunte en las últimas décadas, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación en salud sexual y el acceso a métodos de prevención.

P. #2149

SÍNDROME DEL MARTILLO HIPOTENAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sergio Luis Franco[1], Eddy Álvarez Ramírez[1], Jorge Beltrán Hortelano[2], Lorena Rivera Hernández[3]

1. Hospital Santiago Apóstol - CS Miranda de Ebro, Miranda De Ebro, España
2. Hospital Santa Bárbara - CS La Milagrosa Soria Sur, Soria, España
3. Hospital Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 47 años acude a Servicio de Urgencias por dolor de 6 horas de evolución de instauración brusca e hipoestesia en 3-4-5° dedos de la mano derecha a nivel de pulpejo de los dedos. Gradualmente nota los dedos de coloración blanca y con sensación de frialdad persistente. Fumador activo. Trabajador en la construcción, utiliza de forma habitual martillo percutor mecánico.
Buen estado general, normohidratado, normocoloreado. TA 125/82 mmHg, FC 75 lpm, StO2 96%. A la exploración presenta pulsos presentes a todos los niveles. Frialdad, coloración blanco-cianótica en falanges media-distal de 3-4-5° dedos de mano derecha, sin relleno capilar distal. Sensibilidad y motilidad de los dedos afectados ligeramente disminuidos. Se realiza eco-doppler objetivando permeabilidad a nivel de arterias radial y cubital. Se administra heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas (Clexane 120 mg vía subcutánea), calcio antagonistas (amlodipino 2.5 mg vía oral), se aplica calor local y se coloca un parche de nitroglicerina de 5 mg en dorso de la mano afectada. Se cursa interconsulta con Servicio de Cirugía vascular que acepta derivación y realiza diagnóstico de trombosis de la arteria cubital con embolización en arterias interdigitales compatible con síndrome de martillo hipotenar. Tras ingreso hospitalario indican tratamiento con heparina de bajo peso molecular durante un mes y ajustan tratamiento analgésico con opioides mayores (Fentanilo 50 mcg cada 72 horas) y ajuste con rescates mediante analgésicos de primer escalón.

CONCLUSIONES

El síndrome de martillo hipotenar es la trombosis de la arteria cubital a nivel del canal de Guyton. La causa habitual son traumatismos repetitivos que producen daños en la intima arterial favoreciendo la agregación plaquetaria y la formación de trombos con embolización distal a las arterias digitales produciendo fenómenos isquémicos. Se caracteriza por dolor hipotenar y en los dedos 3-4-5°, frialdad y palidez, lesiones tróficas por isquemia digital, parestesias en el territorio del nervio cubital y ocasionalmente masa palpable en la eminencia hipotenar por presencia de aneurisma. El diagnóstico es clínico, ocasionalmente se emplea ecografía doppler o angiografía. El tratamiento varia desde modificación de estilo de vida (suspensión de tabaquismo), uso de fármacos (bloqueantes de canales de calcio, antiagregantes o anticoagulantes) hasta quirúrgico en casos graves. El pronóstico del síndrome es bueno, con resultados satisfactorios en los casos publicados.

P. #2166

EL HOMBRE DE LA CAVERNA

Rosa María Serrano Martos, Rafael Fernando García Espinosa, Catherine Vittuci Naccarata, Patricia Wunderling Bruggemann, Alonso José Salazar Baez

Hospital San Joan, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente 29 años sin alergias farmacológicas conocidas y sin antecedentes patològicos de interés. Residente en España desde hace 6 años, originario de Marruecos, donde ha estado de vacaciones hace 1 mes.
Acude por malestar, tos, disnea, expectoración purulenta mal oliente desde hace 6 dias, presenta a su llegada buen estado general, estabilidad hemodinámica por lo que al realizarse triage se clasifica como prioridad IV.
Ya había sido valorado por CUAP en diversas ocasiones por "catarros" con tratamiento con corticoides durante 10 días
Durante la espera el paciente presenta síncope con hipotensión y febricula por lo que es revalorado y visitado al momento. A la exploración impresiona fetor purulento sólo entrar en el box, boca séptica e hipofonesis hemitorax derecho. Resto de exploración compatible con normalidad. Hemodinamicamente estable con fiebre de 39°.
En la analítica destacan reactantes de fase aguda elevados Leucocitosi de 22.000 con desviación izquierda, PCR 22 mg/dl. Función renal, hepàtica sin alteraciones. Ziehl Nissen Negativo. GripeA I B, VRS, COVID, Antigenuria Legionella i Pneumococo NEGATIVO. Hemocultivos.
En la radiografia se aprecia lesión cavitada con ocupación de lóbulo superior derecho y medio derecho, sin apreciar nivel hidroaeréo.
Dada la imagen de la radiografía se solicita tomografia torácica que describe gran lesión cavitada en lóbulo superior derecho cavitada con consolidación y áreas de bronquiolitis alrededor de la lesión de 10 cm de diámetro antero posterior siendo sugestivo de neumonía con absceso pulmonar.
Ante la orientación diagnóstica se inicia tratamiento con Clindamicina durante 15 dias con rotación a Piperacilina Tazobactam por no mejoría. El paciente presentó fistula broncopleural por lo que se decide drenaje percutáneo que es efectivo favoreciendo la mejora del paciente y casi resolución del absceso.
El paciente finalmente y después de 7 semanas ingresado en el servicio de Neumología es dado de alta con controles posteriores en consultas.
En cultivos seriados se observó crecimiento de Prevotella melaninogénica, bacteria comensal de faringe.
Posteriormente y en controles el paciente persiste con disnea .Se realiza TC Pulmonar apreciándose bronquiectasia en todo lóbulo superior derecho, como sequela.

CONCLUSIONES

Los abscesos pulmonares son infecciones potencialmente graves y frecuentemente pueden llegar a ser mortales. Es relativamente fácil el diagnóstico con pruebas de imagen. Se requiere un enfoque multidisciplinar y requiere un seguimiento clínico y radiológico para evitar complicaciones posteriores que pueden ser graves.
A destacar tratamiento con corticoides previamente como factor de empeoramiento de la infección pulmonar.

P. #2169

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR

Carmen Hernández Martínez, Francisco Santo Clavel, María Luisa Fernández Albert, Rocío López Valcarcel, Daniela Rosillo Castro, Vivianne Jiménez Garzon

Hospital comarcal del noroeste, Caravaca De La Cruz, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años, residente en Albacete, en tratamiento con atorvastatina por dislipemia, que estando de vacaciones en nuestra zona presenta, tras acceso de tos, cuadro de cianosis y edema facial con sincope e hipotensión. Consulta en centro de salud cercano presentando nuevo sincope de corta duración con hipotensión marcada por lo que es trasladado a nuestro hospital.

A su llegada pasa a hemodinámica, presenta constantes estables con tensión 126/85 y saturación 97%. Presenta cianosis marcada y edema facial generalizado y en esclavina e ingurgitación yugular. Disminución de pulsos y frialdad en miembros superiores. En la auscultación pulmonar se apreciaba sibilantes en campo anterior derecho.

Nos refiere tos seca desde hace 2 meses y afonía desde hace 20 días, con astenia progresiva en los últimos días. Comenta que hace 2 semanas acudió a su hospital de referencia y le dijeron que tenía una masa pulmonar, está a la espera de que lo llamen para un Tomografía axial computarizada (TAC).

Ante la sospecha de un síndrome de vena cava superior se inicia tratamiento con dexametasona 16mg iv, furosemida 40mg iv y oxigenoterapia. Se consigue diuresis en la primera hora de 1500cc con mejoría clínica progresiva de la coloración y mejoría de tensión arterial.

Se realiza TAC urgente que informa de gran masa pulmonar en LSD con extensión al hilio derecho y paratraqueal derecha de 8.3 x 5.8 x 6.3 cm con desplazamiento mediastínico con atrapamiento de la vena cava superior, generando una estenosis significativa; con presencia de múltiples colaterales torácicas, sugestivas de circulación compensatoria.

Tras esfuerzo defecatorio el paciente presenta nuevo episodio de hipotensión, presincope y aumento de cianosis. Se contacta con UCI de referencia que comenta caso con cardiovascular y oncología del mismo hospital. Indican traslado a su hospital de referencia en Albacete para completar estudio y valoración de intervencionismo radiológico.

Se encontraron una serie de problemas administrativos en este caso clínico para el traslado interprovincial del paciente. En primer lugar, se contactó con urgencias del hospital de referencia que nos indicó que el traslado debía ser aceptado por el jefe de la guardia. Éste indicó que no se trababa de un traslado urgente y debía ser programado en un primer momento. Posteriormente, lo acepta pero alega que no dispone de ambulancia para realizarlo. Debido a esto, el paciente queda en nuestras urgencias hasta que se gestiona el traslado a la mañana siguiente.

CONCLUSIONES

El Síndrome de la Vena Cava Superior (SVCS) se caracteriza por la obstrucción parcial o completa del flujo sanguíneo a través de la vena cava superior. Hoy en día, la causa más frecuente es la tumoral, principalmente el carcinoma microcítico de pulmón. También puede producirse por causas no tumorales (5-10% de los casos) como aneurismas de aorta, fibrosis mediastínicas o trombosis de la vena cava superior. Se trata de una entidad clínica muy grave que compromete la vida del paciente.

La clínica depende de la causa y la velocidad de instauración del cuadro. Suele presentarse edema de cara y cuello (síntoma inicial en el 54-93% de los casos), ingurgitación yugular y cianosis, circulación colateral en tórax y cianosis mucocutanea o plétora local.

Otra peculiaridad de este caso clínico, es la dificultad que tuvimos para trasladar a este paciente para su tratamiento definitivo. Los problemas en el traslado retrasaron el acceso a tratamientos invasivos necesarios para aliviar la obstrucción venosa.

Es fundamental definir protocolos claros para el manejo de patologías urgentes en caso de precisar derivaciones interhospitalarias e intercomunitarias, evitando demoras innecesarias en el traslado de pacientes críticos.

P. #2173

LA AMENAZA INVISIBLE

Gloria López Escobar, Ana Castro Medina, Lourdes Escribano Castillo

Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años sin alergias conocidas, como antecedente médico apnea obstructiva del sueño grado severo con uso de CPAP Nasal. Trabaja como vendedor ambulante. Niega hábitos tóxicos. Niega relaciones sexuales de riesgo. Acude a urgencias hospitalarias por clínica de astenia, hiporexia y artromialgas de dos semanas de evolución. Asocia fiebre de hasta 39º que remitió hace 4 días, comenzando posteriormente con cefalea holocraneal y continua con episodios aislados de diarrea sin productos patológicos. La semana pasada fue valorado en urgencias de este centro con sintomatología de cuadro gripal pautándole azitromicina y analgésicos. Refiere lesiones cutáneas pruriginosas en ambos brazos atribuidas a posibles picaduras de insectos.

A la exploración buen estado general, consciente, desorientado en tiempo, orientado en espacio y persona. Glasgow 15. Normotenso. Afebril. Exantema con pápulas en diferente estadio, alguna de ellas costrosas en ambos miembros superiores. Lentitud psicomotriz. Dismetría en ambos miembros superiores, maniobra barré derecho positiva con pérdida fuerza II/IV en miembro superior derecho, reflejo cutáneo plantar extensor derecho. Inestabilidad en marcha con romberg positivo.

En pruebas complementarias:

* TC Craneal: identifican múltiples lesiones hipodensas de sustancia blanca con morfología digitiforme, con dudosa afectación de la cortical en algunas áreas. Se localizan en ambos hemisferios de forma difusa. Diagnóstico diferencial: Meningitis/ encefalitis/ vasculitis/ Émbolos sépticos.
* Analítica de sangre: Bicitopenia : Hemoglobina 11.1, Hematocrito 34.6%, leucocitos 1.770 (Neutrófilos 1000 (56.5%), Linfocitos 440 (24.9%)). PCR 7.9 LDH 351
* Radiografía de tórax: No condensación ni infiltrados pulmonares. No derrame pleural.
* PCR Virus respiratorios: Negativo.
* Punción lumbar: proteínas 172.1 mg/dL y ADA 13 UI/L; 35 leucocitos con predominio de mononucleares. Cultivo bacteriano negativo. FilmArray negativa.
* Ecocardiograma: No se observan vegetaciones ni imágenes sugestivas de endocarditis infecciosa.
* Serología: VIH positivo (60600 copias/mL; CD4 18 células/mm^3), Rickettsia conorii IgG positiva. Toxoplasma Gondi IgG positiva igM negativa. CMV igM positivo (PCR plasma 35.200 copias/ml).

Diagnóstico :VIH positivo C3 con inmunodepresión severa (SIDA). Toxoplasmosis cerebral.Citomegalovirus igM positivo sin retinitis.

El paciente ingresa en enfermedades infecciosas. Ante serología de toxoplasma positiva y alta sospecha clínica de toxoplasmosis cerebral, se inicia tratamiento con Trimetropina-sufametoxazol (+ 8 semanas), acido folinico y dexametasona por importante edema cerebral. Se inicia terapia antirretroviral con Tenofovir alafenamida/Emtricitabina/Bictegravir y Gancivlovir con buena evolución. Se completó estudio con Resonancia craneal: Múltiples lesiones intraaxiales dispersas en ambos hemisferios cerebrales que tras la administración de contraste se aprecia un realce lineal fino periférico de las lesiones. Hallazgos son sugestivos de toxoplasmosis cerebral vs Criptococco (en sangre negativo). Durante la hospitalización el paciente ha presentado complicaciones infecciosas en relación a inmunodepresión severa : Candidiasis oral y esofágica; Herpes perianal y síndrome diarreico nosocomial en contexto de Crypstosporidium y Giardiasis. Al alta buena situación neurológica, camina con andador. Se realiza screening VIH a esposa resultando negativo.

CONCLUSIONES

La toxoplasmosis cerebral es una infección oportunista prevalente en pacientes con VIH/SIDA, especialmente en aquellos con recuentos de CD4+ inferiores a 100 células/mm^3. Su presentación clínica puede ser insidiosa, con síntomas como fiebre, cefalea, alteraciones neurológicas focales y, en algunos casos, manifestaciones cutáneas. En urgencias no se nos puede pasar extraer una serología ante una fiebre sin origen aparente para el diagnóstico precoz de VIH, previniendo futuras complicaciones.

En pacientes inmunocomprometidos, la toxoplasmosis cerebral puede ser la primera manifestación del VIH/SIDA, incluso en ausencia de antecedentes de infección por VIH. El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos clínicos, radiológicos y pruebas serológicas. Las imágenes por resonancia magnética son más sensibles que la tomografía computarizada.

Es crucial iniciar el tratamiento antirretroviral y la terapia específica para la toxoplasmosis de manera temprana ya que esto puede mejorar significativamente el pronóstico del paciente.

P. #2185

MÁS QUE UNA SIMPLE TOS: EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UN DERRAME PARANEUMÓNICO OCULTO

Ruth Amair Rojas[1][2], Mariana Barrera Valencia[3][4], Soraya Sánchez Soler[2]

1. CS de Jumilla, Jumilla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. CS Mariano Yago, Yecla, España
4. Hospital Virgen del castillo, YECLA, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años institucionalizado, acompañado por trabajadora social (de quien tomamos la información para elaborar la HC). Nos refiere que el paciente inicia enfermedad actual hace 72 horas cuando comienza con Tos sin expectoración, notando en las ultimas 24 horas que el paciente se encuentra levemente disneico, motivo por el cual acuden a su MAP quien deriva a Urgencias para completar estudios. No fiebre, no expectoración, no hiporexia, no toque del estado general, novómitos ni diarrea.
Antecedentes Personales: Síndrome de Down, Hipotiroidismo autoinmune, Diarreas a repetición, Esteatosis hepática y colelitiasis
Situación Basal: Institucionalizado, no habla por falta de estímulo (no aprendió) entiende ordenes sencillas, dependiente para aseo y vestido, come solo
Tratamiento crónico: Eutirox 100 mcg 1-0-0. Trazodona (Deprax) 100 mg. 0-0-0,5, Risperidona
Exploración Física: Temp 37°C, TA: 135/70 FC 80lpm, SatO2 95%, Buen estado general, normocoloreado, normohidratado. CyC: No se palpan adenopatías. Orofaringe: hiperémica, no hipertrofia de amígdalas, no exudados. AP: Tórax normoexpansible, no taquipnea, no esfuerzo
inspiratorio, ruidos respiratorios abolidos en base pulmonar izquierda, no agregados. Resto anodino.
Analitica: Hemograma: Hb 11.4 g/dl, Hcto 33.8%, Plaq 624 10e3/uL
Leuc 24.12 10e3/uL Neut 86.2 % Linf 6.1%
Bioquímica: Glucosa 109 mg/dl Urea 14 mg/dl Creat 0.78 mg/dl Sodio 137 mEq/L K 4.4 mEq/L PCR: 33.5mg/L Procalcitonina 4.58 LDH
207U/L Prot T 5.8g/dl
Virus Respiratorios: VRS, Influenza A, Influenza B, SARS Covid (Negativo)
Rx de Torax: Consolidacion en campos pulmonares medio e inferior izquierdos, sin poder descartar lesiones subyacentes. Derrame pleural asociado en cuantia leve-moderada
TC de torax: Derrame pleural izquierdo en cuantía moderada, con loculaciones de hasta 5.2 cm de grosor a nivel superior y espesor
máximo basal, Consolidación y componente atelectásico en parénquima pulmonar izquierdo subyacente.
Conclusión: Derrame pleural izquierdo complejo en cuantía moderada
Se plantea caso a MI y a cirugia para valorar drenaje de probable empiema, el cual se realiza esa misma noche en REA , posteriormente ingresa en planta a cargo de MI.

En seguimiento del paciente en planta se recibe resultado del Liquido pleural
Leucocitos: 355 células/mm^3 Polimorfonucleares: 83%pH: 7.32
Glucosa: 86 mg/dLProteínas: 4.9 g/dLLDH: 122 U/L.
De acuerdo a los criterios de light solo cumple con 1 : 1. Proteínas en líquido pleural / proteínas en suero > 0.5 en este caso 0.86 indicando un exudado leve
IDX: Derrame paraneumónico no complicado (asociado a infeccion respiratoria)

CONCLUSIONES

El presente pretende destacar la importancia del examen físico y el uso consciente de pruebas complementarias en pacientes con síntomas respiratorios inespecíficos, especialmente en aquellos con dificultades en la comunicación, como el paciente con síndrome de Down aquí descrito. A pesar de una clínica poco florida, las pruebas complementarias revelaron un derrame paraneumónico no complicado, evidenciado por un exudado leve en el análisis del líquido pleural y hallazgos tomográficos sugestivos de un proceso infeccioso en evolución.
El manejo multidisciplinario entre residente, adjunto, radiólogos, internista y cirujano, logrando un diagnóstico debido a la intervención como equipo, incluyendo el drenaje pleural , permitieron evitar la progresión quizas a un empiema complicado

P. #2200

NO AGUANTO MÁS EL DOLOR DEL CÓLICO RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

José Wilder Quenata Romero[1], María Del Carmen Morante Navarro[2], Ronald Paul Torres Gutiérrez[1], Verónica Elena Fermín Ramírez[1], Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], Alicia Fabiana Salvatierra Maldonado[1]

1. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
2. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 45 años, sin enfermedades de interés ni FRCV. IQ: Vasectomía, desde hace 3 días presenta dolor en fosa renal derecha tipo cólico de inicio súbito de intensidad moderada a severa, irradiado hacia flanco y región inguinal del mismo lado motivo por el cual acudió a urgencias hospitalarias dado de alta con diagnóstico de cólico renoureteral con tratamiento analgésico (enantyum 25 mg + paracetamol 1 gr) con mal control del dolor, motivo por lo que acude a urgencias hospitalarias por aumento de intensidad del dolor en fosa renal derecha, acompañado de nauseas, no emesis, febrícula, polaquiuria, oliguria, no disuria, no tenesmo vesical, no alteraciones del hábito intestinal.
E. Fisica: TA TA 157/95 T° 37,8°C FC 90 l.p.m. Sat.O2 97%. Consciente, orientado, colaborador, con facie dolorosa. AC: Rítmico, no oigo soplos AP: MVC en ambos campos pulmonares. Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio, fosa renal y flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión fosa renal derecha positiva. Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica: Creatinina 1,3 GOT 150 GPT120 LDH 450. PCR 4 resto normal. S. orina: PH urinario 6 Densidad 1005 Cuerpos cetónicos 5 Eritrocitos negativos, resto negativos. Rx. abdomen: No imágenes de calcio en vías urinarias. A su llegada a urgencias se administra analgesia: enantyum 50 mg, nolotil 2 gr luego tramadol 50 mg + paracetamol 1 gr intravenosa, tras mal control anlagésico se solicita ecografía de aparato urinario: Riñon derecho se aprecian pequeñas imágenes puntiformes (microlitiasis) en el grupo calicial medio sin dilatación de las vía excretora. El paciente permanece en urgencias para control analgésico, se administra dolantina 50 mg intravenoso x 2, con lo que presenta relativa mejoría clínica, debido a la persistencia del dolor se solicita TAC abdominopelvico, conclusión: Infarto cortical renal derecha que abarca una superficie del 25%. Sin dilatación pielocalicial
Diagnóstico: Infarto cortical renal derecha

CONCLUSIONES

El infarto renal es una condición clínica, causada por la oclusión de la arteria renal, y conduce a un daño permanente del parénquima renal. Sus causas pueden ser variadas. Una de ellas es la trombosis, que afecta la arteria renal principal y se produce por los traumatismos penetrantes y no penetrantes, los iatrógenos, la ateroesclerosis, la displasia fibrosa, la policitemia vera y la patología inflamatoria arterial (sífilis, poliarteritis, tromboangeitis). Otra de las causas es la embolia, que afecta las arterias renales periféricas: la fibrilación auricular, la endocarditis, el tumor cardíaco, el infarto cardíaco, la aneurisma ventricular, la cirugía cardíaca y la aneurisma sacular. Clínicamente el infarto renal puede cursar de forma asintomática. Con frecuencia comienza con un dolor profundo y repentino en el flanco o la fosa renal, náuseas y vómitos, por lo que en un principio se diagnostica cólico renal. También puede haber fiebre, hipertensión (por liberación de renina), albuminuria, hematuria, leucocitosis, aumento de LDH, hipertransaminasemia y oliguria. Dentro de los exámenes complementarios útiles para el diagnóstico tenemos la ecografía renal, la ecografía Doppler que nos informa acerca de la ausencia de flujo en la arteria renal afectada, la TAC abdominopelvico. Otra de las pruebas diagnósticas es la gammagrafía renal.
Presentamos a una paciente que acude por dolor abdominal de 72 horas de evolución, de presentación clínica similar a otros procesos abdominales como pueden ser cólico nefrítico, pielonefritis, colecistitis o apendicitis. La realización de TAC abdominal nos apunta hacia un proceso abdominal menos frecuente que, probablemente pasaría desapercibido con ecografía. Niveles de LDH elevados apoyan el diagnóstico de infarto renal. Se decide tratamiento conservador anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y posteriormente con anticoagulación oral

P. #2201

MALARIA IMPORTADA: O POR QUÉ LA PROFILAXIS NUNCA FUE TAN IMPORTANTE

Javier Martín Murillo[1][2], Encarnación Ruiz García[2], Silvia Alfaro García[2], Luis Edward Sierra Bernal[3][2], María Brú Benedito[3][2], José Ramón Esteve Ruzafa[1][2]

1. CS Mariano Yago, Yecla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. CS Francisco Palao, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual:
Paciente mujer de 23 años que se presenta con la queja principal de malestar, artralgias, escalofríos intensos y cefalea holocraneal referida como severa y constante durante los últimos 6 días. Presenta fiebre de hasta 39,3 °C, sin síntomas respiratorios ni diarrea o vómitos. No síndrome miccional. Llegó a casa 27 días antes desde su país natal, Chad y no había tomado profilaxis oral contra la malaria.
Exploración física:
Buene estado general; consciente y orientado. Tensión arterial de 99/62 mmHg y una temperatura de 38 °C. Está eupneico respirando aire ambiente, bien hidratado, con mucosas adecuadamente coloreadas. Cavidad oral sin lesiones. Resto del examen físico normal.
El análisis de sangre revela una PCR de 19,63 y procalcitonina de 7,75, un hemograma completo dentro de los parámetros normales, aunque con niveles elevados de creatinina y urea que sugieren insuficiencia renal aguda secundaria a deshidratación prerrenal. Debido a la sospecha de malaria, se solicita un estudio parasitológico con gota gruesa, que resulta positivo, y por lo tanto, se decide la hospitalización con tratamiento sintomático e inicio de tratamiento específico.

CONCLUSIONES

La malaria (paludismo) es una enfermedad infecciosa muy común causada por un parásito que se transmite a través de la picadura del mosquito Anopheles. El 80% de los casos de malaria son causados por los parásitos Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax y Plasmodium ovale, conocidos como especies humanas exclusivas. Los síntomas principales son fiebre intermitente con episodios de sudoración y escalofríos, malestar y dolor de cabeza
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la combinación de fármacos antimaláricos con diferentes mecanismos de acción y asegurar altos niveles de eficacia terapéutica (usando dosis adecuadas) podría potencialmente prevenir por completo o al menos ralentizar la aparición y propagación de la resistencia a los fármacos antimaláricos.
Es esencial realizar un diagnóstico correcto y aplicar el tratamiento a tiempo. La detección temprana, reduce el tiempo de discapacidad rápidamente y en casi todos los casos identificados se logra una curación total. Ésta es una medida fundamental de prevención primaria e interrupción de la transmisión como medida de control de esta enfermedad.

P. #2205

MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE

Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Belén Tortajada Hernández, Juan Martín Pilares Barco

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 74 años, con AP de dislipemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo autoinmune, exfumadora y cáncer de mama izquierda en 2007 tratado con cirugía y quimioterapia en seguimiento con última ecografía mamaria hace 5 meses sin alteraciones. Acude a Urgencias derivada por su médico de familia por disnea progresiva de un mes de evolución, con empeoramiento marcado en la última semana y sobre todo en los últimos 2 días haciéndose de mínimos esfuerzos (mMRC 3) y asociando tos con aumento de expectoración blanquecina habitual y controles de saturación 88-91%. No presenta fiebre, ni ortopnea, ni otros síntomas sistémicos relevantes. Comenta fallecimiento reciente de un hermano, aunque sin aparente relación con la exacerbación de la disnea.
A la exploración eupneica en reposo, con frecuencia cardíaca de 109 lpm y saturación basal de 93%, mejorando hasta 97% con oxígeno a 2 L/min. A la auscultación murmullo vesicular disminuido en base izquierda sin ruidos sobreañadidos. Sin edemas en miembros inferiores.
Se realiza gasometría arterial con hipoxemia leve (pH 7.46, pO2 65.5 mmHg), analítica sanguínea con hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas, elevación de LDH (750 UI/L) y PCR (34.4 mg/L) y virus respiratorios con resultado positivo para gripe A. Se inicia tratamiento con oseltamivir 75mg cada 12 horas. En radiografía de tórax se observa derrame pleural izquierdo ocupando 2/3 del hemitórax con desplazamiento mediastínico. Dada imagen radiológica se decide realizar toracocentesis ecoguiada extrayéndose 20cc de líquido turbio, serohemático que se envía para análisis bioquímico, microbiológico y citológico. El análisis bioquímico reveló ratio proteina líquido/plasma 0.7 (>0.5) y ratio LDH líquido/plasma 0.9 (>0.6), es decir exudado.
Dado exudado pleural y antecedentes de la paciente se solicita TAC de tórax con adenopatías axilares, retropectorales y mediastínicas, engrosamiento pleural, nódulos pulmonares bilaterales y masa lítica en el segundo arco costal izquierdo.
Durante su estancia en Urgencias la paciente presenta episodio de empeoramiento clínico con desaturación hasta 70%, taquipnea de 34 rpm, utilización de musculatura accesoria y presencia de bamboleo abdominal. A la auscultación silencio auscultatorio en hemitórax izquierdo. Se solicita gasometría arterial urgente con presencia de alcalosis respiratoria e insuficiencia respiratoria global moderada (pH 7.49, pO2 45 mmHg, pCO2 60 mmHg). Se optimiza rápidamente oxigenoterapia de alto flujo con Ventimask 60%, terapia broncodilatadora y nueva Rx tórax con empeoramiento del derrame pleural ocupando la totalidad del pulmón izquierdo "pulmón blanco". Dada la extensión del derrame pleural así como empeoramiento de la paciente se decide colocación de tubo de drenaje endotorácico.
El análisis citológico mostró presencia de células tumorales malignas compatibles con carcinoma por lo que se ingresa a la

paciente en Oncología para completar estudio confirmándose recidiva metastásica de cáncer de mama triple negativo con afectación pleural, pulmonar y ósea.

CONCLUSIONES

Es de gran importancia una anamnesis detallada que nos oriente al origen más probable de la disnea. La disnea progresiva en el servicio de Urgencias puede suponer un desafío diagnóstico, especialmente cuando, como en este caso, se identifica un hallazgo incidental, como la infección por Gripe A, que no justifica el cuadro completo que presenta la paciente.
Es igual de importante, realizar y conocer la técnica adecuada de procedimientos como la toracocentesis y la colocación de tubos de drenaje torácico; que sirven de diagnóstico y tratamiento. Debemos conocer los protocolos de nuestros centros, basados en la evidencia.

P. #2210

UNA DE CAL Y OTRA DE ARENA

Elena García Gutiérrez, María Del Carmen Marín Infer, Patricia Cayuela García, Pedro Jara Navarro, Lourdes Ruiz Parra, Marta Arrufat Sánchez

Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años acude a urgencias por palpitaciones y dolor torácico punzante, de forma intermitente, no irradiado y sin cortejo vegetativo, de 2 días de evolución además de astenia e hiporexia de una semana de evolución. Se acompaña de artromialgias y sensación distérmica, no termometrada, con escalofríos. Comenta haber vuelto de Ghana hace un mes.
Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2 sin medicación desde hace años. Hipertensión Arterial.
A la exploración física; Presión Arterial (PA) 134/73, Frecuencia Cardiaca (FC) 170 lpm, Temperatura 39'5°C, Saturación parcial de Oxígeno 97% aire ambiente. Consciente y orientado, glasgow 15.
A la auscultación cardiopulmonar: taquicárdico sin soplos audibles, murmullo vesicular conservado.
A la exploración abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación, ni signos de irritación peritoneal.
En la sala de Hemodinámica se realiza electrocardiograma (ECG) que es interpretado como Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida decidiéndose control de ritmo por dolor torácico asociado y tiempo de evolución referido por el paciente en ese momento.
En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, trombopenia (58000), actividad de protrombina 74%, glucemia 419, creatinina 1'17, potasio 5'3, sodio 119, Proteína C Reactiva 20'55, procalcitonina 2'32. Orina: glucosuria, proteinuria, cuerpos cetónicos 5 mg/dL. Tóxicos: cannabinoides positivo, resto negativos. Gasometría venosa: pH 7'37, pCO2 28, HCO3 16'2, lactato 4'5
Se pautó antitérmico IV sin control efectivo de la temperatura, 10 UI de insulina rápida IV y fluidoterapia.
Durante su estancia en sala de Observación, el paciente se mantiene en taquicardia sinusal y fiebre de hasta 40'5°C. Se cursan hemocultivos, urocultivo y se solicitan serologías y ante la sospecha de malaria se solicita antígeno de dicho parásito en sangre periférica resultando positivo para plasmodium mixto. Por lo que se inicia tratamiento con piperaquina/dihidroartemisina.

CONCLUSIONES

La hipertermia provoca un aumento en la temperatura corporal, lo que activa el sistema nervioso simpático. Esto resulta en la liberación de catecolaminas, que aumentan la frecuencia cardíaca para mantener el gasto cardíaco y la perfusión tisular adecuada. Además, la vasodilatación periférica inducida por el calor reduce la resistencia vascular sistémica, lo que también contribuye a la taquicardia como un mecanismo compensatorio para mantener la presión arterial. Las estrategias terapéuticas para disminuir la temperatura consisten en

el enfriamiento externo, con la aplicación de compresas frías, ventiladores y baños de agua fría, el enfriamiento interno, administrando líquidos fríos intravenosos y medicamentos como el paracetamol, aunque su eficacia en la hipertermia no infecciosa es limitada.
Es por ello, por lo que aunque la taquicardia pueda inquietar al médico de urgencias en un primer momento, se debe valorar ante qué tipo de taquicardia nos encontramos por el contexto clínico del paciente y el ECG que tengamos delante y ante la duda, consensuar la decisión terapéutica con tu equipo médico.
No obstante, este caso también resultó ser un éxito diagnóstico para el médico de urgencias que sospechó como causa del cuadro clínico, la malaria, enfermedad endémica en Ghana, iniciándose el tratamiento dirigido en urgencias. Dicha infección conllevó a la hipertemia del paciente y consecuentemente a la taquicardia sinusal persistente durante su estancia en urgencias.

P. #2212

UNA OTITIS CON MALA PATA: MENINGITIS BACTERIANA

Sara Guibernau Cancho, Silvia Buxó Escoté, Marta Pedrol Llirinós

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica en seguimiento por colesteatoma intervenido en ambos oídos y otitis media crónica no supurativa, con sordera secundaria. Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Independiente para las AVBD, sin deterioro cognitivo.
Acude por persistencia de inestabilidad cefálica y aparición de cefalea intensa y somnolencia. Visitada el día anterior en urgencias por clínica vertiginosa, otalgia y otorrea izquierda, comentado con otorrinolaringología, se atribuye a irritación postquirúrgica del colesteatoma y se recomienda tratamiento sintomático y antibiótico tópico.
A su llegada hipertensa, taquipneica, taquicárdica y febril. Auscultación cardíaca normal. Crepitantes en base derecha. Exploración neurológica con Glasgow 8 (ocular 2, verbal 1, motor 5), somnolencia, estuporosa, dudoso Babinski, rigidez de nuca. Sin lesiones cutáneas.
Electrocardiograma normal. Analíticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda con leucocitosis y neutrofilia, hipopotasemia. Presenta insuficiencia respiratoria por probable hipoventilación.
La radiografía de tórax muestra elevación de hemidiafragma derecho presente en previas, sin condensaciones. COVID y antigenuria (para neumococo y legionella) negativos.
TC craneal muestra proceso infeccioso/inflamatorio erosivo en oído medio en relación con oto-mastoiditis evolucionada, sin signos de extensión intracraneal.
Por síndrome meníngeo se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima 2g y ampicilina 2g. Se inicia dexametasona 10mg. Se aplican medidas antitérmicas y analgésicas, así como corrección del potasio. A la revaloración Glasgow 12 (O3, V4, M5). Se realiza punción lumbar algo traumática con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio y presión de apertura de 260 mmHg. Pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, proteínas elevadas y glucosa baja.
Bajo la sospecha de meningitis bacteriana con LCR compatible, en contexto de manipulación ótica reciente, otitis activa y oto-mastoiditis en TC se añade vancomicina 1g y levetiracetam profiláctico. A la revaloración obedece órdenes por imitación, conecta más con el medio, emite palabras poco inteligibles GLASGOW 14.
Streptococcus neumoniae multisensible positivo en LCR y hemocultivos. Se desescala a cefotaxima 2g/24h.
Se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos por meningitis bacteriana por S. pneumoniae, presentando buena evolución con el tratamiento antibiótico y corticoideo. Por otomastoiditis izquierda y presentar de nuevo clínica de otitis media izquierda se completan 10 días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral. Durante el ingreso presenta estomatitis herpética con buena respuesta al tratamiento. Ya en planta por atrapamiento del pie con la barandilla de la cama

presenta esguince en tobillo izquierdo. Finalmente se decide alta a domicilio.

CONCLUSIONES

Ante una clínica compatible con un síndrome meníngeo agudo (cefalea, vómitos, fiebre, rigidez de nuca) debemos valorar la gravedad, iniciar tratamiento sintomático y tratar complicaciones. Tras la extracción de hemocultivos, iniciaremos tratamiento corticoideo si no hay contraindicación y antibioterapia empírica que ajustaremos posteriormente según etiología, edad, antecedentes y características epidemiológicas. Si hay sospecha clara de encefalitis herpética administraremos aciclovir endovenoso Realizaremos TC craneal y si no hay contraindicación, punción lumbar.
Las características del LCR nos orientarán sobre la etiología que confirmaremos posteriormente con el cultivo, la tinción y la PCR.
La causa más frecuente de meningitis bacteriana es el S.pneumoniae y en segundo lugar el N.meningitidis. Deberemos considerar la infección por Listeria en edades extremas, inmunodeprimidos, embarazadas en el tercer trimestre y en pacientes oncológicos. Se valorará la necesidad de profilaxis de contactos.
Recordemos la importancia de dar signos de alarma y reconsulta para poder detectar complicaciones asociadas al diagnóstico inicial.

P. #2217

ME PONGO ROJO, ¿SERÁ ALERGIA?

Raquel Cenjor Martín[1], Raquel Barrós González[1], Gema Domínguez Gioya[1], Lorena Humanes Tomé[1], María Galán Berasaluce[1], Natalia Tejado Rodríguez[2]

1. Hospital Universitario del Henares, Madrid, España
2. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

En resumen, se trata de un paciente de 67 años independiente, fumador de 40 diarios desde hace 40 años; en descenso actual a 2cig/día hasta hace 1 mes. Bebedor moderado-severo de cervezas (3 tercios al día); actualmente sin hábito enólico. Tratamiento actual por Oncología Médica con Peme + Pembrolizumab (12/12/24: 13C) con pauta de desensibilización por reacción transfusional previa, tras 4 ciclos en primera línea de Cisplatino + peme+ Pembrolizumab por Adenocarcinoma de pulmón estadio IV con afectación ósea.
Presenta, además, otros antecedentes oncológicos:
- Carcinoma epidermoide de CVI manejado con microcirugía 29/7/19, en recidiva actual y seguimiento.
- Carcinoma epidermoide de CVI T3-T4 noviembre 2023 CPS 90, resuelto.
- Carcinoma epidermoide T1 CVD 2021 (intervenido por última vez en 2022, con bordes libres)
- Nódulo pulmonar vértice del pulmón derecho (no accesible para biopsia) probablemente segundo primario con afectación ganglionar hiliar y paratraqueal derecha (EBUS: posible metástasis de adenocarcinoma de pulmón vs tiroides en tac no lesiones tiroideas)
- Lesiones líticas en cuerpo vertebral de T3, T5 y T7, y heterogeneidad del 5° arco costal izquierdo asumo que son secundarias al cáncer de pulmón.
- Pequeñas lesiones hepáticas difíciles de caracterizar, sugestivas de quistes/hemangiomas en seguimiento.
- Lesión en cara posterolateral izquierda de /la vejiga, RTUV en enero 2024 confirma Carcinoma papilar urotelial de alto grado pT1. Terminó instilaciones vesicales el 16/7/24.

Consulta en Urgencias por cuadro de 7-9 días de evolución consistente en edema facial y de miembros superiores progresivo asociado a rubicundez y aparición de circulación colateral. El paciente refiere que le parecía una reacción alérgica, por lo que ha iniciado antihistamínicos pero no ha presentado mejoría.
Estable hemodinámicamente a su llegada. No sialorrea, no trismus. Edema de consistencia pétrea submandibular de predominio izquierdo, no doloroso, proyección de lengua preservada, se palpa también en suelo de boca. Vía aérea permeable pero con disminución de espacios y discreto edema de úvula. Circulación colateral en región anterior de tórax, más marcado en área de yugulum. Eritema facial y en esclavina. Edema en antebrazo izquierdo sin compromiso vascular, con buena perfusión periférica. Edema en menor medida pero con leve afectación circunferencial en antebrazo derecho, con perfusión y sensibilidad distal preservadas.
Se solicita valoración por Otorrinolaringología urgente para descartar compromiso de vía aérea y tomografía computerizada que confirma la existencia de una lesión mediastínica por

delante de la tráquea que oblitera completamente la vena cava superior y que ha aumentado de tamaño respecto al estudio previo de septiembre del 2024 con marcado edema del tejido celular subcutáneo y estabilidad de las lesiones pulmonares y óseas descritas en estudios previos.
Ante diagnóstico de presunción confirmado de Síndrome de vena cava superior, se solicita traslado a Hospital de referencia para radioterapia de Urgencia, que transcurre sin incidencias.
El seguimiento posterior se continua realizando en nuestro centro tras retorno del paciente al mismo. Por el momento la evolución ha sido satisfactoria y el paciente ha mejorado de forma significativa de la clínica por la que consultó.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un paciente muy complejo y pluripatológico, con varios cánceres activos y tratados y que consulta en Urgencias por un proceso mal definido y justificado por el propio paciente como patología banal. Pretende, por tanto, poner de relevancia la importancia de la exploración física desde urgencias, con una actitud abierta que permita diagnósticos diferenciales amplios. Además, el manejo en Hospitales de primer nivel complica en ocasiones las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, suponiendo un reto añadido para el Urgenciólogo.

P. #2218

OH NO, MI DEDO ESTÁ NEGRO

Marina Sánchez Gómez
Hospital Comarcal Noroeste, Caravaca, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 36 años que consulta por cambio de coloración del primer dedo del pie , pero sin dolor, desde hace 6h, sin limitacion al movimiento, leves parestesias,pero resto sesibilidad y fuerza conservados.
A la llegada a nuestro hospital comarcal presenta EF: Peso 120kg y Talla de 1.93, con IMC 32. ACP: Rítmico y sin soplos. MVC no ruidos
sobreañadidos. ABD: blando y depresible a la palpación, no masas ni megalias, no irritación peritoneal. Coloración negruzca con bordes violácceos en el primer metatarsiano del pie izquierdo.
Pulso conservados (tibiales y pedios). No signos de TVP, no edemas, no aumento de coloración o de la temperatura. Sin embargo, poco mas tarde perderia los pulsos pedio y tibial en hospital de referencia (totalmente abolidos) .
En cuanto a PC
1.) Eco Doppler arterial URG: ausencia de flujo pedio bilateral.
2.) AngioTAC de Aorta y MMII:
- Eje Aorto-iliaco permeable.
- Art. Femorales comunes/ profundas/ superficiales permeables
- Art. Poplíteas permeables
- Ausencia de contraste en Art. Tibial anterior y Peronea en 1/3 distal
- Ausencia de flujo bilateral en Art. Pedias.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia saber diferenciar una isquemia arterial de una trombosis venosa, para distinguir lo urgente de lo preferente (decision vital en nuestro dia a dia en urgencias).
Ademas en este paciente seria curioso ver un diagnostico diferencial posterior, en cuanto a una posible enfermedad autoinmine:
• Tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerguer.
• PAN-Poliarteritis nudosa.
• Vasculitis reumatoide.
• Esclerosis sistémica- Esclerodermia.
• Crioglobulinemia.
• LES- lupues eritematosa sistémico.
o bien una pseudovasculitis de tipo
• Embolias por ateroma o colesterol.
• Endocarditis.
• Mixoma auricular .
• Sd. Antifosfolípido.
• Sd. Vascular acral paraneoplasico
• Acrocianosis.
• Perniosis (sabañones).
• Claviceps purpurae
• Calcifilaxis
• Sd martillo hipotenar

Finalmente nuestro paciente se diagnostico de ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE BUERGUER.
¿Qué tto le pongo de alta en urgencias?
Adiro100mg 0-1-0, Exoxaparina 80/12 15 dias, mas evitar FRCV con Atorvastatina 40mg 0-0-1, Calzado cómodo y dejar de fumar.
Después del verano cita cardiovascular

P. #2223

ICTERICIA, ASTENIA Y DOLOR MUSCULAR

Giovanna Ruiz Hernández[1], Ana Lucía Rengifo Martínez[2]

1. Clínica Asunción Tolosa; Osakidetza Osi Bidasoa, Tolosa, España
2. Osakidetza Osi Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56ª, sin antecedentes de interés relevantes, refiere astenia intensa y coluria de 4 días de evolución, con dolor en pierna izda progresivo, en los últimos 2 días, que le impide la correcta deambulación y asociado a oliguria. No cuenta fiebre, ni síntomas respiratorios asociados.
Exploración General: PA: 137/97 FC: 95 Tª: 35,9°C SatO2 99% (aire ambiente).
Consciente y orientado. Impresiona ictericia cutánea y conjuntival, de la que no es consciente. Bien prefundido. Buen estado general basal en reposo. Eupneico. No IY. AC: rítmica. AP: buena ventilación, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no megalias. PPRB no dolorosa. EEII: no edemas. dolor a la palpación localizada de tercio medio posterior del muslo izdo con movilidad normal. No cordones venosos. Pulsos presentes. Homans negativo.
Pruebas Complementarias: ECG: RS a 96x´, sin alteraciones significativas. Rx Tórax: aumento de trama vascular. No imagen de condensación.
ANALÍTICA:
Bioquímica: Bilirrubina total 12,8 (11,1 directa), GPT 131, GOT 218, Urea 172, Creatinina 7,4, Filtrado Glomerular 8, Sodio 131,1, Cloro 90,9, Potasio 4,37, Proteina C Reactiva 31,9, Prpcalcitonina 15,9, NT-ProBNP 3947, CK 9611,
Hemograma: Leucocitos 14740, Neutrófilos 94,85%, Linfocitos 2%, Monocitos 2,4%, Granulocitos inmaduros 0,5%, Plaquetas 70000, Dímero D 1,32
Orina: Proteinas 150, Glucosa 100, Urobilinogeno 1, Bilirrubina 1, Eritrocitos 250,
Frotis Ag Covid y Gripe negativos.
Se cursan Hemocultivos y Antigenuria.
TAC ABDOMINOPÉLVICO: Quistes hepáticos. Barro biliar con vía biliar normal. Nefrolitiasis bilateral no obstructiva. Cicatriz cortical renal y quiste cortical izdo con contenido hemático, Linfagiectasia renal bilateral. Leve aumento de volumen prostático. Pequeña aneurisma fusiforme de arteria ilíaca común izda. Densidades en vídrio esmerilado y de ocupación alveolar bibasales asociados a nódulos centrolobulillares, de probable etiología infecciosa.
Tratamiento en Urgencias:
- Sueroterapia 2000ml iv, persistiendo anuria.
- Paracetamol 1g iv
- Meropenem 500mg iv (ajustado a func. renal), + Linezolid 600mg iv
- Tramadol 100mg iv
- Metoclopramida 10mg iv
- Sondaje vesical con 100cc, colérica para realización de analítica.

Evolución: Ante los resultados de las pruebas complementarias, se activa protocolo sepsis de origen desconocido, se habla con UCI y se traslada a su cargo.
Comienza leve hipotensión, por lo que administran NA.

Se solicita serología de atípicas y Leptospira. (Viver en un caserío con animales y ha habido lluvias torrenciales esos días).

CONCLUSIONES

La Leptospira es una bacteria de la familia de espiroquetas, flexible y helicoidal, de tinción Gram negativa, con reservorio natural en ratas, ganado, perros. En el humano, se concentra en los túbulos renales y se asocia a fiebres en inundaciones, en el ganado e ictericia en granjeros. Provocan ictericia, hemorragia cutánea, fiebre escalofríos y dolor muscular. son muy invasivas y se difunden vía sanguínea asociada a la fibrolisina.
Se aísla en sangre y orina y hay que vigilar el daño hepatico, renal y los electrolítos e hipotensión, por lo que además de antibiótico hay que administrar sueroterapia abundante.

P. #2229

NO SE DIAGNOSTICA LO QUE NO SE CONOCE

Marta Cepeda Zamorano[1], Rafaela Martínez López[1], Ángela Lara López[2], Carlos Luis Montenegro Escobar[1]

1. Hospital General Tomelloso, Tomelloso, España
2. Hospital General Alcázar de San Juan, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años, sin antecedentes de interés, en España desde hace un mes, natural de Colombia, que acude a servicio de urgencias por dolor de miembro inferior derecho de 24 horas de evolución.
A la exploración física destaca lesión forunculosa de 3-4 centímetros de diámetro que presenta exudado purulento escaso, muy dolorosa, eritematoso y edematosa a su alrededor.
Se realiza desbridamiento de herida, se recoge cultivo de la misma y se inica tratamiento con clindamicina vía oral.
Se cita de nuevo en consultas para revisión y resultado de cultivo en el que se objetiva infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM).
Rehistoriando al paciente, niega relación con entorno hospitalario, deportes de contacto ni uso de drogas vía parenteral. Comenta infección similar hace un año por el que recibió tratamiento que no recuerda.
Ante este hallazgo, y sospecha de situación de inmunosupresión, se solicita serología virus de inmunodeficiencia humana (VIH) siendo positiva.

CONCLUSIONES

Las infecciones de la piel no complicadas son una de las urgencias hospitalarias más frecuentes.
Las producitas por SARM se caracterizan como abscesos cutáneos, generalmente únicos, en los que domina la necrosis y la producción de pus es escasa.
Descartar VIH en pacientes con infecciones por SARM es fundamental pues el VIH produce una condición de inmunosupresión, lo cual es un factor de riesgo para sufrir infecciones como el SARM. Una vez detectado VIH, sería posible iniciar terapia antirretroviral y por lo tanto mejorar la función inmunológica y la respuesta a los antibióticos.
Hay un perfil de paciente para el que los servicios de urgencia hospitalaria son su único punto de contacto con el sistema sanitario. Es por ello, que no debemos perder de la oportunidad de realizar un cribado precoz de VIH.

P. #2232

MALARIA: LA IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS DETALLADA

Inés Jiménez Hurtado, Juan Miguel López González, María Teresa Nuñez Gómez-Alvarez

Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 19 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por presentar un cuadro de una semana de evolución de fiebre alta, malestar, artromialgias y escalofríos. Acude a su Centro de Salud, donde le pautan tratamiento con Amoxicilina, tras lo cual vuelve a presentar fiebre, asociada a malestar, tos con escasa expectoración y sensación nauseosa.
Niega dificultad respiratoria ni otros síntomas.
Exploración física:
A su llegada a Urgencias se encuentra consciente y alerta, sudoroso y eupneico. Tensión arterial 100/41mmHg, frecuencia cardíaca 114 latidos por minuto, temperatura 39.9°C y saturación de oxígeno basal 91%.
- Auscultación cardíaca: Rítmico, taquicárdico, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, moviliza secreciones escasas, crepitantes en bases.

Primeras pruebas complementarias solicitadas:
- Analítica de sangre: Leucocitos 7280, Hb 13.8 g/dl, Plaquetas 110000, sin alteraciones de la coagulación. Glucosa 125 mg/dl, Urea 33 mg/dl, BUN 15mg/dl, Cr 1.17 mg/dl, Bilirrubina 1.7 mg/dl, ASAT 96 UI/l, ALAT 195 UI/l, LDH 544 UI/l, iones en rango, PCR 5.23.
- Orina: Sin hallazgos patológicos.
- Influenza A, Influenza B y SARS.CoV-2: Negativos.
- Gasometría arterial: Alcalosis respiratoria.
- Hemocultivos: Negativos.
- Radiografía de tórax: Senos costofrénicos libres, índice cardio-torácico conservado, sin infiltrados agudos.
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 95 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización.

Tras los hallazgos obtenidos, se realiza interconsulta telefónica al servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital, que recomienda la ampliación de pruebas. Se vuelve a interrogar al paciente, que comenta estancia en Camerún hace un año y medio y, desde entonces, episodios recurrentes de fiebre interpretados como bronquitis.
- Ac Brucella: Negativo
- Hepatitis A, B y C: Negativo
- Ac Heterófilo e Ig Epstein-Barr: Negativo
- Ig Parvovirus B19: IgG positivo
- Ig Citomegalovirus: Negativo
- Ac VIH: Negativo
- Ig Dengue: Negativo
- Gota gruesa: POSITIVO para Plasmodium vivax. Índice de parasitación 0.5%.

Juicio clínico:
- Malaria por Plasmodium vivax sin criterios de gravedad, con índice de parasitación 0.5%.
- Trombopenia secundaria al proceso infeccioso.

CONCLUSIONES

Se decide su ingreso para completar estudio e iniciar tratamiento con Hidroxicloroquina. Se realiza estudio ecográfico abdominal sin hallazgos significativos y, tras descartar déficit de Glucosa-6-Fosfato Deshidrogenasa, se añade Primaquina para cura radical. Dada la buena evolución clínica y la ausencia de datos de alarma clínicos ni en pruebas, se procede al alta hospitalaria pendiente de completar tratamiento y con cita para revisión en un mes.
- La malaria es una enfermedad infecciosa debida al parásito Plasmodium, tras la picadura del mosquito hembra Anopheles. Hay cinco especies causantes de la enfermedad en humanos: P. falciparum (responsable de la mayoría de los casos importados y de los casos de malaria grave), P. vivax y P.ovale (pueden producir recaídas), P. malariae y P. knowlesi. Los síntomas son inespecíficos, pero puede producir formas graves con trastornos neurológicos, insuficiencia respiratoria, anemia grave, acidosis,... El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la confirmación mediante gota gruesa. El tratamiento depende de la especie y la gravedad y debe asociar Primaquina para su cura radical si la infección se debe a las especies que pueden causar recaídas.
- La malaria es una enfermedad potencialmente letal, por lo que son importantes el diagnóstico y el tratamiento precoces.
- Si bien no es una enfermedad frecuente en nuestro medio, hay que pensar en ella ante todo paciente con síntomas compatibles y el antecedente de haber viajado a un país donde la enfermedad es endémica.
- Una anamnesis completa y detallada es fundamental para orientar el diagnóstico, especialmente en enfermedades como la malaria, donde los síntomas son inespecíficos y comunes a otras muchas infecciones.

P. #2246

ACTUAR RÁPIDO SALVA VIDAS: HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS INICIALES EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Rocío García Moreno[1], Carmen María Gómez Palomo[2], Marta María Pascual Gázquez[3], Claudia Irene Bordón Poderoso[4]

1. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España
2. EPES, Servicio Provincial 061 Málaga, Málaga, España
3. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España
4. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos activan desde el centro coordinador por paciente de 73 años con cuadro de infección respiratoria de tres días de evolución para la que está realizando tratamiento sintomático, llaman sus familiares a emergencias por empeoramiento brusco del estado general y dificultad respiratoria.
Durante el trayecto revisamos antecedentes clínicos, destacando únicamente hipertensión en tratamiento con Enalapril y fumador con un índice paquetes/año mayor a 20 reflejado por su médico de Atención Primaria.
A nuestra llegada a domicilio nos encontramos a un paciente con mal estado general, palidez, sudoración profusa y trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria.
Realizamos toma de constantes objetivando Tensión Arterial 89/56, Frecuencia Cardiaca 114 latidos por minutos, Frecuencia Respiratoria 23 respiraciones por minuto, Saturación basal de oxigeno de 85%, Temperatura 38,8°C y un Glasgow 13 (3,4,6) . En la auscultación cardiopulmonar se aprecian tonos rítmicos taquicárdicos, sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado con roncus y sibilantes dispersos en ambos campos, crepitantes en base derecha.
Ya en esta primera valoración podemos objetivar que nos encontramos ante un paciente con una infección respiratoria con alto riesgo de sepsis en la escala quickSOFA (Sequential Organ Failure Assessment), que asocia una insuficiencia respiratoria aguda.
Se inicia oxigenoterapia con un una mascarilla de oxigeno Venturi al 50%, se canaliza vía venosa y se realiza extracción de muestra sanguínea para analizar. Iniciamos tratamiento con broncodilatadores intravenosos, Paracetamol y se inicia resucitación con fluidos.
Realizamos la evacuación del paciente hasta nuestra ambulancia y realizamos una nueva evaluación tras nuestras primeras medias salvadoras.
A nivel hemodinámico observamos una ligera mejoría; desde el punto de vista respiratorio, y a pesar de estar recibiendo una fracción inspirada de oxigeno del 50% mantenía una saturación del 92% por lo que ante estos datos, y apoyándonos además en los resultados del analizador donde destacaba una elevación del lactato y un patrón de acidosis respiratoria, decidimos iniciar ventilación Mecánica no Invasiva.
Además pudimos realizar una ecografía a pie de cama, pulmonar en la que objetivamos un patrón compatible con una consolidación en la base pulmonar derecha, que asociaba derrame pleural moderado; así como el protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock) que nos permitió guiar nuestra resucitación con fluidos en el trayecto.
A través de la sala de coordinación realizamos la activación del Código Sepsis, dando alerta al hospital y mejorando así la recepción del paciente.

CONCLUSIONES

En este caso se destaca la importancia de la intervención temprana desde el ámbito prehospitalario. El reconocimiento precoz de la situación desde el centro de coordinación, la rápida actuación, el correcto tratamiento, apoyado en el uso de nuevas herramientas disponibles, así como una buena comunicación con el hospital receptor ayudan a mejorar la supervivencia y el pronóstico de nuestros pacientes.

AT03
URGENCIAS MÉDICAS III

(Diabetes y urgencias endocrinas,
patología neurológica,
patología digestiva)

O. #263

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DIABETES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Sara María Parrondo Rebollo, Elena López De Las Heras, Marina Gil Mosquera, Beatriz García Fernández-Bravo, Pablo Galindo Ballesteros, Pablo Matías Soler

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica con alta prevalencia en la población española y con la particularidad de que la mitad de estos pacientes no son conocedores de su enfermedad. Además, otro 30 % de la población presenta alteraciones para el metabolismo de la glucosa. La detección temprana de esta patología pudiera evitar la aparición de complicaciones a largo plazo mejorando la morbimortalidad de estos pacientes. Los Servicios de Urgencias se presentan como oportunidad en la detección de esta patología.

OBJETIVO

Determinar en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario alteraciones del metabolismo de la glucosa o diabetes mellitus en pacientes sin diagnóstico previo, su tratamiento y prevención tras el diagnóstico.

MÉTODO

Estudio piloto prospectivo de intervención. Se propuso participar a todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario (a excepción de pacientes pediátricos y Ginecología) en el periodo de tiempo de mayo de 2024 a diciembre de 2024. Se utilizó la escala FINDRISC para detectar a los pacientes con alto riesgo de presentar diabetes en 10 años. Se realizaron 1109 escalas, con un puntaje para alto riesgo o más en 284 pacientes. En ellos se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal - IMC, perímetro abdominal), antecedentes médicos (hipertensión arterial, dislipidemia, antecedentes familiares de DM), hábitos de vida (dieta y actividad física) y analíticos (hemoglobina glicada).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De las 1109 encuestas realizadas, 284 (25,79%) presentaron un puntaje FINDRISC de 15 o más (alto riesgo). Dentro de los pacientes con alto riesgo de padecer diabetes, la edad media fue de 65.38 años (DE ±14.68), con predominio de mujeres (66.5%) e independientes para las actividades básicas en su mayoría (91,9%). El IMC promedio fue de 29.82 kg/m^2 (DE 4,98), clasificando a 3 de cada 4 pacientes con sobrepeso u obesidad. El perímetro abdominal promedio fue de 103.7 cm (DE 12,82). El puntaje FINDRISC fue de 17,68 (DE2,53). Los antecedentes personales más destacados fueron los antecedentes familiares (los pacientes que presentaron alteración de la hemoglobina glicada presentaban antecedentes familiares de diabetes en algún grado en el 78,2% de los casos), la hipertensión arterial (59,2%) y la dislipemia (44%). La hemoglobina glicada fue de 5,68 de media (DE 0,48). El 26,8% de pacientes presentaron, según su hemoglobina glicada, un diagnóstico de alteración del metabolismo de la glucosa y un 4,6% un diagnóstico de diabetes mellitus, siendo la hemoglobina glicada de 5,96% (DE 0,19) en el grupo de prediabetes y de 9,05% (DE 2,93) en el de diabéticos (p<0,001).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, casi el 25% de los pacientes atendidos en urgencias presentaban alto riesgo de padecer diabetes mellitus en los próximos 10 años. De ellos, alrededor de un 27% ya presenta alteraciones del metabolismo de la glucosa y en casi un 5% se diagnosticó una diabetes mellitus. El perfil de estos pacientes es el de un paciente independiente, con antecedentes familiares de diabetes y con gran carga de factores de riesgo cardiovasculares, sin haber desarrollado aún enfermedad en órgano diana. El diagnóstico e intervención de manera temprana en este grupo de pacientes puede suponer una disminución de la morbimortalidad en el futuro, mejorando la calidad de vida de estos pacientes y los futuros costes de los mismos.

O. #309

LA TENSIÓN ARTERIAL Y LA EDAD COMO VALORES DISCRIMINANTES EN EL TIPO DE ICTUS EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

MARÍA Arévalo De Pablos, FERNANDO Lombardía Recio, José LUIS Montesinos Díaz, ROSA María Jiménez Gallego, FERNANDO Pérez Muñoz, ERVIGIO Corral Torres

SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de ictus en el ámbito extrahospitalario carece hasta la fecha de unas pruebas de imagen que permitan discriminar el tipo de ICTUS (hemorrágico o isquémico) y por tanto, la posibilidad de realizar una terapéutica temprana de reperfusión precoz, tanto en el lugar, como si es preciso transferirlo o no a un Hospital con capacidad de reperfusión por intervencionismo. Así, hemos planteado este estudio, de cara a buscar parámetros, que nos predigan, obviamente sin pretender un diagnóstico de certeza, el tipo de ICTUS.

OBJETIVO

Determinar la capacidad discriminante de la tensión arterial sistólica (TAS) inicial y final, la tensión arterial diastólica (TAD) inicial y final, la tensión arterial media (TAM) y la edad, en el diagnóstico de ictus isquémico y hemorrágico, así como de otros parámetros metabólicos, evaluando el tamaño del efecto que posee cada uno de estos parámetros.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo, a través de una base prospectiva de pacientes diagnosticados y transferidos como Código Ictus desde el 1/7/2021 al 31/12//2024 por un Servicio de Emergencias Extrahospitalarias(SEM).
Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables exposición: Valor en la escala NIHSS(National Institute of Health Stroke Scale) y en la Escala de Glasgow(GCS); Parámetros hemodinámicos: TAS, TAD y media (TAM). Parámetros metabólicos: ph, bicarbonato, pCO2, exceso de Bases (EB), Lactato, e iones potasio(K+) y Calcio(Ca++).Variable dependiente: Ictus isquémico o hemorrágico.
Análisis descriptivo: medidas centrales y dispersión.
Pruebas de hipótesis: t de Student para comparar las medias de las variables independientes, entre los grupos de diagnóstico isquémico y hemorrágico. Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad. SPSS (V29).
Se calculó el tamaño del efecto utilizando la d de Cohen, para las variables que mostraron diferencias significativas entre los grupos.
Con las variables cuantitativas que tenían significación estadística, se realizó un análisis multivariable a través de un análisis discriminante para evaluar la asociación independiente de las mismas al tipo de ictus.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

411 pacientes, 250 hombres(60,8%), 67.9% presentaron ictus isquémico y 32.1% hemorrágico.
Edad media: 68.11 años(DE:14.98). Los pacientes con ictus isquémico tuvieron una edad media de 69.98(DE:13.97), mientras que en los hemorrágicos fue de 64.16(DE:16.27). p<0.001.
El análisis univariable de los datos hemodinámicos:

- TAS inicial: Isquémico: 151.71 mmHg(DE=27.42), vs Hemorrágico: 178.49 mmHg (DE=35.99), p < 0.001.
- TAS final: Isquémico 144.86 mmHg (DE=21.25), Hemorrágico 160.80 mmHg (DE=27.52), p<0.001.
- TAD inicial: Isquémico 89.17 mmHg (DE = 19.75), Hemorrágico 108.22 mmHg (DE = 23.43), p < 0.001.
- TAD final: Isquémico 84.17 mmHg (DE = 15.80), Hemorrágico 96.40 mmHg (DE = 18.95), p < 0.001.

La TAS inicial mostró el mayor tamaño del efecto en el análisis univariable (D de Cohen=0.880).
En cuanto a los parámetros metabólicos, el ion K+, en los ictus isquémicos fue 4.08 mmol/L (DE = 0.54), mientras que en los hemorrágicos fue de 3.76 mmol/L (DE = 0.76), con una p < 0.001, siendo estadísticamente significativa
El análisis discriminante reveló que la TAS inicial, TAD inicial, TAM, la edad y el ion potasio (K) son variables con un alto poder discriminante entre ictus isquémico y hemorrágico. Lambda de Wilks <0,001. . Los pacientes con ictus hemorrágico presentaron niveles de tensión arterial significativamente más altos y niveles de potasio significativamente más bajos que los pacientes con ictus isquémico.
La edad también resultó ser un factor discriminante significativo, siendo los pacientes con ictus hemorrágico de menor edad que los pacientes con ictus isquémico.

CONCLUSIONES

La tensión arterial, la edad y el ion potasio (K) son variables fácilmente accesibles y medibles en el medio extrahospitalario.
Los resultados de nuestro estudio, con la prudencia que nos debe dar esa n de pacientes y el hecho de ser unicéntrico, nos invitan a recomendar la valoración de estos parámetros en la evaluación inicial del paciente con ICTUS.

O. #577

"DOCTORA, NO PUEDO CAMINAR" CASO CLÍNICO SOBRE MIELITIS AGUDA TRANSVERSA SECUNDARIA A INFECCIÓN VIRAL

Andrea Puebla Parral, Katherine Lupe Pesantez Vásquez, Ana Belén López Tarazaga

Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 20 años, sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas conocidas, acude al servicio de Urgencias por pérdida de fuerza muscular y sensibilidad en miembros inferiores que le impide deambular desde hace un día. Antes del inicio de este cuadro súbito, el paciente inició antibioterapia con levofloxacino por una infección respiratoria que persiste en el momento de la atención. Además, asocia tenesmo vesical y abdominalgia inespecífica sin fiebre ni otros hallazgos reseñables.
A la exploración persiste una auscultación patológica con roncus en campos pulmonares medio e inferior derechos. A nivel neurológico destacan una disminución de fuerza en ambas extremidades, especialmente en los músculos cuádriceps, psoas y extensor de la cadera, un signo de Hoffman positivo bilateral, una disminución leve de reflejos en extremidades inferiores, así como un nivel sensitivo a la altura de T10, siendo la marcha no valorable. El resto de la exploración es anodina.
De las pruebas complementarias realizadas, el electrocardiograma y la analítica sanguínea resultaron dentro de la normalidad y en la radiografía de tórax se objetivó una condensación ya conocida en lóbulo inferior derecho.
Una semana antes se realizó PCR de virus respiratorios positiva a Mycoplasma Pneumoniae.
Ante la sospecha clínica de una focalidad neurológica (con posible afectación medular) y probablemente relacionada con su proceso infeccioso, se contacta con el servicio de Neurología que tras valoración decide ingreso para ampliación de estudio y tratamiento.
Durante su estancia hospitalaria, se enfocó el estudio mediante un diagnóstico diferencial entre una posible mielitis transversa aguda vs mielopatía dorsal por otra causa. Se realiza un estudio del liquido cefalorraquídeo (LCR) con signos de pleocitosis y una Resonancia Magnética (RMN) cerebral y medular con dos lesiones inflamatorias compatibles con mielopatía en T4, T5, T7 y T8 con afectación de sustancia gris de predominio derecho.
Actualmente, el paciente se encuentra estable, con recuperación completa de la sensibilidad y la fuerza en extremidades inferiores y está pendiente de completar estudio con una nueva RMN para filiar la causa de mielopatía.

CONCLUSIONES

La mielitis transversa es una entidad aguda, desmielinizante que afecta a la médula espinal y donde un 25-50 % de los casos se relacionan con una infección previa por Mycoplasma Pneumoniae. Cursa con una disminución de la sensibilidad desde la región genital hasta la planta del pie (por la región postero-interna de la extremidad), leve disminución de la fuerza (4/5), con reflejos osteotendinosos (ROT) conservados, una clara imposibilidad para mantenerse de pie y globo vesical. En torno a un 40-50% de los casos se recuperan espontáneamente y un 10% pueden tener secuelas permanentes por lo que si sospechamos esta entidad se debe tratar precozmente con corticoides a dosis altas y antibioterapia con azitromicina.

O. #627

VALORES METABÓLICOS Y HEMODINÁMICOS PUEDEN PRONOSTICAR LA LETALIDAD Y EL TIPO DE UN ICTUS EN EL ÁMBITO DE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Juan Antonio Úbeda Ucedo, Victoria Cantó Blázquez, Jesús Antonio Castro Nieto
Samur-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Sin duda, el ICTUS es un gran problema de salud pública, pero lo es más para los Servicios de Emergencias(SEM). Se considera que es el proceso crítico atendido bajo códigos especiales más frecuente en los SEM. Su especificidad de manejo, el rango de población afectado y el diagnóstico diferencial que conlleva con otros tipos de procesos, fundamentalmente neurológicos, lo convierte en un auténtico reto para estos Servicios. Es por ello que hemos intentado, con este trabajo, proporcionar alguna herramienta diagnóstica añadida, a los profesionales de los SEM que se enfrentan a estos procesos.

OBJETIVO

De forma global, establecer el perfil epidemiológico de los pacientes ingresados como Código ictus por un SEM urbano.
Más específicamente, nuestro objetivo principal se centra en analizar qué parámetros podrían ser predictores de peor pronóstico de entre los parámetros hemodinámicos, metabólicos, antecedentes, epidemiología y la sintomatología del paciente.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de una base prospectiva. Cohorte de pacientes atendidos por código ictus en un periodo de 6 años(2019-2024) por las Unidades de Soporte Vital Avanzado(SVA) de ese SEM. Seguimiento hospitalario de los pacientes hasta los 7 días.
Variables epidemiológicas: Época del año, edad, sexo.
Variables independientes: Valor del NIHSS en la escena. Variables hemodinámicas y metabólicas. Antecedentes: hipertensión arterial(HTA), diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo, tóxicos, ictus previo, Medicación(anticoagulantes, antiagregantes, antidepresivos o ansiolíticos.
Variables dependientes binarias: Tipo de ICTUS (Isquémico o hemorrágico). Fallecido o vivo a los 7 días.
Análisis descriptivo: variables centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Chi cuadrado (Var.Categóricas), T de Student (Var. cuantitativas). IC del 95%.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

996 pacientes diagnosticados de ictus confirmado en hospital. Edad: 68.70(DE15.09), 592 hombres(59.4%). 685(68%) eran isquémicos. 121 pacientes(12,1%) fallecieron en los primeros 7 días. Antecedentes: HTA-50.1%, 3.7% toma ≥3 fármacos, diabetes-17.9%, dislipemia-29.3%, obesidad-3%, tabaquismo-7.9%, tóxicos-5.2%, ictus previos-14%, sintomatología días previos-5.5%. Fármacos: anticoagulantes-13.2%, antiagregantes-16.5%, antidepresivos-4.7%, ansiolíticos-5.4%.
Época del año: invierno-24.4%, primavera-23.8%, verano-21.1%, otoño-30.7%.
El análisis inferencial de los valores hemodinámicos y metabólicos en relación al tipo de ictus: Glasgow: ISQ 13.56(DE:2,21) vs HEM 12.80(DE:3,08) p<0,001, y la TAS: ISQ 141.93(DE34.17) vs HEM 162.83(DE56.17) p<0,001, tenían diferencias significativas.
En cuanto a parámetros metabólicos: Glucemia ISQ 137.03(DE54.47) vs HEM 146.98(DE52.43), p<0.001 y el K+ ISQ 4.04(DE:0.53) vs HEM 3.80(DE:0.58) p=0.008 tenían diferencias significativas.
En cuanto a la gravedad en la presentación valorada por la escala NIHSS, el Ictus hemorrágico se asoció a mayor gravedad: 12,78 vs 11,79 p=0,026.
Valorando la relación entre estas variables y el fallecimiento: las variables hemodinámicas que presentan diferencias significativas: Glasgow FALLEC 12.90(DE2.90) vs 14,3(DE:3,2) VIVO (p<0.001); TAS FALLEC 152.91(DE49.37) vs 141,3(DE:59,1) VIVO (p<0.001) y SatO2 FALLEC 95.66(DE3.09) vs 96,09(DE:3,23) VIVO (p=0.27). Las variables metabólicas con diferencias: Glucemia FALLEC 144.40(DE56.09) vs 132,9(DE:48,8) VIVO (p<0.001); K FALLEC 3.94(DE0.57) vs 4,02(DE:0,53) VIVO (p=0.026) y Na+ FALLEC 141.39(DE 3.20) vs 140,02(DE:0,53) VIVO (p=0.001).
En relación a los antecedentes del paciente, solo se observó asociación significativa entre fallecimiento y dislipemia (p=0.022).
La relación del NIHSS inicial con el fallecimiento mostró una diferencia muy significativa, a favor del ictus hemorrágico: más letal que el isquémico (p<0,001).

CONCLUSIONES

El paciente de nuestra muestra es fundamentalmente un varón de unos 66 años que sufre un ictus isquémico en otoño, con alta tasa de supervivencia a 7 días.
En nuestra muestra y con las limitaciones de un estudio unicéntrico, parece que los parámetros a considerar como predictores de los ictus más graves y de mayor letalidad son la glucemia, el K, la TAS y la Sat O2, junto al Glasgow.
Así, un Glasgow bajo con una TAS elevada, junto a glucemias superiores a 150mg/dl y potasio en el límite bajo de la normalidad, nos podría orientar hacia un evento hemorrágico y/o de peor pronóstico.

O. #848

UN MAL GOLPE

Raquel García Hernández, Álvaro Pineda Torcuato, Giselle Santos Rielo, Mónica Enríquez Botas, Alicia San Martín Espinosa, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 50 años con antecedentes personales de fumador desde hace 30 años e hipertensión arterial no controlada.
Acude a Urgencias por dolor en el cuello, cefalea y visión borrosa en el ojo derecho tras realizar ejercicio físico moderado (jugando al golf). Refiere que mientras jugaba realizó un golpe y experimentó un dolor repentino en la región cervical derecha, acompañado de cefalea intensa occipital. La sintomatología se fue agravando a medida que pasaban los minutos, presentando además visión borrosa en el ojo derecho y dificultad para hablar. El paciente negó haber tenido previamente síntomas neurológicos o trastornos del cuello.
En la exploración física presentaba tensión arterial de 190/110 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 latidos, 18 respiraciones por minuto y 36.8°C. El paciente se encuentra consciente y orientado, pero angustiado por la sintomatología.
En la exploración neurológica se observa déficit motor en hemicuerpo derecho con reflejos osteotendinosos disminuidos en el lado derecho y normales en el lado izquierdo. No signos meníngeos. Dolor a la palpación en la región lateral derecha del cuello.
Con estos datos se solicitan pruebas complementarias: tomografía computarizada (TC) cerebral en la que no se observan lesiones hemorrágicas, pero sí áreas de hipodensidad compatibles con infarto cerebral en territorio de la arteria cerebral media derecha; se realiza además ecografía doppler de ambas arterias carótidas, evidenciando un engrosamiento en la íntima de la arteria carótida interna derecha con un defecto de llenado a nivel del origen de la arteria, compatible con disección, que se confirma con la realización de resonancia magnética cerebral y angiografía, que muestra además una hemorragia subintimal y alteraciones en el flujo sanguíneo.
El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo neurológico con diagnóstico de disección carotídea derecha, admi9nistrándose antihipertensivo intravenoso (labetalol) para lograr control de la tensión arterial. Se inició además anticoagulación con heparina intravenosa debido al r5iesgo de trombosis secundaria por la disección. A las 24 horas de inicio del tratamiento, el paciente presentó mejoría parcial en la paresia del lado derecho, pero sin mejoría en la pérdida de visión por ojo derecho. Durante su estancia, se mantuvo buen control de tensión arterial y se mantuvo bajo observación durante 72 horas para monitorizar complicaciones adicionales.

CONCLUSIONES

Destaca la importancia de considerar enfermedades vasculares en paciente con factores de riesgo cardiovasculares y síntomas neurológicos agudos tras la realización de ejercicio físico.
La disección carotídea es una causa importante de accidente cerebrovascular isquémico en adultos jóvenes, y puede desencadenarse por actividades físicas que impliquen movimientos bruscos del cuello, como en este caso, jugando al golf. La combinación de hipertensión arterial y el tabaquismo aumenta el riesgo de estas patologías al promover la debilitación de las paredes arteriales.
El manejo adecuado incluye control de la tensión arterial, anticoagulación y vigilancia neurológica estrecha para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente.

O. #923

DOCTORA, ¡TENGO LAS MANOS EN GARRA!

María Eveline Nicolaita Colacel[1], Noelia De Sousa Pérez[1], Sara Isabel Cosío De Los Arcos[1], Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], Rebeca Díaz Cortés[2]

1. Hospital de Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad y apnea obstructiva del sueño. A tratamiento crónico con antidiabéticos orales, antihipertensivos, antidislipémico e inhibidores de la bomba de protones (IBPs) desde hace años. La paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y vómitos de dos días de evolución. En las últimas 24 horas asocia parestesias en las cuatro extremidades, rigidez progresiva en ambas manos y hormigueo peribucal. Refiere tendencia a deposiciones diarreicas, sin productos patológicos. Niega fiebre termometrada ni clínica a otros niveles.

Refiere que se encuentra a dieta túrmix estricta ya que fue intervenida hace dos meses de una cirugía bariátrica en centro privado. Comenta una pérdida de peso de unos 15 kilogramos desde la intervención y que en los últimos días ha duplicado, por su cuenta, la dosis de IBPs por molestias gastrointestinales.

A la exploración presenta buen estado general, palidez cutáneo-mucosa y normoperfusión. La auscultación cardio-pulmonar es normal. En cuanto al abdomen es blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos hidroaéreos conservados. En miembros superiores destaca rigidez en ambas manos con flexión de dedos e imposibilidad para extensión de los mismos. En miembros inferiores se aprecia cierto grado de rigidez con posibilidad para flexo-extensión de falanges aunque con cierta limitación. No presenta otra focalidad neurológica.

Se realiza una analítica sanguínea donde destacan una hipomagnesemia severa, hipocalcemia moderada e hipopotasemia leve. Resto de bioquímica, hemograma y coagulación básica con parámetros dentro de la normalidad. En el electrocardiograma se objetiva un intervalo QTc de 490 milisegundos (no presente en electrocardiogramas previos), resto dentro de la normalidad. Las radiografías de tórax y abdomen fueron normales.

Ante los cambios en el electrocardiograma y las alteraciones hidroelectrolíticas objetivadas se inicia tratamiento en el servicio de urgencias con sulfato de magnesio y gluconato cálcico. Por otro lado, se suspende el tratamiento con IBPs ante la sospecha de que pueda ser la causa de la clínica y se mantiene a la paciente con monitorización continua.

Se realiza interconsulta con Servicio de Endocrinología quienes ingresan a la paciente a su cargo y continúan con tratamiento endovenoso sustitutivo iniciado en urgencias además de sueroterapia. En sucesivos controles analíticos se objetiva una normalización de los valores de Magnesio y Calcio lo que conlleva a la mejoría clínica de la paciente, desapareciendo paulatinamente las parestesias y tetania. El electrocardiograma de control demuestra una normalización del intervalo QTc. De cara al alta se indica a la paciente suspender tratamiento con IBPs y continuar con tratamiento sustitutivo de magnesio y potasio vía oral.

CONCLUSIONES

El tratamiento crónico con IBPs, a pesar de su amplio perfil de seguridad, puede presentar efectos adversos potencialmente graves como las alteraciones hidroelectroliticas.

Ante una clínica neuromuscular (parestesias, espasmos musculares, convulsiones…), digestiva (vómitos, diarrea…) o cardíaca (QT largo, arritmias…) se debe hacer un diagnóstico diferencial con dichas alteraciones para iniciar un tratamiento sustitutivo de los iones afectos en la mayor brevedad posible. Asimismo, la suspensión del tratamiento con IBPs es necesaria para conseguir una normalización definitiva de los niveles de iones.

Resulta fundamental una estricta monitorización cardíaca durante el episodio agudo por el riesgo de arritmias cardíacas que estas alteraciones pueden producir.

Por otro lado, podría ser aconsejable realizar un control periódico de los niveles séricos de magnesio, calcio y potasio en pacientes con toma crónica de IBPs y que además se encuentren a tratamiento con otros fármacos que disminuyan los niveles de magnesio y potasio.

BIBLIOGRAFÍA

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. Medicina de Urgencias Y Emergencias. 6a ed. Elsevier; 2018.

O. #1284

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS EN FORMATO ELECTRÓNICO EN EL MANEJO AGUDO DEL ESTADO EPILÉPTICO

Ana Aguayo Alba, Laura Caro Redó, Noelia Merchan Encinas, Alfonso Jesús Martínez Martínez, María José Santos Arévalo
Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El Estado Epiléptico (EE) es una emergencia neurológica que requiere un tratamiento rápido y eficaz para reducir la morbimortalidad. La utilización de los fármacos antiepilépticos en la intervención inicial es una recomendación de las guías de práctica clínica. La administración del tratamiento adecuado se asocia con un mejor pronóstico y menos riesgo de complicaciones neurológicas. Sin embargo, no siempre se siguen los protocolos de manejo óptimos, lo que resalta la necesidad de intervenciones como acceder a la información de los protocolos y guías de forma ágil. El acceso a protocolos clínicos actualizados no siempre es factible, especialmente en entornos de trabajo no hospitalarios. La disponibilidad de dispositivos móviles como las tablet o smartphone facilitan el acceso a la información.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la implantación de guías clínicas en formato electrónico accesibles desde la estación clínica de trabajo, en el manejo del EE.

MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal de casos atendidos en el año 2024 con la sospecha diagnóstica de EE. Se analizaron los casos registrados en el aplicativo informático del centro coordinador de emergencias y la estación clínica de los equipos en el terreno. Se diferenciaron los casos en dos grupos, uno previo a la implantación de las guías de las guías clínicas en el nuevo formato (enero-junio) y otro posterior (julio-diciembre). Los datos fueron pseudoanonimizados para su análisis.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se atendieron 4265 crisis comiciales con un total de 103 casos codificados como EE (2,4%), 61 (59,2%) en el primer semestre y 42 (40,8%) en el segundo. Los meses con mayor número de casos fueron enero, febrero y diciembre con el doble de casos que el resto de meses. El 67% eran hombres con una mediana de edad de 50 años (RIC 29). Fueron atendidos en el domicilio el 60%, 19% espacios públicos, 14% como soporte a equipos de atención primaria y otros (7%). El 73,8% (76) tenían antecedentes de epilepsia, de los que 65 tomaban fármacos antiepilépticos de base, el 4,8% eran consumidores habituales de drogas, 3,9% de alcohol y el 10,7% tenían patología orgánica del SNC (neoplasia, ictus). En la valoración inicial, 17,4% estaban conscientes y orientados, 25,7% conscientes (desorientación confusión, estupor) y 56,9% inconscientes. Sufrieron crisis tónico-clónicas 60 (58,2%), 12 (11,6%) ausencias, en el resto (30,2%) no se especificó. El 2,8% requirieron un acceso vascular intraóseo y el 44% fueron trasladados con aislamiento de la vía aérea y ventilación mecánica. El 50,49 (52) recibieron antiepilépticos durante la asistencia, 34,62% (18) administraron Levetirazetam y 65,38% (34) administraron ácido valproico, 93 (90,29%) casos recibieron benzodiacepinas. Los tiempos del proceso asistencial se mantuvieron homogéneos sin diferencias significativas entre períodos (p>0,05), tiempo alerta-activación de la unidad fueron 7,8 minutos (RIC 16), tiempo de asistencia 36,3 minutos (RIC 18) y tiempo total del proceso alerta-llegada a hospital 103 (RIC 37). En el período posterior a la aplicación de las guías, la administración de fármacos antiepilépticos se incrementó (45,8-54,2%, p 0.053), disminuyó la administración de benzodiacepinas (57,4-42,6%, p<0.05) y disminuyeron los requerimientos de intubación orotraqueal (58,3-41,7%, p<0.05).

CONCLUSIONES

Las crisis comiciales son un motivo de consulta frecuente en los sistemas de emergencias. El EE representa una situación grave que requiere intervenciones por unidades de Soporte vital avanzado.
Desde la incorporación del acceso electrónico a los contenidos de guías clínicas y procedimientos de emergencias se observa un cambio en el manejo del EE con un incremento en el uso de fármacos considerados como tratamiento de elección y una disminución de las complicaciones prehospitalarias como la necesidad de aislamiento de la vía aérea.

O. #1301

PREDICTORES DE RECONSULTA EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE CONSULTAN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA

Iván Martín Da Silva, Jesús Ramos Ruiz, Adrián Plaza Díaz, Marta Blázquez Andión, Natalia Sanz López, Ana Juanes Borrego

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las crisis hipertensivas asociadas como Problemas de Salud relacionados con los Medicamentos (PSMs) (eventos asociados a necesidad, eficacia o seguridad de medicamentos) son una causa frecuente de consulta a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH).
Un manejo inadecuado de estos eventos impacta negativamente en la salud del paciente y supone una carga significativa para el sistema sanitario, incrementando los costes asociados a PSMs prevenibles.
A pesar de su relevancia, las características asociadas a las reconsultas en pacientes con PSMs derivados del tratamiento antihipertensivo son limitados.

OBJETIVO

Caracterizar a los pacientes con crisis hipertensivas asociadas a PSMs e identificar los fenotipos clínicos que permitan reconocer aquellos con mayor riesgo de reconsulta a los 30 días.
Evaluar el manejo en un servicio de urgencias (SUH) de los PSMs relacionados con el tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

MÉTODO

Estudio exploratorio, retrospectivo y unicéntrico, desarrollado en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos incluidos en el programa de prevención secundaria Código Medicamento (CM) en el periodo 2021-2022, tras haber consultado el SUH por un PSM relacionado con su tratamiento antihipertensivo como diagnóstico primario o secundario.
Se analizaron las características sociodemográficas de los pacientes, la farmacoterapia en términos de grupo ATC; y la frecuencia de reconsulta a 30 días al SUH.
Se comparó mediante prueba de Chi-Cuadrado las variables cualitativas expresadas en forma de proporción. Las cuantitativas expresadas como media se compararon mediante el test "t" de datos independientes. Se aplicó un modelo de regresión logística multivariable con el objetivo de identificar los factores asociados a la reconsulta a los 30 días.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el período del estudio, 153 pacientes fueron incluidos en el programa Código Medicamento tras acudir al SUH por crisis hipertensivas asociadas a PSMs. El 60,8% (93 pacientes) eran mujeres, con una edad media de 77,2 años (DE: 13,3). Un total de 22 pacientes (14,4%) presentaban un grado de dependencia moderado-grave y 20 (13,1%) tenían algún tipo de deterioro cognitivo.
Entre las comorbilidades más prevalentes, 30 pacientes (19,6%) presentaban fibrilación auricular, 29 (18,9%) insuficiencia renal crónica (IRC) y 27 (17,6%) cardiopatía isquémica. Al inicio del episodio en urgencias, el número de medicamentos crónicos medios por paciente fue de 8,35 (DE: 4,3).
Los grupos más frecuentemente prescritos asociados a la consulta fueron IECA/ARA-II (96 casos; 62,7%), antagonistas de calcio (26, 16,7%) y diuréticos (11; 7,19%). Tras el alta hospitalaria se realizó alguna modificación del tratamiento en 98 pacientes: 47 (30,7%) adiciones, 49 (32,0%) modificaciones y 2 (1,31%) retiradas de tratamiento; únicamente 55 (35,6%) pacientes mantuvieron el tratamiento sin cambios tras la primera consulta al SUH.
Se registraron 24 pacientes (15,7%) con reconsulta a 30 días por cualquier causa, siendo 13 (8,9%) relacionadas con nuevos episodios de hipertensión. En el modelo univariante, se observaron frecuencias significativamente más altas de reconsultas en los pacientes de sexo masculino (OR 4,0 (1,47 – 11,70); p=0,003) y con IRC (OR 3,17 (1,07 – 9,08); p=0,02). El modelo logístico multivariable confirmó la asociación con la reconsulta temprana (p=0,0009 y p=0,012, respectivamente). Se identificó una tendencia hacia un mayor riesgo de reconsulta relacionada con el uso de antagonistas de calcio (p=0,11) y con la falta de adherencia al tratamiento (p=0,12), sin alcanzar significación estadística.

CONCLUSIONES

El 8,9% de los pacientes reconsultó a los 30 días al servicio de urgencias por nuevos episodios de crisis hipertensiva.
Los factores predictivos de riesgo de reconsulta fueron: el sexo masculino y la insuficiencia renal crónica; el tratamiento con antagonistas de calcio y la falta de adherencia mostraron una tendencia no significativa.
Estos resultados remarcan la necesidad de establecer estrategias preventivas sistematizadas para reducir la tasa de reconsulta y la optimización del tratamiento.

O. #1310

LA IMAGEN DETRÁS DE LA CONFUSIÓN: IDENTIFICANDO EL PRESS

Aurora Navarro Regi, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Sara Pérez Cruz, Juan Muñoz-Mingarro Molina, Paula Romero Gallardo, Enmanuel Chirino García

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis desde hace un año. Realizó fístula arterio-venosa húmero-cefálica (FAV H-C) izquierda con derrame pleural masivo y síndrome de vena cava superior secundarios. Estenosis aórtica severa y bloqueo auriculo-ventricular completo con implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) e implantación de marcapasos. Accidente isquémico transitorio reciente en contexto de episodio de desorientación.

Acude al servicio de urgencias por cuadro de desorientación. A su llegada, impresiona de inatento y parcialmente desorientado en espacio. En la exploración neurológica, destaca afasia leve con emisión de palabras de forma fluctuante, mejorando el discurso progresivamente. Se activa código ictus solicitando tomografía computarizada (TC) craneal y angioTC sin hallazgos significativos, siendo el resto de pruebas complementarias anodinas.

Dada la persistencia de la clínica de desorientación, agitación y heteroagresividad, se decide mantener al paciente en observación. Es valorado por Neurología, realizando un video-electroencefalograma que muestra hallazgos que podrían ser compatibles con epilepsia o encefalopatía. Por lo que, dada la ausencia de otros datos que avalen el diagnóstico de encefalopatía, de forma conjunta se decide alta del paciente con Levetiracetam 500 mg cada 12 horas y una dosis extra tras cada sesión de hemodiálisis.

Tras 72 horas, reconsulta por cuadro de desorientación, agitación y alucinaciones visuales sin otra clínica asociada. A la exploración, impresiona de agitado con cierto grado de heteroagresividad, y desorientado en espacio y tiempo. Se solicitan pruebas complementarias con analítica anodina y TC craneal con pérdida de diferenciación subcortical en lóbulos occipitales y parietal izquierdo en probable relación con edema vasogénico, probablemente en el contexto de síndrome de encefalopatía posterior reversible (Síndrome de PRESS (SP)). Se solicita Resonancia magnética (RMN) que confirma el diagnóstico.

Durante su ingreso, asumiendo la relación del SP con el derrame pleural izquierdo secundario a hiperpresión venosa y síndrome de vena cava superior, se decide realizar ligadura de FAV H-C, mejorando el paciente de forma progresiva. Finalmente, por petición del paciente, se decide alta a domicilio manteniendo tratamiento antiepiléptico y control exhaustivo de la presión arterial.

CONCLUSIONES

El SP es un trastorno clínico-radiológico cuyo principal desafío radica en su diagnóstico. Se trata de un síndrome caracterizado por la heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas (aparición aguda o subaguda de cefalea, convulsiones, alteraciones visuales y de la consciencia…) y su similitud con otras patologías. Todo ello dificulta su identificación precisa debido a la ausencia de criterios diagnósticos específicos, generando así, un amplio espectro de diagnósticos diferenciales. La prueba complementaria más específica es la RMN con secuencia de difusión, cuya disponibilidad no está garantizada en todos los centros hospitalarios

Se trata de una patología con un pronóstico generalmente benigno, cuyo tratamiento se basa principalmente en la estabilización del paciente, tratar la causa subyacente y eliminar los agentes agresores.

En consecuencia, es fundamental contar con un conocimiento adecuado de esta entidad para desarrollar un alto índice de sospecha en pacientes susceptibles, considerando tanto los síntomas como la presentación clínica en nuestro diagnostico diferencial de pacientes añosos con alteraciones neurológicas y conductuales.

O. #1375

NO ERA UNA ÚLCERA, ERA UN VOLCÁN: EL CASO DEL ANEURISMA GIGANTE

Geovanna Carolina Masapanta Caiza, Joseline Maritza San Miguel Barros, Blanca Campos Vives, Lara María Montes Andújar

Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva alta secundaria a una lesión subepitelial ulcerada en el fundus gástrico, cuyo origen correspondía a un aneurisma gigante de la arteria esplénica, hallazgo incidental en el estudio de extensión.

Antecedentes

Varón de 52 años, sin comorbilidades asociadas. Antecedente relevante de episodio sincopal en 2014 en relación con bradicardia, en seguimiento por cardiología.

Enfermedad actual

El paciente acude al servicio de Urgencias por distensión abdominal de una semana de evolución, acompañada de dolor epigástrico no irradiado, sin referir pirosis ni reflujo gastroesofágico. Presenta desde hace 48 horas deposiciones melénicas y un episodio sincopal postdefecación con cortejo vegetativo hace 24 horas. Niega consumo de antiinflamatorios no esteroideos ni otras transgresiones dietéticas recientes.

Exploración física

El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, afebril y con saturaciones dentro del rango normal. Presenta buen estado general, consciente y orientado, con palidez mucocutánea. Se encuentra normohidratado y normoperfundido.

Ritmo sinusal, sin soplos audibles.

Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, con peristaltismo conservado, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas ni megalias. No signos de peritonismo. Blumberg negativo.

Tacto rectal: esfínter normotónico, dedil compatible con melenas.

Manejo inicial

Tras confirmar estabilidad hemodinámica, se realiza extracción de analíticas sanguíneas, evidenciando una anemización de 3 puntos con respecto a registros previos recientes (Hb 10,8 g/dL), con hemograma y coagulación en rangos normales y sin alteraciones bioquímicas relevantes. Se inicia tratamiento con infusión de omeprazol en bolo, seguida de perfusión continua.

Se contacta con la Unidad de Endoscopias Digestivas, realizándose una gastroscopia urgente. Se identifica una lesión subepitelial ulcerada en el fundus gástrico (Forrest IIb), sobre la que se efectúa hemostasia con adrenalina y etoxiesclerol, además de toma de biopsias para anatomía patológica.

Evolución

Para completar el estudio de extensión, se realiza ecoendoscopia digestiva alta y tomografía computarizada (TC) de cuerpo entero. El TC evidencia una lesión voluminosa de aproximadamente 12 cm de diámetro máximo, localizada entre la cola del páncreas, el cuerpo gástrico (al cual erosiona) y la arteria esplénica distalmente. Se observan signos de sangrado activo y contenido hemático en su interior, sugiriendo un pseudoaneurisma o aneurisma inestable.

Se inicia un abordaje multidisciplinario con los servicios de Cirugía Vascular, Radiología Vascular Intervencionista y Cirugía General. En primera instancia, se realiza embolización de la arteria esplénica. Posteriormente, debido a la extensión de la lesión y su contacto con el fundus gástrico, se lleva a cabo una gastrectomía parcial, pancreatectomía caudal y esplenectomía con resección del aneurisma.

El informe de anatomía patológica confirma la presencia de un aneurisma verdadero gigante de la arteria esplénica, sin signos de infiltración maligna.

Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento, asintomático y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Este caso permite revisar los principales diagnósticos diferenciales de la hemorragia digestiva alta, resaltando la importancia del aneurisma gigante de la arteria esplénica como causa poco frecuente pero potencialmente letal. Entre los diagnósticos diferenciales de la hemorragia digestiva alta se incluyen:

- Úlcera péptica (gástrica o duodenal)
- Várices esofágicas o gástricas
- Angiodisplasias
- Neoplasias del tracto gastrointestinal (GIST)
- Erosiones gastroduodenales
- Mallory-Weiss
- Fístulas aortoentéricas

El aneurisma esplénico es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta, pero debe considerarse en pacientes con factores de riesgo vasculares o antecedentes de episodios sincopales inexplicados. La revisión de la literatura sugiere que su presentación con hemorragia digestiva es rara, pero puede estar subdiagnosticada.

Se enfatiza la relevancia del abordaje multidisciplinario y el manejo quirúrgico en casos de inestabilidad o riesgo de ruptura. Es crucial la sospecha clínica y la realización de estudios de imagen avanzados para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

O. #1442

DOLOR LUMBAR EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

José Antonio Jiménez García, Francisco Javier Frutos Martínez, Pedro Alarcón Serrano, Beatriz Soler Ruiz, Gloria Aguilera Sánchesz, José María Navarrete Trabalón

Hospital, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual: Mujer de 52 años que presenta dolor intenso, brusco, punzante, localizado en región lumbar, que se irradia hacia nalgas y, seguidamente, hacia ambos muslos. Inmediatamente, nota hipoestesia en ambos pies y sensación de inseguridad con la bipedestación pero pudiendo mantener la deambulación con ayuda de una persona. A lo largo de la siguiente hora percibe debilidad/claudicación progresiva de MMII hasta llegar al punto de presentar una impotencia funcional completa de MMII. No refiere tos ni maniobra de Valsalva previa al episodio. No cambios posturales súbitos ni traumatismos inmediatamente anteriores. No fiebre. Presenta incontinencia urinaria y estreñimiento desde el inicio del cuadro.
Exploración física: Tensión arterial: 136/79 mmHg; Temperatura: 36.3 Grado C°; FC: 86 lpm; SatO2: 96 %; Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploración neurológica: Alerta, funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmo, movimientos oculares externos sin paresia. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas en miembros superiores. Nivel sensitivo a nivel de D10, con afectación simétrica en miembros inferiores (MMII) de la sensibilidad tactoalgésica y posicional: anestesia infrapatelar bilateral e hipoestesia severa hasta ombligo. Hipopalestesia moderada simétrica. Fuerza conservado en MMSS. Fuerza 0/5 en ambos MMII y recto abdomini. Reflejos osteotendinosos ausentes rotulianos y aquíleos. Reflejo cutáneo plantar flexor indiferente bilateral.
Evolución: Se inicia primer bolo de metilprednisolona 1000 mg iv ante la posibilidad de origen inmunomediado. En los siguientes mantiene una paraplejia estable, refiriendo desaparición del dolor con progresiva instauración de hipo/anestesia en ambos MMII y en tronco. Se completa estudio con resonancia magnética (RM) cervical, dorsal y lumbar donde se observa en las secuencias de difusión (DWI) marcada restricción de la difusión en el cono medular, lo que sugiere un origen isquémico agudo. Los análisis hematológicos presentaron resultados normales: hemograma completo, bioquímica sérica, coagulograma y estudio protrombótico. Análisis de líquido cefalorraquídeo, serología y anticuerpos (Anti-Nucleares (Hep-2), ANOES, Onco-Neuronales, Anti - NM IgG (Neuromielitis óptica) negativos. Finalmente, se llega al diagnóstico de infarto medular anterior en territorio dependiente de la arteria de Adamkiewicz de origen ateromatrombótico.

CONCLUSIONES

-El infarto medular habitualmente es el resultado de la isquemia que se origina en una arteria extravertebral. Los síntomas incluyen un dolor dorsal súbito e intenso, seguido inmediatamente por una debilidad flácida bilateral rápidamente progresiva de las extremidades y pérdida de sensibilidad, sobre todo para la termoalgesia.
-Los factores de riesgo vascular más comunes son hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, arteriopatía periférica, diabetes mellitus.
-La exploración física detallada y sistemática es crucial para establecer un diagnóstico preciso, determinar la gravedad del infarto medular y guiar el manejo terapéutico de manera adecuada.
-La Resonancia magnética es la herramienta más útil para confirmar el diagnóstico de infarto medular y diferenciarlo de otras causas de mielopatía. Las secuencias de difusión (DWI) pueden ser especialmente útiles, ya que la restricción en estas secuencias puede ayudar a establecer el diagnóstico de infarto medular de forma precoz. Se puede realizar angio-TC o arteriografía para evaluar la vascularización medular y establecer la etiología del infarto medular.
-El tratamiento del infarto medular sigue siendo controvertido debido a la falta de guías de práctica clínica específicas. En términos de tratamiento específico, se ha sugerido que la administración temprana de corticosteroides y terapia de soporte (control de la tensión arterial y la oxigenación) puede ser beneficiosa en algunos casos, aunque la evidencia es limitada. La rehabilitación temprana y agresiva también puede desempeñar un papel importante en la recuperación funcional. En algunos casos, se puede considerar el uso de terapias de reperfusión, como la trombólisis, aunque la evidencia es limitada.

O. #1452

DE LA ESTÉTICA A LA URGENCIA: UN CASO DE SÍNDROME DE HORNER ASOCIADO A LA DISECCIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA

Sara Pérez Cruz, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Aurora Navarro Regi, Paula Romero Gallardo, Enmanuel Chirino, Juan Muñoz-Mingarro Molina

Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 39 años, sin antecedentes médicos relevantes, intervenida en clínica estética en las últimas 48 horas con inyección de neuromoduladores de toxina botulínica en región frontal y cigomática. Acude al servicio de urgencias por cefalea holocraneal asociada a dolor lateral cervical izquierdo de características mecánicas, sin respuesta a analgesia en las últimas 24 horas. Niega deportes de contacto, fisioterapia cervical o ejercicios que impliquen hiperlaxitud cervical.

A la exploración general, destaca anisocoria con miosis reactiva en ojo izquierdo y ptosis palpebral hasta el borde superior de la pupila izquierda. Agudeza visual normal con fondo de ojo sin alteraciones. Movimientos oculares libres y simétricos, sin signos de diplopía. Simetría facial, sin signos de parálisis facial. Sensibilidad facial intacta. Fuerza muscular por grupos musculares 5/5. El resto de la exploración neurológica es anodina. Se ausculta soplo a nivel de la carótida izquierda.

En la analítica sanguínea no se objetivan elevaciones de reactantes de fase aguda, coagulopatía, alteraciones en el hemograma ni signos de anemización. Test de embarazo negativo. Uroanálisis sin hallazgos relevantes. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 64 lpm.

Ante la sospecha de síndrome de Horner con soplo carotideo izquierdo, se realiza ecografía Doppler a pie de cama, observándose una doble luz arterial en la carótida izquierda (ACI). Se amplía el estudio con Angio-TC cerebral y de troncos supra-aórticos, que confirma la disección de la ACI izquierda (1,2 cm) antes de su entrada intracraneal, sin afectación de la bifurcación carotídea. Se reinterroga a la paciente, quien refiere un traumatismo craneoencefálico en diciembre de 2024 mientras montaba en una atracción infantil.

Se inicia tratamiento con Ácido Acetil Salicílico 100 mg/24h y se mantiene a la paciente en observación en el servicio de urgencias con control tensional estrecho. Se plantea traslado a hospital de referencia, que, ante la ausencia de afectación intracraneal, declina la derivación. A las 12 horas, la paciente comienza con hipoestesia en la región frontal izquierda y cara externa de la pierna izquierda (respetando muslo y pie). Se plantea nuevo traslado a hospital de referencia, que pese a progresión neurológica, opta por manejo conservador.

Durante el ingreso, se asume el diagnóstico de síndrome de Horner en contexto de disección espontánea de la ACI izquierda, manteniéndose la antiagregación. Se amplió estudio con RNM craneal sin evidencias de infarto cerebral agudo y un ecocardiograma transtorácico (ETT) sin hallazgos de daño miocárdico ni alteraciones en la raíz aórtica. La paciente es dada de alta con leve ptosis palpebral izquierda y resolución de la clínica sensitiva, con seguimiento en Neurología.

CONCLUSIONES

El síndrome de Horner, caracterizado por ptosis, miosis, anhidrosis y enoftalmia, es una manifestación clínica de la afectación del nervio simpático. Una causa poco frecuente, pero clínicamente relevante, es la disección de la ACI, una patología que puede comprometer el flujo sanguíneo cerebral y aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular. En la disección de la ACI, la ruptura de la capa íntima arterial forma un hematoma intramural que puede comprimir estructuras adyacentes, incluidas las fibras simpáticas cervicales, causando la clásica tríada de Horner, junto con otros síntomas neurológicos como dolor cervical, cefalea o déficit focal.

Dada su potencial gravedad, el reconocimiento temprano de este cuadro en el contexto de urgencias es fundamental para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

La ecografía Doppler clínica permitió identificar la doble luz arterial, lo que orientó el diagnóstico y permitió un estudio más dirigido, facilitando la toma de decisiones terapéuticas adecuadas, que permitieron prevenir complicaciones graves, como un infarto cerebral. Además, el caso subraya la importancia de considerar la disección de la ACI como una posible causa de síndrome de Horner, incluso en pacientes jóvenes o sin factores de riesgo tradicionales para enfermedad vascular.

O. #1662

ANÁLISIS DE LAS DEMORAS EN LAS ALERTAS A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LOS ICTUS AGUDOS

María Del Mar Escudero Campillo, Carla Montserrat Pera Villar, Cristina Soro Borrega, Susana Montesinos Sospedra, Silvina Rueda López, Enric Sánchez Roig

Sistema d'Emergències Mèdiques, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La atención precoz en el ictus por parte de los equipos de emergencias es crucial, puesto que cada minuto cuenta para minimizar daños cerebrales y mejorar el pronóstico. Una rápida identificación de los síntomas con herramientas como escala RACE permite activar el Código Ictus e iniciar el traslado inmediato al centro adecuado. Puntuaciones >4 en la escala se asocian a mayor probabilidad de obstrucción de gran vaso y mayor gravedad. La coordinación con el centro coordinador y el tratamiento rápido puede reducir las secuelas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La formación continua de los técnicos y la optimización de los tiempos asistenciales son esenciales para garantizar una respuesta eficiente en esa emergencia tiempo dependiente.

OBJETIVO

Analizar el perfil de pacientes con activación del código Ictus y las demoras en la alerta de los pacientes desde el inicio de los síntomas en función de la gravedad medida por la escala RACE.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo que analiza la evolución de los tiempos de atención prehospitalaria en pacientes con diagnóstico de ictus activados como Código Ictus entre 2020 y 2024. Pacientes atendidos con sospecha de ictus, incluidos todos los casos registrados con activación del Código Ictus. Variable dependiente, tiempo entre el inicio de síntomas y alerta en el sistema de emergencias. Variables independientes: Año de atención, edad, sexo, hora de la activación, tratamiento anticoagulante y resultado de la escala RACE. Las fuentes de información fueron los registros electrónicos del centro coordinador de emergencias e informes asistenciales de los equipos de soporte vital básico. Análisis descriptivo: mediana y RIC de los tiempos de atención. Comparación de tiempos con la prueba de Kruskal-Wallis para datos no paramétricos al no seguir una distribución normal.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 35.597 códigos activados por el centro coordinador de emergencias, 45,4% mujeres con una mediana de edad de 75 años (RIC 20). Tenían una RACE<4 el 65% (23245) y >4 el 33,8% (12021). La mediana en la cifra de glucemia en ambos grupos fue de 122 (RIC 50)-126 (RIC 52) y de la tensión arterial sistólica inicial 154 (RIC 40)-153 (RIC 44) (p<0.05). Los pacientes con mayores puntuaciones en la escala RACE tenían cifras de glucemia superiores (32,8-35,7%) (p<0.05). Se recogieron tiempo de inicio de síntomas en 29.887 casos. Por años, excluido en 2020 por el sesgo que generó la pandemia, el tiempo de demora ha pasado de mediana 3:56 horas en 2021 (RIC 22:05) a 3:37 horas en 2024 (RIC 22:20) p<0.013). Los pacientes con puntuaciones <4 tardaron en alertar desde el inicio de los síntomas una mediana de 5 horas y 44 minutos (RIC 22:00), los >4 2h 29 (RIC 22:27) p<0.05). Se observaron diferencias en el tiempo de demora a la alerta según edad, el grupo entre 16-35 y 36-65 años presenta tiempos superiores, 06:51 horas (RIC 22:18) y 4:18 (RIC 21:52) (P<0.05).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes atendidos tienen puntuaciones bajas de la escala RACE. Las diferencias observadas en las variables clínicas no parecen tener una repercusión sobre los pacientes. Todavía se observan importantes demoras entre el inicio de los síntomas y la alerta al sistema de emergencias. Con los años, las demoras se van reduciendo, pero se mantienen elevadas. El grupo de pacientes más jóvenes y en edad laboral presentan mayores demoras en la alerta. Es necesario plantear estrategias poblacionales para conseguir un contacto precoz con los dispositivos asistenciales y reducir las demoras en la alerta.

O. #1746

DOCTORA ME DUELE TANTO LA GARGANTA... NO PUEDO NI TRAGAR SALIVA

Rocío Lorenzo Álvarez, Paula Hermoso Oballe, Lucía Zambrano Serrano, Antonio Narváez Rodríguez

Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez Málaga (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 70 años.
No alergias medicamentosas conocidas.
No hábitos tóxicos.
**Situación basal: Independiente para ABVD. Vive con su marido.
**Antecedentes personales: Hipertensión. Fibrilación Auricular (FA) permanente. Rinoconjuntivitis y bronquitis asmática.
**Tratamiento médico habitual: Sintrom según INR, Enalapril 20mg/ Hidroclorotiazida 12,50mg, Bisoprolol 2,5mg/12h, Symbicort tubuhaler.
**Motivo de consulta: A principios de noviembre, acude a centro de salud por odinofagia, voz gangosa y dificultad para tragar, describen en informe exudado amigdalar por lo que se sospecha amigdalitis pultáce y se le prescribe amoxicilina 750 mg. A las 48h, consulta en hospital por persistencia del cuadro, continuando con misma sospecha diagnostica añaden al tratamiento prednisona. Consulta nuevamente 48h por empeoramiento de la disfagia que según describe le impide incluso deglutir su propia saliva y genera dificultad respiratoria, precisando dormir incluso con dos almohadas. No se objetivó fiebre en ningún momento. La paciente es valorada inicialmente en área de policlínica y pasa a observación para completar estudio.
Exploración:
Expl. neurológica: Glasgow 15, PICNR, pares craneales: I no explorado, visión conservada no borrosa ni visión doble, movimientos oculomotores conservados sin desviación de la mirada, sensibilidad facial y craneal conservada, incapacidad para arrugar la frente (VII par) con movilidad facial a nivel de pómulos y labios conservada, audición y equilibrio conservados, incapacidad para la movilidad lengua y escasa de la faringe con leve elevación del paladar blando (afectación del IX y XII pares). No presenta afectación de MMSS o MMII sin déficit motor o sensitivo.
Ante la alta sospecha de neuropatía desmielinizante aguda tipo S. Guillain-Barre con afectación bulbar, se propone punción lumbar que arroja lo siguientes datos: Glucosa 91, Proteínas totales 43.3, Hematíes 10, Leucocitos 5. Se han solicitado cultivos y pruebas serológicas para virus en LCR y bandas oligoclonales (en suero y LCR). Se contacta con neurología que coincide con sospecha diagnostica e indica ingreso para tratamiento con inmunoglobulinas (IG) intravenosas.
**Evolutivo: Ingresa inicialmente a cargo de Medicina Interna. Tras la administración de la primera dosis y en las primeras horas de ingreso presenta evolución desfavorable con disartria grave, mal manejo de secreciones con sospecha de broncoaspiración y claudicación respiratoria, requiriendo intubación orotraqueal emergente e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos durante 5 días, tras este episodio, regresa a planta de medicina interna donde con la administración de IG se percibe mejoría clínica recibiendo alta a domicilio.
Cinco días más tarde, re-aparece la clínica con imposibilidad para deglutir agua y clara clínica de fatiga, por lo que ingresa en hospital de tercer nivel a cargo de Neurología, reiniciando tratamiento con inmunoglobulinas y resultando positivos los anticuerpos anti-Acetilcolina.
**Diagnóstico final: Miastenia Gravis con afectación bulbar. Crisis miasténica.

CONCLUSIONES

La Miastenia Gravis (MG) es un trastorno neuromuscular autoinmune caracterizado por una debilidad que es generalmente fluctuante y suele empeorar a final del día. Puede afectar a los músculos oculares, bulbares, de extremidades y/o respiratorios.
La MG con afectación bulbar se considera una MG generalizada y se manifiesta como debilidad de los músculos orofaríngeos (responsables de la disartria y disfagia), y afectación de la expresión facial (imposibilidad para corrugar la frente).
La MG con afectación bulbar constituye un importante factor de riesgo para el compromiso respiratorio debido al alto riesgo de episodios de bronco-aspiración.
Bibliografía: Shawn J Bird, MD. Clinical manifestations of myasthenia gravis. En UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso 17 de Febrero 2025)

O. #1871

DEL BOX CONDUCTUAL A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: POTOMANÍA CERVECERA

Patricia López Tens, Alejandra Blanco García, Luis Prieto Lastra, María Soledad Díaz-Rivavalverde Arozamena, Susana Quintanilla Cavia, Laura Torres Pallares

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander - Cantabria, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 51 años que fue traída por Soporte Vital Avanzado, activando Box Conductual por agresividad y agitación. Antecedentes de Valvulopatía Mitral y Osteoporosis en tratamiento con Bifosfonatos. La paciente inició un cuadro brusco de comportamiento extraño, con inquietud psicomotriz, lenguaje ilegible y repetitivo, paseos automatizados, agresividad y autogolpes contra la pared. Toma previa de 3 cervezas y un Diazepam por lumbalgia aguda. Valorada inicialmente por Urgencias de Atención Primaria en domicilio, aplicando Midazolam intranasal y Haloperidol para contención y traslado involuntario.

A su llegada a Urgencias, la hermana nos indicó que desde hacía unos meses, presentaba clínica ansioso depresiva con algún episodio de ideación autolítica. Además, nos describían una marcha inestable, con aumento de la base de sustentación, temblor y mirada perdida asociada al cuadro mencionado.

En la valoración inicial, tensión arterial de 107/68 mmHg, frecuencia cardíaca de 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto, afebril y con escala de coma de Glasgow de 14 puntos por tendencia al sueño. A la exploración, muy temblorosa, sudorosa, dificultad para emisión del lenguaje sin clara disartria ni afasia, rigidez muscular generalizada. Normocoloreada. Normohidratada y Normoperfundida. A nivel de cabeza y cuello, boca seca, sin aumento de presión venosa yugular ni adenopatías. La auscultación cardíaca y pulmonar y la exploración de abdomen resultaron anodinas. Extremidades sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda, con pulsos pedios presentes y simétricos. En la exploración neurológica, presentaba pupilas con mínima anisocoria normorreactiva. Bradipsiquia. Obedecía órdenes sencillas con intoxicación con órdenes complejas que impresionaba más de inatención. Disminución de la fuerza de ambas extremidades inferiores con sensibilidad normal. Marcha no valorable por contención mecánica y farmacológica.

Se realizó una analítica inicial por sospecha de síndrome confusional orgánico ante ausencia de antecedentes psiquiátricos y hallazgos exploratorios. Realizamos un gasometría venosa inicial con un PH de 7:45 y una hiponatremia de 115 mEq/l confirmada posteriormente en la bioquímica, con asociación de Osmolaridad plasmática de 241 mOsm/Kg, Cloro 82 mEq/l. Hemograma y coagulación dentro de parámetros de normalidad. Elemental y sedimento sin alteraciones. Bioquímica en orina con Osmolalidad de 58, Sodio <10, Potasio 16. Tóxicos en orina negativos.

Tras hallazgos, se caculó el déficit de sodio (687 mEq) y se inició corrección con suero salino hipertónico 3% (SSH)

CONCLUSIONES

Por lo tanto, tenemos un diagnóstico de Hiponatremia Hipotónica grave con alteración del nivel de consciencia, donde se recomienda una intervención rápida en la primera hora, independientemente del tiempo de evolución, mediante la infusión intravenosa de 150 ml de SSH 3% o equivalente en 20 minutos. Se debe medir la natremia cada 20 minutos con un objetivo de aumento de 5 mmol/L. Además se recomienda monitorización del proceso. Se debe tener en cuenta también que la recuperación de los síntomas neurológicos no va pareja a la normalización de las cifras de natremia. También debemos tener en cuenta, que si hay hipopotasemia, la corrección de la misma, contribuye al aumento de la natremia.

Además, se debe iniciar la búsqueda la posible etiología, así como suspensión de fármacos o factores sospechosos.

En el caso de nuestra paciente, la osmolaridad baja en la orina, nos hizo plantearnos diagnósticos alternativos a nuestro algoritmo habitual, con un diagnóstico final de potomanía de cerveza secundaria a problemas laborales. Nuestro caso viene a ser un ejemplo de esta etiología atípica de hiponatremia que ha de tenerse en cuenta por su potencial gravedad y desconocimiento, que es fácil que pase desapercibida, con sus posibles consecuencias y su posibilidad de repetirse si no se modifica la conducta del paciente con hábito enólico

P. #24

UN DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO

Nuria Almeida Molina, Ángela María Nieto González, María Eugenia López Gómez, Fermín Talavera Díaz Alejo, Pablo Sánchez Sayago

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 51 años que acude a Urgencias por dolor abdominal.
Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora activa, sin otros hábitos tóxicos. Úlcera gástrica tratada. Atrofia de nervio óptico en ojo derecho secundaria a papilitis (ojo amaurotico). Enfermedad de Von Wilebrand (EWV). Síndrome depresivo con ataques de pánico.
Antecedentes quirúrgicos: dedo martillo izquierdo, varices.
Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo. Vive en casa con familia.
Tratamiento: desloratadina oral 5 mg/24h, dexametasona colirio 1mg/mL/24h, dexketoprofeno 25mg/12h, clonazepam 0,5mg/8h, zolpidem 10mg/24h, rabeprazol 20mg/24h, escitalopram 10mg/24h, flurazepam 30mg/24h.
Motivo de consulta: mientras dormía, sufre acceso de tos e inmediatamente después comienza de forma brusca con dolor intenso localizado en hipocondrio izquierdo (HCI), a punta de dedo, y sensación de "ardor intenso" que irradia hacia fosa ilíaca.

OBJETIVO

Tras llevar a cabo anamnesis y exploración, se realiza diagnóstico diferencial con varias entidades como la gastroenteritis aguda, diverticulitis aguda,
disección aórtica, neoplasias o cuadros conversivos mediante sintomatología y pruebas complementarias solicitadas a continuación.

MÉTODO

Exploración física: presión arterial (PA): 160/90 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 102 lpm, FR 22, saturación de oxígeno 99%, temperatura 36.2°C. Consciente, alerta, colaboradora y en regular estado general, intranquilidad motriz atribuida al dolor, diaforética, adecuada coloración mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos y taquicárdica, murmullo vesicular conservado. Abdomen: no distendido, con RHA+, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco izquierdos sin signos de irritación peritoneal y con masa palpable en dicha zona.
Evolución: se inicia analgesia con dexketoprofeno, diazepam y meperidina con mal control de dolor. En pruebas complementarias, anemización de 2 g/dl de hemoglobina (de 15 a 13 g/dl), siendo el resto anodino. Se realiza TC evidenciando colección hiperdensa en el espesor del músculo recto abdominal izquierdo compatible con hematoma agudo con datos de sangrado activo. Dada la estabilidad hemodinámica, la anemización leve, el sangrado puntiforme y el antecedente de EVW leve, se decide junto con el servicio de radiología intervencionista y hematología manejo conservador e inicio de desmopresina intravenosa (0.3 mcg/kg) y ácido tranexámico, con adecuada evolución y cese del sangrado, repitiéndose la dosis de desmopresina a las 12 horas. Ingresa en medicina interna con alta a las 96 horas y seguimiento en consultas de hematología.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Diagnóstico final: Hematoma espontáneo de recto anterior izquierdo con datos leves de sangrado activo en el contexto de tos y EVW leve.
Discusión: El hematoma espontáneo de los músculos rectos anteriores (HERA) es una afección poco común pero potencialmente grave que se manifiesta como sangrado en el vientre muscular debido a daños en las arterias epigástricas o desgarros musculares directos. Se estima una mortalidad del 4%, la cual aumenta al 25% en pacientes anticoagulados, y es más común en mujeres. Los factores de riesgo incluyen trauma abdominal, cirugía, anticoagulación, tos intensa, embarazo, hipertensión y trastornos de coagulación. Clínicamente se presenta como abdomen agudo con masa palpable en el contexto de factores predisponentes y con anemia o shock hipovolémico en los casos más severos sangrado activo, además de la estabilización hemodinámica, debe valorarse la embolización selectiva de la arteria responsable por radiología intervencionista. En pacientes con EVW, la desmopresina juega un papel importante aumentando los niveles de factor de Von Willebrand (FVW) y factor VIII (FVIII). Se administra por vía intravenosa, subcutánea o intranasal y aumenta los niveles de VWF y FVIII de 2 a 4 veces en 30-60 minutos, pudiendo repetirse cada 12-24 horas.

CONCLUSIONES

Conclusiones: HERA debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con abdomen agudo y masa abdominal palpable, especialmente si tienen factores predisponentes. En nuestro caso, la paciente presentaba dos factores predisponentes: la EVW y un episodio de acceso de tos.

P. #60

¿ES POR EL CONTENIDO O POR EL CONTINENTE DEL VASO?

María Gijón Rodríguez, Carlota Higueras Sánchez, María José Palomo Reyes, Luis Enoc Minier Rodríguez, Patricia Martínez Soria, Irene Corral Flores

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 83 años, con antecedentes de interés de: alergia a a quinolonas, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y vasculitis ANCA antiMPO con afectación renal, cutánea y articular con debut en 2017.
Describe cefalea occipital opresiva y mareo tipo inestabilidad de 4 días de evolución, motivo por el cuál pautan en su centro de salud tizanidina 4 miligramos. Tras su ingesta, el paciente debuta con disartria de una hora de evolución con resolución espontánea.
Acude a Urgencias por presentar nuevo episodio de disartria e inestabilidad durante la mañana, autolimitado, estando asintomático a su llegada al hospital. Además, cuadro gripal hace un mes, consistente en tos seca y artralgias generalizadas, que se resolvió tras toma de antibioterapia y corticoides.
La exploración física, es anodina por aparatos, excepto por la presencia de una lateralización hacia la izquierda con la marcha en tándem.
En primera instancia y con la clínica descrita, al encontrarnos en un servicio de Urgencias, realizamos una Tomografía Axial Computarizada craneal (TAC) urgente para descartar la presencia de un accidente cerebrovascular, sospechando que la clínica pueda tratarse de un accidente cerebrovascular transitorio (AIT).
Ante TAC sin alteraciones agudas reseñables y repasando los resultados de la analítica sanguínea solicitada, donde destaca una franca elevación de reactantes de fase aguda (PCR 177, fibrinógeno 833) con leucocitosis, esta primera sospecha, pasa a un segundo plano.
Uniendo estos datos al principal antecedente de nuestro paciente (vasculitis ANCA MPO) y su última visita a Urgencias hacía dos semanas, donde consultó por clínica respiratoria y articular que mejoró con corticoterapia, sospechamos la posibilidad de encontrarnos ante un nuevo brote de vasculitis, justificando que la clínica neurológica podía deberse afectación de pequeño vaso cerebral.
Se inicia en Urgencias tratamiento con corticoides intravenosos a dosis altas (1mg por kilo de peso del paciente y se decide ingreso en Medicina Interna con el diagnóstico de brote de vasculitis ANCA-MPO.
Con el paso de los días y el tratamiento iniciado, unido a Rituximab, el paciente mejora de forma considerable, atribuyendo que esta clínica neurológica, a pesar de la escasa frecuencia con la que las vasculitis ANCA-MPO afectan al sistema nervioso (de un 4 a un 7% de los casos), se relacionaba con un nuevo brote de la enfermedad de base del paciente.
Sin embargo, como parte del estudio durante la hospitalización, se realizó una Angio-Resonancia donde se visualizó una imagen lacunar de aspecto subagudo tardío adyacente al asta occipital derecha, compatible con una lesión isquémica, que presumiblemente fue la culpable de la clínica neurológica por la que nuestro paciente consultó a Urgencias.
Así el diagnóstico final al alta fue: posible brote de vasculitis ANCA-MPO
(continente) y accidente cerebrovascular (contenido).

CONCLUSIONES

Este caso, invita a reflexionar sobre la importancia de hacer una buena anamnesis e investigación ardua de los antecedentes médicos de nuestros pacientes; así como de realizar un diagnóstico diferencial completo, discernir aquellos que son más frecuentes y permiten dar una explicación a todos los signos y síntomas que presentan los enfermos.
Además, un único paciente, puede tener varios diagnósticos simultáneos como muestra nuestro caso.
La importancia de la primera impresión, deberíamos tenerla en cuenta, como se ha demostrado en el caso expuesto.

P. #72

DEBUT DE EII Y PIODERMA GANGRENOSO EN URGENCIAS

Paula Romero Gallardo, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Enmanuel Chirino García, Aurora Navarro Regi, Sara Pérez Cruz, Juan Muñoz-Mingarro Molina

Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes relevantes, acude al servicio de urgencias por cuadro de 2-3 meses de evolución caracterizado por: Diarrea crónica: 5-6 deposiciones diarias (líquidas, marronáceas, sin moco ni pus), con episodios nocturnos y ocasionales rastros de sangre. Dolor abdominal: Localizado en hipogastrio, tipo cólico, que mejora tras la deposición. Síndrome constitucional: Pérdida ponderal de 9 kg, hiporexia y astenia significativa. Úlceras cutáneas: Lesiones en miembros inferiores de inicio ampolloso, no dolorosas, que evolucionan a úlceras con fondo blanquecino y tejido de granulación.

En urgencias, se inició tratamiento sintomático con probióticos, IBP y suero oral, y se solicitó colonoscopia debido a la presencia de anemia microcítica (Hb 10.9 g/dL) y PCR elevada (92 mg/L). Inicialmente se le da el alta para seguimiento por su médico de atención primaria.

El paciente vuelve a urgencias días después por persistencia de los síntomas, fiebre (máxima de 37.8 °C) y progresión de las úlceras cutáneas (cara interna del pie derecho, talón izquierdo y región pretibial izquierda). En la exploración física destaca: Úlceras no dolorosas de 1-5 cm con eritema perilesional sugerente de celulitis. Ausencia de edemas, artralgias, signos de uveítis u otros hallazgos relevantes.

Pruebas complementarias iniciales descartan infecciones activas (coprocultivo negativo, PCR COVID-19 negativa, PCT normal) y revelan persistencia de anemia microcítica (Hb 10 g/dL) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 143 mg/L).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ante este cuadro clínico, se establecen como principales hipótesis:

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): Síntomas digestivos y úlceras cutáneas como manifestación extraintestinal (probable pioderma gangrenoso). Otras como neoplasia digestiva, vasculitis o enfermedad autoinmune, alguna causa infecciosa como: TBC, parasitosis o infecciones locales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante el ingreso se realizaron varias pruebas las cuales fueron necesarias para el diagnóstico final. Biopsia cutánea: Confirma que era un pioderma gangrenoso. Colonoscopia: Donde finalmente confirmó enfermedad inflamatoria intestinal.

Se trató en urgencias con Amoxicilina-clavulánico, analgesia IV y curas de úlceras. Pero posteriormente y durante el ingreso se decide comenzar tratamiento con prednisona, además de curas locales en las úlceras.

CONCLUSIONES

El caso presentado sugiere el debut de una enfermedad inflamatoria intestinal (probablemente enfermedad de crohn o colitis ulcerosa) asociada a pioderma gangrenoso como manifestación extraintestinal. El pioderma gangrenoso, aunque infrecuente, se vincula a menudo con estas patologías y se caracteriza por úlceras necróticas con bordes violáceos. El diagnóstico definitivo requiere colonoscopia con biopsia y confirmación histológica. El tratamiento debe abordar tanto la inflamación intestinal como el manejo específico del pioderma, utilizando corticosteroides sistémicos y, en casos graves, inmunosupresores o terapias biológicas.

P. #74

SÍNDROME DESCOMPRESIVO DEL BUCEADOR: CASO CLÍNICO EN URGENCIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Paula Romero Gallardo, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Enmanuel Chirino García, Sara Pérez Cruz, Aurora Navarro Regi, Juan Muñoz-Mingarro Molina

Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés, acude a Urgencias por un cuadro de parestesias en manos y piernas, acompañado de sensación de rigidez muscular en las últimas 2 horas. La paciente refiere mareo leve, sin giro de objetos (tipo balanceo), y niega disnea, hábitos tóxicos, cambios en la alimentación o inicio de nueva medicación. No se observan déficits motores en el examen físico. Ante una paciente joven con estos síntomas, se consideraron varias hipótesis diagnósticas iniciales, como un posible debut de esclerosis múltiple, alteraciones electrolíticas u otras causas neurológicas o metabólicas. Posteriormente se le preguntó sobre actividades recientes. Es entonces cuando la paciente menciona haber realizado un viaje en coche desde Almería a Madrid, pasando por el puerto de montaña de Despeñaperros. Además, comenta que ese mismo día realizó una inmersión con botella a 30 metros de profundidad en aguas de 18°C, aproximadamente 6 horas antes del inicio de los síntomas y que durante el ascenso en la inmersión el ordenador de buceo falló no pudiendo hacer las paradas de seguridad correctamente hasta llegar a la superficie. En la exploración física y neurológica, destacó al realizar la otoscopia que el tímpano derecho estaba perforado, con restos hemáticos, sin signos de dolor. El resto de exploración sin hallazgos patológicos. La paciente presentó constantes estables, con saturación de oxígeno del 98% y sin signos de insuficiencia respiratoria. La analítica sanguínea y el ECG mostraron parámetros dentro de la normalidad.

Sospecha inicial: Ante la historia de inmersión reciente y los síntomas neurológicos leves, se consideró como principal diagnóstico el síndrome descompresivo del buceador. Es una patología que afecta a los buceadores tras una inmersión profunda, debido a la descompresión rápida que provoca la formación de burbujas de gas en el cuerpo. Los síntomas pueden variar desde parestesias hasta complicaciones graves, dependiendo de la profundidad y la duración de la inmersión. Hay varios patrones de presentación Tipo I: Síntomas leves, como parestesias o dolor en las articulaciones. Es el patrón más frecuente y el que presentaba nuestra paciente. Tipo II: Síntomas más graves, que incluyen afectación neurológica (como parálisis) o signos respiratorios (como dificultad para respirar). Este tipo requiere tratamiento más urgente. Tipo III: Afectación generalizada grave, que puede comprometer órganos como el corazón, el cerebro o los pulmones. Es el patrón más raro pero más peligroso.

El diagnóstico del síndrome descompresivo se basa principalmente en la historia clínica y los síntomas del paciente, que incluyen parestesias, mareo, dolor muscular y articular. El manejo Inicial con esta paciente fue administrar oxigenoterapia ya que la administración de oxígeno al 100% sirve para acelerar la eliminación de burbujas de nitrógeno y reducir la inflamación en los tejidos. Y posteriormente se realizó una ITC al hospital de referencia. Mientras se realizaba esta gestión, se mantuvo en observación donde se realizó una monitorización hasta la derivación al centro con cámara hiperbárica.

CONCLUSIONES

Este caso muestra la importancia de la anamnesis en consulta y de un diagnóstico precoz del síndrome descompresivo. La exploración física normal en este caso no descartó la patología, ya que los síntomas iniciales como parestesias pueden ser indicativos de descompresión. La administración temprana de oxígeno y la derivación a un centro con cámara hiperbárica son claves para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente.

P. #96

CUANDO LA SERTRALINA SE CONVIERTE EN ENEMIGO

Marina Pérez Fagundo, Marina Flores Navas, María De Los Ángeles Moreno Díaz

UDMAFyC Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones por psicofármacos son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. En este contexto, la sobreingesta de antidepresivos, asociada a consumo de alcohol y drogas, puede desencadenar complicaciones graves. Presentamos el caso de un paciente varón que acude a Urgencias tras la ingesta de psicofármacos y tóxicos, presentando un cuadro clínico compatible con una reacción adversa significativa como es el síndrome serotoninérgico.

OBJETIVO

Describir el manejo clínico de un paciente con intoxicación medicamentosa asociada al consumo de sustancias, resaltando la importancia de la exploración detallada y la sospecha diagnóstica ante síntomas compatibles con alteraciones neurológicas y autonómicas.

MÉTODO

Paciente varón de 46 años, con antecedentes de EPOC, consumo crónico de alcohol y episodios previos de consulta en Salud Mental, que es traído a urgencias por ingesta medicamentosa voluntaria de lorazepam y sertralina (sin saber especificar hora y cantidad). Refieren consumo concomitante de cocaína y alcohol.

A la exploración el paciente presenta somnolencia, disartria y temblor peribucal. Temperatura 38,1° con sudoración profusa. TA 160/97. Saturación 02 basal 97%, frecuencia cardíaca 81lpm.

A la exploración neurológica destaca midriasis, clonus ocular y temblor en reposo principalmente en miembros inferiores. Auscultación cardio-pulmonar normal, abdomen anodino y miembros inferiores anodinos.

Se realiza analítica de sangre donde se objetiva creatinina 1.00, FG 90, AST 61 y ALT 129, CK 272, Hb 14.1, plaquetas 272, resto anodino. Coagulación en rango, Gasometría venosa en rango.

El paciente pasa a área de Observación para monitorización y tratamiento. Se retira fármacos implicados, se realizan medidas de soporto con control de la hipertermia e hidratación intravenosa, y se inicia tratamiento con benzodiacepinas. En área de observación el paciente comienza a presentar mejoría clínica, por lo que no se realiza escalada terapéutica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El cuadro clínico presentado por el paciente es compatible con intoxicación aguda mixta, probablemente agravada por la sobreingesta de Sertralina. La presencia de hipertermia, clonus ocular, temblor y síntomas autonómicos como enrojecimiento y sudoración profusa, nos orientan hacia el diagnóstico de síndrome serotoninérgico leve/moderado. Este síndrome es una complicación potencialmente grave de la sobredosis de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina, y se potencia con la interacción de otras sustancias serotoninérgicas, alcohol y drogas estimulantes como la cocaína.

Este caso clínico nos demuestra la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física ante una intoxicación medicamentosa en un paciente, así como de realizar un abordaje multidisciplinar y poner énfasis una valoración completa tanto neurológica como autonómica, pudiendo descartar complicaciones graves como la que hemos visto.

CONCLUSIONES

Este caso clínico destaca la importancia de realizar una anamnesis exhaustiva y una exploración clínica detallada en paciente con intoxicación medicamentosa y por tóxicos, ya que síntomas sutiles como el clonus ocular o el temblor pueden ser clave para identificar reacciones adversas graves, como el caso del síndrome serotoninérgico. Tener este tipo de complicaciones presente es fundamental, sobretodo en contexto de consumo combinado de fármacos con tóxicos, ya que estas relaciones pueden potenciar efectos tóxicos y agravar los cuadros clínicos. Reconocer estas situaciones a tiempo permite instaurar un tratamiento adecuado y prevenir complicaciones potencialmente mortales.

P. #98

DOCTOR ME DUELE EL CUELLO

Marina Pérez Fagundo, Marina Flores Navas, María De Los Ángeles Moreno Díaz

UDMAFyC Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

El hematoma epidural cervical espontáneo es una causa infrecuente de emergencia neurológica, caracterizada por compresión medular aguda secundaria a una acumulación de sangre en el espacio epidural. Su diagnóstico precoz es crucial, dado que la evolución neurológica puede ser rápidamente progresiva y potencialmente devastadora. La crisis hipertensivas representan un factor de riesgo desencadenante conocido, aunque su frecuencia sigue siendo baja.

OBJETIVO

Resaltar la importancia del manejo, diagnóstico precoz y derivación urgente en caso sospecha de hematoma epidural cervical espontáneo.

MÉTODO

Paciente varón de 63 años, fumador, con antecedentes de EPOC, sin alergias conocidas. Acude a Urgencias por inicio súbito de dolor cervical irradiado a hombro derecho, seguido de parestesias en hemicuerpo derecho. Durante su estancia en sala de espera comienza con pérdida progresiva de fuerza en hemicuerpo derecho. Se activa código ictus y pasa al paciente a cuarto de críticos. Durante la exploración el cuadro neurológico se agrava, comenzando a presentar sensación de parestesias en hemicuerpo izquierdo y hemiparesia marcada en hemicuerpo derecho.

A la exploración inicial el paciente presenta hipertensión severa con cifras 220/120 mmHg, frecuencia cardíaca 63lpm, Saturación oxigeno basal 97%. Consciente y orientado. Eupneico en reposo, buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal. A la exploración neurológica en paciente presenta pérdida de fuerza en miembro superior derecho 3/5 a nivel proximal y distal y en miembro inferior derecho pérdida de 2/5 a nivel proximal y 0/5 a nivel distal, hiperreflexia en hemicuerpo derecho y reflejo cutáneo plantar extensor ipsilateral. Presenta, además, hipoestesia táctil ende dedos de ambas manos. No dismetría.

Se indica tratamiento para la emergencia hipertensiva con labetalol y se solicitan pruebas complementarias ante la sospecha de cuadro neurológico de origen central.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Analítica sin alteraciones relevantes, Hb 15.9, leucocitos 12000, plaquetas 151000, coagulación en rango, glucemia 112, urea 28, creatinina 0.98, iones normales, troponinas 9.5, LDH 206. PCR<4. Electrocardiograma donde se objetiva bradicardia sinusal a 52 latidos por minuto, QRS estrecho, elevación del punto J v1-v3 similar a previo de 2022.

Se realiza TAC cráneo donde no se objetivan alteraciones y TAC cervical-toraco-abdominal con contraste donde se objetiva gran hematoma epidural en saco dural desde C2 hasta T3, que condiciona una estenosis significativa de cordón de predominio C6, con probable foco de sangrado activo arterial a dicho nivel. Estos sugieren ruptura vascular epidural secundaria a crisis hipertensiva. Dado estos hallazgos se contacta con Neurocirugía de hospital de referencia, que indica traslado urgente para intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del hematoma epidural espontáneo plantea varios desafíos debido a su baja incidencia y presentación inicial inespecífica, frecuentemente atribuida a otras causas de dolor cervical o déficit neurológico. La crisis hipertensiva como mecanismo desencadenante resalta la necesidad de control adecuado de la presión arterial en pacientes con factores de riesgo. En este caso, la rápida progresión del cuadro neurológico y la identificación del punto de sangrado activo destacan la importancia de un diagnóstico radiológico temprano para guiar el manejo definitivo.

La sospecha de hematoma epidural espinal espontáneo es crucial en pacientes con dolor cervical, dorsal o lumbar y clínica neurológica progresiva concordante, especialmente en presencia de factores de riesgo vasculares. Reconocer tempranamente esta entidad permite una intervención diagnóstica y terapéutica rápida, fundamental para evitar secuelas neurológicas irreversibles y optimizar el pronóstico funcional del paciente.

P. #107

IMITADORES DEL ICTUS: UN RETO PARA LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Gemma Rovira Marcelino[1], Marius Sánchez Satorra[2]

1. Sistema Emergencias Médicas, Barcelona, España
2. Hospital Germans Tries i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

El ictus es una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento rápido, pero su presentación clínica puede ser mimetizada por diversas condiciones. El diagnóstico diferencial entre ictus verdadero e ictus mímico es fundamental para evitar intervenciones inadecuadas y proporcionar el tratamiento adecuado. Los "imitadores" del ictus incluyen trastornos como convulsiones, migrañas, trastornos funcionales neurológicos y alteraciones metabólicas, entre otros. Valorar correctamente las causas reversibles a nivel extrahospitalario para un tratamiento precoz puede favorecer la evolución clínica de estos pacientes.

OBJETIVO

Paciente masculino de 71 años, con DM2 mal controlada, factores de riesgo cardiovascular, IRC y SAHS. Se alerta al SEM para valoración de paciente inconsciente después de 48h sin contacto con familiares. Clínicamente presenta desviación oculocefálica derecha con pupilas mióticas arreactivas y hemiparesia en el lado izquierda . Constantes TA 128/80, 90 lpm, saturación 97%, temperatura 37,2 °C, glucemia HIGH. Se inicia insulinoterapia sin respuesta clínica y se procede a IOT por GCS 8. La presentación clínica inicialmente sugirió un ictus, pero la tomografía computarizada (TC) cerebral fue normal. Al realizarse un examen metabólico y un análisis de gases sanguíneos, se encontró una acidosis metabólica severa con una cetonuria significativa, lo que llevó al diagnóstico de cetoacidosis diabética. Tras iniciar el tratamiento con líquidos intravenosos y corrección de la cetoacidosis, los síntomas neurológicos se resolvieron completamente, confirmando que la cetoacidosis había mimetizado un ictus. A pesar de ello el paciente fue exitus debido a sus complicaciones.

MÉTODO

Discusión a partir de caso clínico

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La cetoacidosis diabética(CAD) puede presentar manifestaciones neurológicas, como debilidad focal, alteración del estado mental y signos de hemiparesia, que pueden confundirse con los de un ictus. La causa subyacente de los síntomas neurológicos en la CAD es compleja e involucra alteraciones metabólicas, como la deshidratación, los trastornos electrolíticos y la acidosis, que pueden afectar la función cerebral de manera similar a un accidente cerebrovascular. El diagnóstico diferencial temprano es crucial, ya que la cetoacidosis requiere un enfoque terapéutico distinto al ictus, centrado en la corrección de los desequilibrios metabólicos. Es esencial considerar la historia clínica del paciente y realizar estudios de laboratorio completos para evitar diagnósticos erróneos.

CONCLUSIONES

Es importante descartar causas tratables de ICTUS a nivel extrahospitalario para prevenir complicaciones a largo plazo

P. #114

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITIORIO DE ORIGEN CARDIOEMBÓLICO: FIBROELASTOMA MITRAL

María Del Carmen Maldonado Ramos[1], Ana María Bernabé Sánchez[2]

1. Servicio Urgencias Hospital Universitario Poniente, El Ejido, España
2. Servicio Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 74 años que consulta en Urgencias Hospitalarias por episodio de disartria y hemiparesia derecha de 20 minutos de duración, de inicio y cese bruscos, mientras estaba sentada viendo la televisión, hace 24 horas. Relata, a su vez, un episodio de disartria de unos 10 minutos de duración, de inicio y cese bruscos también hace una semana, por el que no consultó.

Se trata de una paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria con antecedentes médicos de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Celíaca con buen control. En su tratamiento crónico figuran Enalapril 20mg/24h junto con Metformina 1000mg/12h y dieta exenta de gluten.

A la exploración física destacan Tensión Arterial (TA) 159/92 mmHg, Frecuencia Cardiaca (FC) 88 latidos por minuto, Temperatura 36.3°C. Glucemia capilar 129 mg/dl. No se objetivan alteraciones a nivel neurológico ni ausculatorio cardiopulmonar.

Se solicita electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax pósteroanterior y lateral así como analítica sanguínea, sin alteraciones. En Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal sin contraste intravenoso no se objetivan datos de patología intracraneal aguda.

Ante dos episodios de accidente isquémico transitorio (AIT) en el plazo de una semana, siendo el último de ellos de riesgo alto (Escala ABCD2 seis puntos) en paciente con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) se decide iniciar tratamiento antiagregante con Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg/24h y Clopidogrel 75mg/24h así como ingreso hospitalario.

Durante el ingreso se realiza ecografía Doppler de troncos supraaórticos y Holter ECG sin alteraciones. En ecocardiograma (transtorácico y transesofágico) realizado se objetiva "masa redondeada, móvil, de unos 10 mm de diámetro, sobre la válvula mitral, compatible con fibroelastoma". Ante el hallazgo de dicho tumor cardiaco como posible foco embolígeno causante de los AITs que está padeciendo la paciente, se deriva a Cirugía Cardiovascular de Hospiral de referencia para resección quirúrgica del mismo, realizándose sin complicaciones.

El fibroelastoma cardiaco, considerado el segundo tumor cardiaco más frecuente (seguido del mixoma) constituye una entidad poco frecuente. Predomina su disposición sobre las válvulas cardiacas izquierdas. Su principal forma de presentación es durante el estudio etiológico de ictus isquémicos y accidentes isquémico transitorios o bien de forma incidental en ecocardiogramas. Su capacidad embolígena reside en la liberación de fragmentos de tumor o de agregados de fibrina y plaquetas sobre dichos fragmentos. No hay consenso claro acerca de su manejo, sobre todo en casos asintomáticos, con escasa movilidad y/o diámetro inferior a 1 cm, en los que se opta por tratamiento conservador con antiagregación y/o anticoagulación. Por el contrario, en casos sintomáticos, con alta movilidad y tamaño superior a 1 cm, se opta por su exéresis quirúrgica para prevenir recidivas del proceso embólico.

CONCLUSIONES

Mediante este caso clínico se intenta exponer cómo, una patología neurológica frecuentemente valorada en los Servicio de Urgencias Hospitalarios, el AIT, puede desarrollarse a partir de un foco cardioembólico inusual, el fibroelastoma valvular. Es por ello que resulta de vital importancia en nuestra labor como Médicos de Urgencias el diagnóstico precoz de dicha patología así como la realización de las pruebas complementarias urgentes indicadas y estratificación de su riesgo de progresión a ictus isquémico, con el fin de implantar un tratamiento antiagregante de forma precoz y, en caso de precisarlo, indicar el ingreso hospitalario para estudio de la etiología del mismo.

P. #121

TRANSPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ENFERMEDAD DE WILSON

LORENA AINHOA Solla Fernández, OIHANE De La Aldea Martínez, Ana Lucía Rengifo Martínez, Elena Marcos Poveda
OSAKIDETZA, Hondarribia, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Wilson es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva. Se caracteriza por un bajo nivel sérico de cobre y de ceruloplasmina (en relación al daño hepático) mientras que aumenta el cobre en orina y en los tejidos. Se produce acumulación de cobre tejidos como hígado, bazo, cerebro, córnea o riñón.
Podemos encontrar manifestaciones como: ictericia, ataxia, anillos de color marrón dorado o cobrizo alrededor del iris de los ojos, conocidos como anillos de Kayser-Fleischer, lentitud o disminución de los movimientos y expresiones faciales, problemas para hablar, deglutir o con la coordinación física, depresión, cambios en el estado de ánimo y en la personalidad, movimientos descontrolados o rigidez muscular,..
Para el diagnóstico de puede: constatar la presencia de anillo de Kayser-Fleischer en el examen ocular con lámpara de hendidura (presente en el 50% de los pacientes); ceruloplasmina sérica baja < 20 mg/dl (es normal en el 10-20% de los pacientes con Enfermedad de Wilson); excreción urinaria de cobre en 24 h, que es superior a 100 µg/24 h; La prueba más específica es la determinación de la concentración de cobre en tejido hepático.

OBJETIVO

Mujer de 22 años con diagnóstico reciente de Enfermedad de Wilson y pendiente de iniciar tratamiento con D-penicilamina. Acude por presentar desde hacía 4 días, unas 2-3 deposiciones diarreicas diarias (sin productos patológicos) y nauseas sin vómitos. Febrícula máxima de 37.6°. No prurito ni ictericia. No otra clínica asociada.
No ingesta alimentos en mal estado. No diarrea en convivientes. Niega consumo de tóxicos. No viajes al extranjero

MÉTODO

Constantes: TA 109/75, FC 93, Tª: 37.2, SatO2 100%
En la exploración se objetiva ictericia conjuntival y molestia difusa abdominal sin defensa a la exploración.
Analítica: Glucosa 146, Urea 21, Creatinina 0.75, Sodio 137, Potasio 4, Bilirrubina total 3.2 (directa 2.6). GPT 194, GOT 142, GGT 335, Fosfatasa alcalina 127, PCR 10,10. Hb 11.4. Plaquetas 225, Leucocitos 11.890 (Neutrofilos 63.40, Linfocitos 24.70). INR 2.5

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La paciente presenta niveles de hipertransaminasemia similar a previas salvo aumento de bilirrubina y alteración de la coagulación. Se decide derivación al Servicio de Digestivo de Hospital terciario de referencia.
Durante las primeras 24h de ingreso, la paciente presenta empeoramiento de la función hepática y coagulopatía sin encefalopatía. Se remite a la Unidad Hepática otro centro hospitalario de referencia. Ante la gravedad clínica (insuficiencia hepática en situación funcional de Child-Pugh C. MELD 27) se plantea urgencia 0 y en 6 días se realiza trasplante hepático

CONCLUSIONES

A menos que se establezca un tratamiento de por vida, la enfermedad de Wilson puede causar la muerte precozmente. El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de cobre en los tejidos a través de la quelación; ciertos medicamentos se fijan al cobre y ayudan a eliminarlo mediante vía renal o digestiva.

P. #161

LESIÓN ESPLÉNICA

Juan Carlos Ríos Pérez, Miguel Gónzalez Ureña, María Calvo-Villamañan Pérez, Clara García Justicia, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 69 años sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento activo.
Presenta un cuadro progresivo de dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo desde hace dos meses; refiere comenzar con dicho dolor tras caída casual golpeándose en la misma región presento una mejoría temporal con la analgesia, pero fue empeorando de manera progresiva asociando febrícula vespertina. Presenta desde hace una semana estreñimiento pertinaz que no mejoran con laxantes vegetales. De manera concomitante con el avance del cuadro clínico hiporexia y astenia sin objetivarse pérdida de peso.
Se realizaron pruebas complementarias; en el examen de sangre en la serie blanca destaco hemoglobina de 11 g/gl con un volumen corpuscular medio 88.8 fL. Elevación de proteína C reactiva 147 mg/L. En la coagulación se observó una alteración de toda la serie: Tiempo de protrombina 14.4 seg , Actividad de protrombina 68.0 % , I.N.R. 1.33 R.N. , APTT (T.Cefalina) 31.0 seg, APTT RATIO (T.Cefalina) 1.06, Fibrinógeno 738.0 mg/dl.
Se realizo una prueba de imagen de manera urgente solicitándose un TAC abdominal con resultado de lesión quística esplénica sugestiva de absceso vs quiste hidatídico, con pequeña laceración posterior y leve cantidad de líquido adyacente. Adenopatías con centro necrótico/abscesificado locorregionales.
Se contacto con el servicio de vascular intervencionista para la colocación de un drenaje a nivel esplénico. Iniciándose cobertura antibiótica con ceftriaxona, metronidazol y abendazol Con todas estas pruebas se decide ingreso en el servicio de medicina interna para completar estudio.
Durante su ingreso se completó el estudio analítico destacando: Hierro 9 µg/dl, LDH 497 U/L, Vitamina B12 359 pg/mL, Ferritina 442 ng/ml, Transferrina 135 mg/dl, Saturación de Transferrina 5 %.
Se solicito una RM abdominal para filiar la lesión informándose como: Hallazgos sospechosos de diseminación tumoral supra e infradiafragmática, valorar la posibilidad de neoplasia primaria esplénica (angiosarcoma) sin poder descartar la opción de que las lesiones esplénicas sean también metastásicas de tumor primario no identificado en este estudio.
Con estos resultados se solicitó una punción aspirativa con aguja fina de uno de los implantes peritoneales de la región umbilical siendo la muestra insuficiente para el diagnóstico; se solicitó de manera paralela una tomografía por emisión de positrones con hallazgos que impresionan de patología tumoral de alto grado con afectación esplénica, retroperitoneal, mesentérica, pulmonar y pleural.
Se solicito una punción guiada por ecoendoscopia de las adenopatías hiliares siendo el resultado de esta inconcluyente. Por lo que se contacta con el servicio de cirugía general para la realización de esplenectomía laparoscópica con diagnostico anatomopatológico definitivo de Linfoma B de alto grado de morfología y fenotipo tipo linfoma difuso de célula grande, fenotipo activado. Estadio IVA. Iniciandose tratamiento quimioterápico con R-CHOP21 + TIT + dos dosis extra de Rituximab.

CONCLUSIONES

El linfoma B difuso de células grandes es uno de los trastornos malignos hematológico más comunes dentro de los Linfomas No Hodking (en torno al 60%). Es un tipo de linfoma de crecimiento celular rápido que afecta a diferentes órganos entre ellos el bazo, el hígado, la médula ósea y ganglios linfáticos entre otros. Los pacientes generalmente presentan una masa creciente de ganglios linfáticos en el cuello o el abdomen. Un tercio tiene síntomas sistémicos “B” mientras que el 30 por ciento tiene afectación de la médula ósea y el 40 por ciento tiene enfermedad extraganglionar
La edad de aparición del linfoma B difuso de célula grande está en torno a mayores de 60 años.
Existen múltiples líneas de tratamiento con intención inicial de cura gracias a los avances que se han realizado, por lo que es esencial el rapido diagnostico para evitar el retraso en el tratamiento con una enfermedad más avanzada.

P. #204

SHOCK HEMORRÁGICO. LO ESENCIAL, ES INVISIBLE A LOS OJOS

Leticia Serrano Lázaro[1], Jessica Mansilla Collado[1], María Bóveda García[2], Ana Pulido Arribas[1], Paula Carranza Pérez[1], Javier Millán Soria[1]

1. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Valencia, España
2. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Establecer la importancia del adecuado manejo del sangrado masivo en Urgencias.

OBJETIVO

A PARTIR DE UN CASO:
Paciente 74 años, natural de Bulgaria (barrera idiomática), con únicos antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y fibrilación auricular en tratamiento con edoxaban, siendo completamente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Actualmente se encuentra en España desde hace un mes y acude a nuestro Servicio de Urgencias por un deterioro clínico progresivo, inespecífico y fluctuante en la última semana, con cuadro de agitación en las últimas 24 horas. No fiebre en domicilio ni clínica infecciosa aparente en días previos.

MÉTODO

Exploración física: el paciente presenta mal estado general con tendencia a la somnolencia y obnubilación. Tensión arterial 95/59 mmHg, frecuencia cardíaca 102 lpm, temperatura 36,8ºC, glucemia 163 mg/dl y una saturación de oxígeno del 99% aire ambiente. Destaca una coloración cetrina con tacto rectal con dedil limpio sin restos hemáticos.
Pruebas complementarias iniciales:
Analítica completa, donde destaca una hemoglobina 5,4 g/dL, índice de quick 48%, tiempo de protrombina 18,8 segundos; resto urea 57 mg/dL, creatinina 0,97 mg/dL, lactato 1,3 mmol/l, leucocitos 8.220, plaquetas 213.000, PCR 6,3 mg/L y procalcitonina negativa.
Se realiza tomografía arterial computarizada (TAC) craneal normal.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

¿Y ahora? Inicialmente nos planteamos, ante el cuadro clínico que presentaba el paciente y dado que la anamnesis no aportaba demasiada información, una posible sepsis sin claro foco infeccioso por lo que iniciamos fluidoterapia con cristaloides, antibioterapia empírica tras la extracción de los cultivos correspondientes y control de diuresis. Ante la agitación y cuadro de obnubilación realizamos TAC craneal para descartar patología intracraneal y valoración a posteriori de la realización de una punción lumbar en caso necesario. Dentro de nuestro diagnóstico diferencial inicial incluimos la hemorragia dada la coloración de piel y mucosas, por lo que solicitamos pruebas cruzadas, aunque no teníamos evidencia de posibles sangrados. Los resultados analíticos con la hemoglobina de 5 (aunque no disponíamos de previas) y la coagulopatía asociada nos indicaban que el paciente presentaba un shock hemorrágico, pero ¿por dónde estaba sangrando?
El primer planteamiento fue comenzar con la reversión de la anticoagulación, solicitamos un tromboelastograma para poder continuar posteriormente guiando la reversión de la anticoagulación y comenzamos con la administración de complejo protrombínico + fibrinógeno y la administración de concentrados de hematíes.
Ante la no evidencia inicial de sangrado digestivo, planteamos descartar de manera urgente la posibilidad de sangrado a otros niveles por lo que realizamos un TAC toraco-abdomino-pélvico con contraste intravenoso en tres fases (vacío, arterial y venoso) no objetivándose ningún sangrado activo. Pero continuamos buscando el posible foco de sangrado, así que el siguiente paso fue realizar una gastroscopia urgente con el paciente monitorizado en la unidad de críticos en la que se objetivó una úlcera en antro-píloro sin estigmas de sangrado activo sobre la que se decidió tratamiento conservador con gastroscopia de control en 24-48 horas.
En los días siguientes el paciente fue estabilizándose clínicamente con mejoría progresiva de los niveles de hemoglobina que se mantuvieron estables, pudiendo ser el paciente dado de alta con recuperación completa de su estado basal.

CONCLUSIONES

El sangrado oculto supone un desafío para el que los urgenciólogos debemos estar preparados dado que el shock hemorrágico es una patología tiempo-dependiente donde nuestras decisiones y actuaciones deben ser rápidas y coordinadas e ir dirigidas a encontrar y detener la fuente del sangrado al mismo tiempo que debemos ir reponiendo las pérdidas que se van produciendo y saber utilizar todas las herramientas con las que contamos (como el tromboelastograma) para poder guiar la reversión de la anticoagulación de nuestros pacientes de la manera más adecuada, en aquellos casos en los que sea necesario.

P. #208

ICTERICIA OBSTRUCTIVA, MÁS ALLÁ DEL CÓLICO BILIAR COMPLICADO

Alicia Cárdenas García, Clara Ponce Aceituno, Cristina Bejarano Roma, Anna De Paola Prato, José Carlos Sureda Gil, María Teresa Núñez Gómez-álvbarez

Hospital Universitario General de Villalba, Collado Villaba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes de hipercolesterolemia, hipertensión, gastritis, colangitis de repetición en seguimiento por Digestivo y ansiedad. En su tratamiento habitual figura Omeprazol, Pravastatina, Enalapril y Citalopram.
Enfermedad actual:
Es traído a urgencias por presentar dolor abdominal que focaliza en epigastrio e hipocondrio derecho y fiebre concomitante de hasta 39ºC, de forma súbita desde esa misma tarde. Previamente estaba asintomático.
Exploración física:
Tensión: 134/75mmHg, Frecuencia: 70lpm, Temperatura: 37.8ºC, Saturación O2: 94%.
Glasgow 15/15. Consciente, colaborador y alert, orientado en las tres esferas. Palidez mucocutánea. Fascies álgica.
Auscultación cardíaca: Rítmica, no ausculto soplos ni extratonos.
Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado.
Abdomen: Blando, globuloso y depresible, doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho. No palpo masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos aumentados. Murphy positivo. Puño-percusión negativa.
Extremidades inferiores: No edema, pulsos periféricos conservados, sin signos de trombosis venosa profunda.
Pruebas complementarias:
ECG: en ritmo sinusal a 105 lpm, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización
Analítica de sangre: no anemia, no leucocitosis, discreta coagulopatía con INR 1.49, Bilirrubina total 2.7 a expensas de Bilirrubina directa 2.3, GOT 286 UI/l, GPT 435 UI/l, Fosfatasa alcalina 139 UI/l, GGT 600, LDH 398 UI/l.
Ecografía abdominal: Esteatosis hepática en grado moderado. Ectasia de la vía biliar intra y extrahepática sin identificar causa.
Actuación:
Dado paciente con dolor abdominal especialmente en epigastrio e hipocondrio derecho y fiebre, con hiperbilirruminemia a expensas de directa e hipertransaminasemia, con una ecografía abdominal donde se aprecia ectasia de la vía biliar intra y extrahepática, se decide ingreso en Medicina Interna para estudiar la causa de la colangitis y su tratamiento.
Durante el ingreso se realiza colangio-RMN donde se describe dilatación de biliar intra y extrahepática con cambio de calibre en la proximidad de imagen sugestiva de diverticulo de la 2ª porción duodenal, hallazgo característico del Síndrome de Lemmel. Durante el ingreso el divertículo duodenal fue extirpado y el paciente no ha vuelto a presentar episodios de colangitis.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente caracterizada por la presentación de ictericia obstructiva debido a un divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia.La incidencia de los divertículos duodenales es en torno a un 17%, aumenta con la edad por debilidad de la pared intestinal y sólo un 4% resultan sintomáticos.
Los divertículos duodenales pueden ser causa de enfermedad biliopancreática debido, a la compresión extrínseca del propio divertículo sobre la vía biliar (síndrome de Lemmel) y porque pueden favorecer el sobrecrecimiento bacteriano, induciendo a que empeore la producción de litiasis biliar con la consecuente disfunción del esfínter de Oddi, que puede provocar ectasia y reflujo biliar desde el duodeno hacia el colédoco.
Ante casos de pacientes con colangitis de repetición, especialmente en pacientes que se ha descartado la causa litiásica es interesante pensar en esta entidad para asegurar un correcto manejo y derivación del paciente, garantizando un abordaje integral del mismo.

P. #231

DOCTORA HACE COSAS RARAS

Coraima Cobos Montenegro, Patricia Bermejo Cotillo, Lucía Zambrano Serrano

Hospital Axarquia, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 50 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos acude a urgencias porque un compañero de trabajo está preocupado por él "lo noto raro". Refiere que le nota espasmos generalizados (dobla un tobillo, hace muecas y tics continuos en la cara), habla lento y raro y deglute con dificultad. La clínica apareció hace semanas pero ha ido empeorando de forma progresiva. El paciente refiere notarse cansado y pérdida de la sensibilidad en el labio inferior.

A la exploración se encuentra con buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Lenguaje bradipsiquico y parco en palabras respondiendo con monosílabos o frases cortas. Isocoria y pupilas normorreactivas. Movimientos oculares conservados. Pares craneales sin focalidad. Fuerza muscular conservada y simétrica en extremidades. No déficits sensitivos salvo labio inferior que afirma no notar nada. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones.

Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Exploración abdominal anodina.

Realizamos hemograma y bioquímica básica anodina. Sistemático de orina con tóxicos negativos. Ampliamos iones en sangre periférica evidenciando Calcio corregido de 5.8 y Mg 1.1. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 100 llm con PR normal, QRS estrecho, eje normal, QT limitrofe (QTc 0.45 segundos).

Realizamos Tc de cráneo donde se describe presencia de calcificaciones con patrón vascular de forma bilateral y simétrica tanto de parénquima cerebral como de ganglios basales y hemisferios cerebelosos.

Tras corrección de hipocalcemia e hipomagnesemia el paciente presenta mejoría clínica y ausencia de espasmos y movimientos atetósicos en extremidades.

Ingresamos en Medicina Interna tras corrección de desequilibrio hidroelectrolítico siendo diagnosticado de hipoparatiroidismo y síndrome de Fahr. Desde entonces en tratamiento con rocaltrol y caosina con estabilidad clínica y analítica.

El síndrome de Fahr es una entidad de etiología desconocida que consiste en calcificaciones en ganglios basales, núcleo dentado y corteza cerebral con una prevalencia inferior a 1/1000000 de habitantes. Su presentación clínica característica es neuropsiquiátrica y aunque mejora con corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas no existe tratamiento específico.

CONCLUSIONES

Una de las dificultades que tenemos como urgenciólogos es enfrentarnos a tanta diversidad de patologías. No debemos perder de vista la orientación diagnóstica con las pruebas complementarias que tenemos a nuestra disposición, basándonos en una correcta anamnesis y exploración física.

Este caso trata de una entidad muy rara, pero el tratamiento de las alteraciones de nuestro paciente que mejoró a nuestro paciente fue la corrección del equilibrio hidroelectrolítico, algo que realizamos diariamente en nuestro servicio.

P. #331

SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y DETERIORO NEUROLÓGICO: UN DIAGNÓSTICO EN EL AIRE

Enrique Romero Sánchez[1], Irene Toribio García[1], Antonio Cristobal Luque Ambrosiani[2], María Nuria Álvarez Díez[1], Raquel García González[1], María Del Carmen López Flores[3]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
3. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de ingreso
Varón de 81 años trasladado al box de críticos de urgencias hospitalarias por alteración del nivel de consciencia con parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada. Antecedentes de linfoma folicular G3b en tratamiento con Rituximab + Lenalidomida, portador de catéter venoso central, y con factores de riesgo cardiovascular.
Historia actual
Mientras esperaba en la zona de extracciones, el paciente refirió mareo y debilidad con posterior pérdida de conocimiento, en estado comatoso profundo (Glasgow 3/15) y posteriormente PCR, que se revirtió tras 5 minutos de masaje cardiaco
A su llegada a Urgencias, se encontraba con respiración espontánea, reflejos ausentes y pupilas hiporreactivas, junto con hipotensión (90/50 mmHg), frecuencia cardiaca a 95 lpm y saturación del 90% con oxígeno en reservorio. La auscultación mostraba hipoventilación generalizada y ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.
Dado el deterioro neurológico persistente, se realizó intubación orotraqueal con ventilación mecánica invasiva.
Pruebas complementarias en Urgencias
-Gasometría: pH normal, lactato 2.9 mmol/L.
-Analítica: Leucocitos 2700/mm^3, Neutrófilos 540/mm^3, PCR 253 mg/L.
-ECG: Elevación transitoria del ST en cara anterior.
-Troponina ultrasensible: 734 ng/L.
-Ecocardiograma transtorácico: FEVI 55%, sin alteraciones segmentarias.
-TAC cerebral: Sin infarto ni hemorragia aguda (ASPECTS 10).
Dado el compromiso neurológico y la inestabilidad inicial, se decidió traslado a Unidad Coronaria (UCOR) para monitorización y manejo del síndrome coronario agudo.
Unidad Coronaria y primeras complicaciones:
El paciente permaneció intubado, realizándose ventana neurológica, donde se evidenció déficit motor en MSI, desviación de la mirada a la derecha y ausencia de respuesta a órdenes.
Durante el seguimiento destacaron:
-Síndrome coronario agudo, con corrección espontánea de alteraciones electrocardiográficas, sin necesidad de cateterismo urgente.
-Fibrilación auricular paroxística con inestabilidad hemodinámica, que revirtió con amiodarona y soporte con noradrenalina.
-Diagnóstico incidental de neumonía basal derecha en TAC torácico, iniciándose antibióticos empíricos.
-Sospecha de ictus embólico, solicitándose RMN cerebral.
Dado el deterioro neurológico se realizó una revisión retrospectiva de las imágenes, identificando burbujas de gas en surcos corticales, hallazgo no detectado inicialmente. La RMN cerebral confirmó múltiples lesiones isquémicas embólicas en ACM y ACP derechas, con menor afectación izquierda, compatibles con embolia gaseosa.
-Se realizó ecocardiograma transesofágico, evidenciando un aneurisma del septo interauricular sin paso de burbujas, descartando embolia paradójica. Se decidió mantener anticoagulación y preparar el destete ventilatorio.
Extubación y evolución neurológica post-extubación:
Se realizó prueba de respiración espontánea (PRE) con tubo en T, con resultado positivo, procediéndose a la extubación sin incidencias.
Tras la extubación, el paciente mostró:
-Mayor respuesta a órdenes.
-Inicio de lenguaje con leve disartria.
-Déficit motor persistente en MSI, con mejoría progresiva en MII.
-Un ecocardiograma de control evidenció FEVI del 40%, indicativo de leve disfunción ventricular.
Dado el estado neurológico funcional, se decidió iniciar rehabilitación en planta y preparar el traslado a un centro de rehabilitación neurológica.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la interacción entre el cáncer hematológico, la embolia gaseosa y los eventos cardiovasculares.
El linfoma folicular y su tratamiento inmunomodulador favorecieron un estado procoagulante, aumentando la susceptibilidad tromboembólica. La FA paroxística detectada en el ingreso representó un factor de riesgo añadido para ictus embólico.
El catéter venoso central, en el contexto de una posible manipulación, pudo haber facilitado la entrada de aire en la circulación venosa, desencadenando la embolia gaseosa cerebral. Aunque no se detectó un foramen oval permeable, el gas pudo haber alcanzado la circulación arterial a través de un shunt pulmonar funcional o alteraciones hemodinámicas transitorias, facilitado por la hipoperfusión post-PCR y la ventilación mecánica.
El síndrome coronario agudo, la fibrilación auricular paroxística y la embolia gaseosa generaron un escenario clínico multifactorial, que requirió una revisión exhaustiva de las pruebas de imagen en urgencias, permitiendo un diagnóstico dirigido y un tratamiento adecuado

P. #448

CORRER NO SIEMPRE ES SANO

Ana María Carrero Fernández, Mª Isabel Carrasco Rodríguez, Gema Esteban Gutiérrez, Carolina Aguilar Andrea

Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcala De Henares (Madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente hombre con antecedentes de asma que trae SUMMA a las 12 am. semiinconsciente, tras participar en maratón a favor del ELA y lo pasan directamente al Box Vital.
Según refiere el médico de la ambulancia, tras acabar la carrera de 5 kilómetros y parar, ha sufrido un síncope con pérdida de conciencia de 2-3 minutos y desde entonces somnolencia severa. Hipotensión marcada a pesar de fluidoterapia.
a nuestra llegada, Imposibilidad de realizar anamnesis adecuada por tendencia importante al sueño. Vigilia intermitente a la llamada. Obedece órdenes simples. Refiere picor en palmas/plantas. Dolor centrotorácico que ha cedido espontaneamente.
EXPLORACIÓN:
No colabora. Sudoroso, Hipotenso. Eupneico en decúbito con Saturación O2 96% con gafas a 2lpm. Tensión arterial 85/59 . Frecuencia cardiaca 79lpm. Afebril.Pulsos periféricos presentes pero muy débiles, aparentemente simétricos. Resto de la exploración anodina. No broncoespasmo. Ruidos cardícos rítmicos, No soplos.
Ante la situación del paciente tras realizar analíticas y ECG nos dirigimos a radiología a realizar un angioTAC de Aorta.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Hemograma: No leucocitosis, Hemoglobina 17,2 gr/dl. Plaquetas 269.000. Coagulación normal. D-D: 0,58
Bioquímica normal salvo Na. 149 y Glucemia. 135 Función renal: normal
Gasometría venosa: Ph: 7,37 con Co3H- 18,4 resto anodino.
ECG: Ritmo sinusal sin alteraciones de repolarización con frecuencia de 78lpm.
TAC Aorta: Aorta de calibre normal sin imágenes de aneurisma, disección u otro tipo de patología Aórtica aguda. No derrame pleural ni pericárdico. No líquido libre intraabdominal.
CONCLUSIÖN: Sin hallazgos que sugieran patología urgente.
EVOLUCIÓN:
Desde su llegada el paciente se encuentra con hipotensión severa a pesar de la posición en TRENDELENBURG Y SUEROTERAPIA INTENSIVA. Se le pasan 3 litros de suero y no conseguimos elevar TA por encima de 80 mm Hg, El paciente continúa con tendencia importante al sueño al subir del TAC.
Al llegar al BOX 20 donde va a ser ubicado y volver a explorarle, destaca el eritema generalizado que aparece en minutos acompañado de tiritona importante. La hipotensión continúa. No broncoespasmo. No dolor.
Tras haber descartado una patología aórtica y centrarnos en el estado actual del paciente donde lo que predomina es la hipotensión, el eritema generalizado y la tiritona, comenzamos a pasar Actocortina 500mgr + 80mgr de metilprednisolona con lo que parece haber una mejoría relativa pero la clínica continua.
Decidimos pasar 0,5 de Adrenalina con lo que el eritema de la piel desaparece en aproximadamente 40 minutos, la tiritona también disminuye hasta desaparecer y la TA comienza a subir a cifras de 125/69.
Se deja en observación para ver evolución.
Sobre las 20:00h, el paciente se encuentra totalmente recuperado. Explica haber desayunado porras y café con leche antes de comenzar el Maratón. No tuvo disnea durante la carrera, corrió bien y al llegar a la meta y pararse, comenzó a notar mareos y no recuerda más. Mucho cansancio, apenas podía abrir los ojos ni hablar. Recuerda la ambulancia y picor en palmas/plantas de ambos pies.
Se le explica lo ocurrido y solicita alta a domicilio.
Ponemos tratamiento, cita en consulta de alergias e indicación de volver con rapidez a urgencias si repite o llevar una pluma de adrenalina consigo.

CONCLUSIONES

Efectivamente está descrito que aunque en contadas ocasiones, el ejercicio intenso desencadena reacción anafiláctica potencialmente grave. Esta reacción es más frecuente en personas asmáticas y aparecen sólo cuando ingieren un alimento específico(los más frecuente son el trigo o las gambas) justo antes de realizar el ejercicio. Está descrito también que aparezca a los 5-10 minutos de practicarlo, justo despues de la carrera.

P. #458

LA EXPLORACIÓN LO CAMBIA TODO

Sheyla Lucy Miranda Gutiérrez[1], Francisco Javier Benito Justel[2], Ana Benito Justel[3], Pamela Erica Paez García[1], María Escudero Araus[1], Carla Solange Zapata Mendoza[1]

1. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España
2. Centro de salud Gandhi, Madrid, España
3. Servicio extrahospitalario de urgencias y emergencias, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 52a con AP de fibromialgia, acude al SU por presentar desde hace 1 hora aproximadamente sensación de acorchamiento de la falange distal del segundo dedo de la mano izquierda, asociado a visión borrosa del extremo inferior de Ojo izquierdo, también menciona discreta cefalea que describe como mareo y alteración del lenguaje (no puede completar las frases, sin llegar a ser disartria, pero se traba continuamente), sensación de lentitud en el pensamiento y en la reacción a estímulos. Sin pérdida de fuerza ni alteración de la marcha. No vómitos, no fiebre, no clínica respiratoria ni disnea.
A la exploración física: Buen estado general e hidratación, normoperfundida. No alteración respiratoria ni cardiovascular. Neurológicamente, Se objetiva cuadrantopsia de Ojo izquierdo, sensación de hipoestesia de falange distal de 2°dedo de mano izquierda sin compromiso de fuerza ni articular de extremidad, con lenguaje entrecortado, palabras inconexas, hipofonia, no es capaz de completar una frase ni responder correctamente preguntas sencillas. Reflejos simetricos, fuerza conservada en 4 extremidades, marcha conservada. MOES simetricos.
Se activa Código ICTUS, TC cerebral y de tronco supraortico sin alteración aguda, Analitica dentro de rangos normales a expeción de discreta leucocitosis con PCR normal. Radiografia de tórax, electrocardiograma normal, tras realización de pruebas paciente mejora lenguaje y desaparece alteración visual, se resuelve también las parestesias sin precisar de tratamiento agudo.
Se concluye como posible AIT, sin embargo dada la clínica tan clara se cursa ingreso en neurología, que realizan Resonancia cerebral, electroencefalograma y doppler carotideo siendo normales. Sin embargo haciendo anamnesis familiar se recoge que su abuelo paterno ha presentado varios ACV a lo largo de su vida, de posible origen cardioembólico, pero vive en el pueblo y no se ha realizado más estudios. En este contexto se solicita estudio genético de la paciente y el resultado es alteración del gen NOTCH3, siendo portadora del sindrome de Cadasil.

CONCLUSIONES

Cadasil es causado por una variante (mutación) en el gen NOTCH3, esto genera que produzca una proteína anormal, lo que perjudica la función y supervivencia de las células del músculo liso vascular en el cerebro. El tipo de herencia es autosomica dominante. Aún no hay cura ni tratamiento efectivo para el sindrome de Cadasil. La migraña se debe tratar de forma sintomática y profilactica, mantener los factores de riesgo si existen (hipertesión arterial, Diabetes Mellitus o hipercolesterolemia) tratados correctamente y seguimiento anual por neurología.
Actualmente paciente asintomática, estable y con tratamiento profilactico para migrañas, con adecuados controles analíticos y seguimiento conjunto por médico de familia y neurólogo
En el servicio de urgencias, al ser la puerta de entrada para diferentes patologías entres ellas raras y poco frecuentes, si estamos preparados y formados científicamente, realizaremos mejores diagnósticos y tratamientos, así como un manejo más eficiente.

P. #474

UNA CETOACIDOSIS DIABÉTICA DIFERENTE

Amanda Robles Sánchez, Yaneisy Pérez Gómez
Hospital Vinalopó, Elx/elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 49 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con insulina, metformina y dapagliflozina, portadora de FreeStyle. Acude al servicio de urgencias, refiriendo clínica de vómitos 48h de evolución , asocia fiebre 38 C, dolor en epigastrio, y dolor en ambos trapecios. Niega clínica infecciosa urinaria o respiratoria, comenta además omisión de dosis de insulina por inapetencia oral y abundantes vómitos. En triaje consta glucemia de 180 mg/dl, resto de constantes normales paciente hemodinámicamente estable aunque con intenso dolor epigástrico. Se realiza analitica de sangre donde se objetiva leucocitosis con desviación izquierda, disminución del filtrado glomerular respecto a previos, (Leucocitos:19 Neutrófilos: 83 Filtrado Glomerular: 46 previo de 90). aumento de reactantes de fase aguda y Acidosis Metabólica grave normoglucémica (Ph: 7,14 HCO3 (bicarbonato): 11, Proteína C Reactiva: 300, Procalcitonina 8, glucemia 192 mg/dl). Se inicia en urgencias abordaje de paciente con cetoacidosis diabética normoglucémica, fluidotera, monitorización, sondaje vesical. Búsqueda de foco infeccioso con radiografía de tórax, sedimento normal y ecografía abdominal normal. Se repite gasometría venosa en 1h con empeoramiento de los valores, (Ph: 7,11 HCO3: 5). Se administra 1/6M Bicarbonato a pasar en 1h, se continúa fluidoterapia y se administra primera dosis de antibiótico intravenoso. Se comenta la paciente en la unidad de cuidados intensivos e ingresa a su cargo para soporte. Luego de estabilidad clínica y analítica, la paciente pasa a planta. Presentó bacteriemia por Escherichia. Coli multisensible en hemocultivos, se realizó Tomografía abdominal en la que se describe, foco de pielonefritis focal en riñón izquierdo con formación de microabscesos de 13 y 12 mm (ecografía anodina), por lo que se consultó con Urología, que recomendó ampliar tratamiento antibiótico a 10-14 días de forma ambulatoria y ecografía abdominal de control. Fue valorada por Endocrinología que recomienda suspender tratamiento con metformina/ dapagliflozina y cita en consulta externa. La paciente evoluciona satisfactoriamente y fue dada de alta.

CONCLUSIONES

Este caso clínico se trata de una paciente con cetoacidosis diabética grave normoglucémica, en el contexto de pielonefritis por escherichia coli y uso de SGLT2 (inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2). La cetoacidosis diabética relacionada con los SGLT2 es una complicación muy poco frecuente, pero potencialmente grave. Su diagnóstico no es fácil si no existe una sospecha previa y en su tratamiento es fundamental la administración de insulina a una velocidad de infusión suficiente para inhibir la cetogénesis causante del proceso, junto a la administración concomitante de glucosa en muchos de los casos. Podemos evitar su aparición conociendo qué paciente está en mayor riesgo de desarrollarla antes de prescribir estos fármacos y evitando disminuir las dosis habituales de insulina o la ingesta de hidratos de carbono. Una estrategia para su detección precoz en los servicios de urgencias podría ser la realización de cetonemias en el triaje a pacientes en tratamiento con SGLT2. Al incrementarse el número de prescripciones de SGLT2, es importante que el urgenciólogo esté alerta en la posible aparición de esta complicación en diabéticos.

P. #512

ICTUS EXTRAHOSPITALARIO: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TIPOLOGÍA Y GRAVEDAD DEL MISMO

Alejandra Sánchez Martín, Rodrigo Grandal Torregimeno
SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular o ICTUS es un síndrome de rápido desarrollo de signos clínicos secundarios a la alteración de la función cerebral con una duración mayor o igual a 24 horas. Según la Sociedad Española de Neurología se considera la segunda causa de muerte en España, siendo más frecuente en hombre que en mujeres.
Se ha visto que los factores de riesgo modificables juegan un importante papel en el riesgo de sufrir un ictus, la prevención de estos factores de riesgo es clave para evitar futuras complicaciones.

OBJETIVO

Objetivo general: identificar la evolución de los pacientes con código ictus y los factores que influyen en la gravedad y tipo de ICTUS.
Objetivos específicos:
I. Identificar el porcentaje de personas con código ictus, analizar la prevalencia de los tipos de ictus y si existe relación con la escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).
II. Identificar la relación entre los factores de riesgo y los tipos de ictus, junto con el valor de la escala NIHSS.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo a través de una base prospectiva. Cohorte de pacientes diagnosticados de ICTUS, atendidos por un servicio de emergencias médicas extrahospitalarias (SEM) entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2022. Se realizó un seguimiento de su evolución hospitalaria hasta los 7 días.
Se recogieron las variables epidemiológicas habituales (sexo, edad) y se consideraron como variables dependientes el tipo de ICTUS (hemorrágico/Isquémico) y la puntuación en la escala NIHSS.
Se consideraron variables independientes: tabaco, alcohol, hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), dislipemia, obesidad y ictus previo, valores hemodinámicos.
Análisis estadístico: Las variables categóricas fueron analizadas con Chi cuadrado, utilizándose t de Student para las variables cuantitativas.
Se consideró significación estadística con $p<0,05$, y se valoró ODS ratio para regresión. SPSS V29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

157 pacientes diagnosticados de ICTUS por pruebas de imagen, tras ser atendidos por un SEM urbano. 58% varones, edad media 68,2 años (DE: 15,26).
109 (69,4%), fueron ictus isquémicos. Tuvieron un NIHSS mayor de 10 (criterio de intervencionismo) el 56,7% de los pacientes, no habiendo diferencias significativas en este valor para el tipo de ICTUS. Fallecieron 21 pacientes en los siguientes 7 días de hospitalización, 13,4%.
En la valoración de la asociación entre tipo de ictus y antecedentes, la HTA se asociaba estadísticamente con el ICTUS hemorrágico, $p=0,07$, mientras que la dislipemia ($p=0,016$) y la DM ($p=0,007$), se asociaban a ictus isquémico.
Respecto a la gravedad expresada con la escala NIHSS, no hubo diferencias significativas que indicaran asociación con ninguno de los antecedentes, y solo el Glasgow ($p<0,001$) se asociaba a mayor gravedad.
No hay diferencias significativas entre tipo de ICTUS y mortalidad, pero sí con el valor del NIHSS, que es lógicamente más alto en los pacientes que fallecen.

CONCLUSIONES

Los accidentes cerebrovasculares tienen una mayor incidencia en los hombres y, con respecto a la edad, se puede observar que la edad media de la muestra es de 68,25 años.
Por otro lado, predominan los ICTUS isquémicos frente a los hemorrágicos, sin embargo, el valor de la escala NIHSS no es significante a la hora de la probabilidad de sufrir uno u otro, pero si se relaciona que los que tienen un valor más alto, tienen mayor probabilidad de fallecer.
En cuanto a los antecedentes personales y el tipo de ictus, destaca significativamente una relación entre la HTA y los ICTUS hemorrágicos y, la DM y dislipemia, con los ICTUS isquémicos.
Por el contrario, no se observan diferencias significativas entre la escala NIHSS y los antecedentes personales. Sin embargo, el Glasgow si que se asocia a mayor gravedad.

P. #553

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO

Gabriel José Carpio Guayamo[1], Erick Corpeño Monge[1], Diego Castrillón Rodríguez[1], Paola Dayana González Álvarez[2], José. Rubén García Montes[1], Jorge Hernán Agrado Vanegas[1]

1. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
2. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 42 años con antecedentes de base de hipertensión arterial (HTA), obesidad, enfermedad de reflujo gastroesofágico, no antecedentes quirúrgicos. Acude por epigastralgia de aparición brusca, moderada intensidad e irradiado en cinturón de 4 horas de evolución, tipo cólico. Acompañado de náuseas y 3 episodios eméticos de contenido bilioso, refiere consumo previo de comida copiosa en la cena.

OBJETIVO

Realizar una evaluación inicial exhaustiva
Identificar y valorar diagnóstico diferencial del cólico biliar
Evidenciar en ecografía datos de litiasis biliar o compromiso de vía biliar

MÉTODO

En el examen físico: Abdomen: Globoso a expensas de paniculo adiposo, blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. Murphy negativo. No signos de irritación peritoneal.
Los resultados de estudios: GOT(AST) 31 U/L, GPT(ALT) * 46 U/L, Bilirrubina Total 0.42 mg/dL, LDH * 307 U/L, Proteina C reactiva 6.8 mg/L, Amilasa 50 U/L, Lipasa 22 U/L.Hemograma: Leucocitos 10.7 x10^9/L, Neu 70 % 50 - 70-Fibrinógeno (Derivado) 402.0.
Se pauta metamizol 2 gramos endovenoso (EV) , desketoprofeno 50 miligramos (EV).
Dejamos en observación para control del dolor y reevaluación.
Se realiza POCUS observando una vesícula no distendida, con imágenes ecogenicas en interior con sombra acústica posterior, no edema de pared, murphy ecografico negativo y pared vesícula de 2.2
mm.
IMAGENES: 1, 2 Y 3 observando vesícula con varias imágenes hiperecoicas en interior, con pared de 2,2.cm aproximadamente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La litiasis biliar es una de las patologías digestivas más frecuentes, con una elevada morbimortalidad. El 12 % de la población adulta tiene litiasis biliar;. Los cálculos biliares tienen una prevalencia del 10%-15%. El riesgo de desarrollar síntomas o complicaciones varía entre el 1% y el 2,3% al año y en estos pacientes es necesaria la cirugía.
El cólico biliar se define como un episodio de dolor en el epigastrio y el hipocondrio
derecho (HCD) secundario a la contracción de la vesícula biliar por impactación de litiasis
o por estímulos hormonales o neurales(1,2,3)
La clínica es con dolor constante localizado en el epigastrio y el HCD, que puede
irradiarse a la escápula y al hombro derecho. Suele aparecer de forma brusca 2-4 h tras la
ingesta y se acompaña de vómitos que no alivian el dolor. Los parámetros de laboratorio
(hemograma completo, enzimas hepáticas, bilirrubina, fosfatasa alcalina (FA), amilasa y lipasa) son normales en un cólico biliar no complicado y la alteración de estas pruebas
sugiere complicación. Así pues, la ecografía en el punto de atención una ayuda diagnóstica inestimable, especialmente para los medicos de urgencias y cirujanos.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital somos medicos polivalentes en el que estamos de turno en la puerta de cirugía. En presencia de litiasis vesicular sin datos de complicación en la ecografía clínica y pruebas complementarias normales, se realiza la ecografía reglada para derivar a consulta de cirugía. La ecografía clínica a pie de cama nos ha servido para establecer la causa de dolor abdominal.

P. #569

¿AFECTA LA PRIORIDAD DEL TRIAJE A LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN EN EL CÓDIGO ICTUS?

Marta Balaguer Catalán, Alejandro Paz Anaya, Patricia De Labaig Ramos, Jesús José Pons Fuster, Vanessa Chumpitaz Capcha, Cristina Pérez Ductor

Hospital Doctor Peset, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El ictus es una de las patologías neurológicas más prevalentes y la principal causa de discapacidad en el adulto.
Hay que tratarlo como una urgencia médica, manejándolo como una patología tiempo- dependiente; por tanto en el código ictus se establece el protocolo de actuación coordinado, urgente y multidisciplinar.
Los servicios de urgencias son básicos para garantizar los tiempos de tratamiento.
El primer paso para activar un código ictus se inicia en el triaje donde la enfermería ante la sospecha de un ictus, aplica discriminadores específicos para déficit neurológico de aparición reciente así como de tiempo, asignando un código de prioridad en el sistema, rojo o naranja para menos de 24h y amarillo o verde para más de 24h

OBJETIVO

Valorar como afecta la asignación de prioridad según el sistema de triaje Manchester en los tiempos de atención al paciente con ictus.

MÉTODO

Estudio analítico y retrospectivo donde comparamos dos muestras de datos según la prioridad asignada en la consulta de triaje de enfermería.
Una muestra constituída por los ictus con clasificación inicial de prioridad 1 y 2 (los que requieren valoración médica inmediata o en menos de diez minutos) y una segunda muestra constituída por los ictus con clasificación de prioridad 3 y 4 (que requieren valoración médica en un periodo menor de entre una y dos horas).
Para ello se recogen los datos de las historias clínicas de Orion Clinic de los pacientes con activación de código ictus desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.
Los datos recogidos son: hora de triaje, prioridad asignada en el triaje, tiempo de activación del código ictus (puerta-activación), tiempo de realización del TAC(puerta-TAC) y tiempo hasta la realización de la fibrinolisis (puerta-fibrinolisis).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogen 124 casos de ictus con las siguientes prioridades: siendo triados 16 casos como prioridad 1; 89 casos como prioridad 2; 16 casos como prioridad 3; y 3 casos como prioridad 4.
Los tiempos medios de puerta_activación, puerta_tac y puerta_fibrinolisis para la muestra de casos con prioridades 1 y 2 fueron: 27,57 min; 42,13 min; y 75,89 min respectivamente. Para la muestra de casos con prioridades 3 y 4 fueron: 64,27 min; 98,27 min y 107 min.
Hemos realizado un contraste de hipótesis t-Student para medias independientes y varianzas desiguales. Para el tiempo de activación hemos obtenido una P(T<=t) para una cola de 0,04 y para dos colas de 0,08 por lo que no es estadisticamente significativo.
Para el tiempo hasta la realización del TAC hemos obtenido una P(T<=t) 0,03 para una cola y 0,07 para dos colas, no siendo tampoco estadisticamente significativo.
Los valores para el tiempo de fibrinolisis son todavía menos significativos estadísticamente.

CONCLUSIONES

Aunque los tiempos medios de activación, de realización de TAC y de fibrinolisis parece que se elevan cuando la prioridad en el triaje es de 3-4 (asumiendo que puede ser un error en la clasificación de triaje o la presencia de sintomatología confusa que dificulte la decisión para el triador), no hay significación estadística para afirmar que el triaje influya en la demora de los tiempos.
Una posible explicación podría ser el escaso tamaño de la muestra obtenido para el grupo de prioridades 3 y 4.

P. #583

DOLOR ABDOMINAL AGUDO SECUNDARIO A HEMATOMA ESPLENICO ESPONTANEO EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON VENLAFAXINA Y ACIDO ACETIL SALICILICO

ESTER Mora Bastante[1][2], Pablo Cereceda Barbero[1], Carmen Tejero Pallarés[1], Miguel Ángel Huerta Fernández[1], SARA Gayoso Martin[3]

1. Hospital Universitario de El Escorial, San Lorenzo De El Escorial, España
2. Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, España
3. Hospital Universitario de El Escorial, San Lorenzo De El Escorial, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 70 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución que ha empeorado en las últimas 48 horas . Niega fiebre, náuseas , vómitos o diarrea, no antecedentes de traumatismo previo. El dolor comenzó hace una semana al levantarse de la cama , ha ido estableciéndose y en las últimas 48 horas se presenta continuo y de mayor intensidad que en días previos,Entre sus antecedentes personales destacan:
Hernia de Hiato. Asma.Depresión mayor.HTA.Encefalopatía de pequeño vaso
En tratamiento con Venlafaxina 75 1.0.1 Losartan 50 1.0.0, Adiro 100 1.0.0.
A la exploración física destacaba TA. 110/70, Temp: 36, Fc : 110 , Abdomen. Blando,en hemiabdomen derecho pero dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo y defensa a ese nivel. PPR izquierda : positiva .
En analítica destacan: 11.000 leucocitos con formula normal Hb: 10 , amilasa, lipasa y perfil hepático normal.
Rx de Tórax y abdomen. Sin alteraciones.
Serológias para virus hepatotropos incluyendo citomegalovirus y Ebstein - Barr negativos,
Eco Urgencias: Lesión en cúpula esplénica.
Tac abdominal. Imagen Hipodensa subcapsular esplénica, de morfología de semiluna , compatible con hematoma esplénico
La etiología más frecuente de la rotura esplénica es la traumática ya sea de forma inmediata como diferida .Entre los casos no traumáticos, los pacientes con esplenomegalia tienen un mayor riesgo de rotura como es el caso de Mononucleosis infecciosa, leucemia, linfoma .Los paciente suelen presentar dolor agudo en hipocondrio izquierdo , si la rotura queda contenida , si se produjese la rotura abierta al peritoneo el paciente podría entrar en Shock hipovolémico.La ecografía y tac confirman el diagnostico.
Una vez confirmada la existencia de un hematoma esplénico se reinterrogó a la paciente que negó en todo momento traumatismo en la zona. Ante la falta de diagnóstico etiológico se practicó un test de agregabilidad plaquetaria que mostró una respuesta agregante disminuida.
JC. Hematoma espontáneo esplénico secundario a tratamiento con Venlafaxina y Acido Acetilsalicílico.
En el caso de nuestra paciente optamos por actitud conservadora , retiramos AAS y venlafaxina , cediendo el cuadro, a los seis meses se repitieron las pruebas diagnosticas y el hematoma había desaparecido .
Bibliografia:
1.Alderman CP, Seshadri P, Ben- Tovim DI. Effects of serotonin reuptake inhibitors on hemostasis.Ann J Med SCI 2000;319:340-342.
2.kohn S, Labbate LA.Venlafaxine and ecycymosis. Can J Psychiatry 1997;42:91.
3.O.Len Abad, J.Tort Brutau, G. Sánchez Aguilar, M. V.Pardo Ortega,F. Bella Cueto.Tratamiento Antidepresivo y Hematoma Subcapsular Esplenico. Anales de Medicina Interna. Vol.20.no9. sep 2003.
4.Kamishirado H, Inoue T, Fujito T, Akiya K, Ishiyama E, Sakuma M, et al. Idiopathic adrenal hemorrhage. Am J Med Sci 2000; 319: 340-342

CONCLUSIONES

Son diversos los casos publicados en la literatura de hemorragias espontáneas en pacientes en tratamiento con Acido Acetil Salicílico y venlafaxina.
La toma de Venlafaxina provoca una alteración de la agregabilidad plaquetaria , se ha sugerido que se trata de un efecto dosis dependiente al impedir la captación y almacenamiento de la serotonina por parte de las plaquetas que posteriormente la liberaría para estimular la agregación plaquetaria al desencadenarse la hemostasia .
Este efecto ha sido demostrado en diversos estudios , que los pacientes tratados con IRSS tienen un riesgo tres veces superior de presentar Hemorragias , el uso concomitante con aas multiplicarías el riesgo por cinco.
Debemos sospechar cuadros hemorrágicos ante pacientes con sintomatología aguda que no cuadren en otras entidades diagnósticas y estén en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y más aun si se une a tratamiento con Acido Acetilsalicílico o Antiinflamatorios no Esteroideos.

P. #591

INFLUENCIA DEL TURNO DE TRABAJO EN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN DEL ICTUS. ¿REALMENTE ES NECESARIO UN NEURÓLOGO?

Jesús José Pons Fuster, Cristina Pérez Ductor, Vanessa Chumpitaz Capcha, Alejandro Paz Anaya, Marta Balaguer Catalán, Patricia De Labaig Ramos

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El Ictus es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. El código ictus es un protocolo de actuación urgente diseñado para mejorar la atención a estos pacientes. La rapidez en la evaluación y el tratamiento es crucial, ya que el tiempo es un factor determinante en la evolución y pronóstico del paciente.
La disponibilidad de un neurólogo puede influir significativamente en los tiempos del código ictus. Estudios previos han demostrado que cuando hay un neurólogo presente, el tiempo puerta-aguja y el tiempo puerta-imagen tienden a reducirse. Eso se debe a una mayor experiencia en la identificación del ictus, una toma de decisiones más rápida y la optimización de los recursos del hospital. Por el contrario, cuando no hay neurólogo, los tiempos pueden prolongarse debido a la necesidad de consulta con neurólogo del hospital de referencia y la falta de experiencia.

OBJETIVO

- Analizar y comparar los tiempos o criterios de calidad en la atención al ictus tanto en jornada ordinaria como en la jornada de atención continuada.
-Valorar si la presencia de neurólogo en el turno de mañana influye significativamente en dichos tiempos.

MÉTODO

Estudio analítico y retrospectivo donde comparamos dos muestras de datos según el turno de trabajo. Una muestra constituida por los ictus con activación del código entre las 8 y las 14:30h donde se cuenta con neurólogo y otra con los casos que se activan entre las 14:30 y las 8 horas, donde la activación cuenta con el apoyo de los médicos de UCI.
Para ello se recogen los datos de las historias clínicas de Orion Clinic de los pacientes con activación de código ictus desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. Los datos recogidos son: hora de llegada al hospital, hora de activación del Código ictus, hora de realización del TAC de ictus y hora de inicio de la fibrinolisis. Las variables que se calculan son los tiempos desde admisiión hasta la activación (Puerta_Activación), desde admisión hasta la realización del TAC (Puerta_TAC) y desde admisión hasta la fibrinolisis (Puerta_Fibrinolisis).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los tiempos medios de puerta_activación, puerta_tac y puerta_fibrinolisis para el turno de guardia son: 31,48 min; 54,3 min y 97,23 min, respectivamente y 35,89 min; 46,76 min y 67,84 min para la mañana. Se ha aplicado el contraste de hipótesis t-Student para medias independientes y varianzas diferentes y el test de W de Mann-Whitney (Wilcoxon) para comparar medianas.
Solo el p_value para el tiempo puerta_fibrinolisis en ambas pruebas ha sido menor a un nivel de significación del 5%

CONCLUSIONES

Los tiempos medios puerta_activación fueron similares tanto si el paciente llegaba en horario apoyado por neurólogo como si llegaba en horario de guardia. Esto hace pensar en una homogeneidad en el trabajo del personal de urgencias independientemente del turno.
El tiempo puerta_aguja sí es estadísticamente significativo siendo menor por las mañanas, donde contamos con la presencia del neurólogo, lo que implica una mayor rapidez en la atención del ictus. Por el contrario, con el apoyo de los médicos de la UCI se demora la fibrinolisis por la necesidad de contactar con neurólogo de la unidad de ictus de referencia telefónicamente o mediante teleictus ante dudas en el tratamiento.
Por tanto, sería recomendable la presencia de neurólogo 24 horas para la optimización del tratamiento precoz y más adecuado de estos pacientes.

P. #618

EFICIENCIA EN LA RESPUESTA AL ICTUS: ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS CLAVE EN EL CÓDIGO ICTUS

Cristina Pérez Ductor, Vanessa Valery Chumpitaz Capcha, Jesús Pons Fuster, Patricia De Labaig Ramos, Marta Balaguer Catalán, Alejandro Paz Anaya

Hospital Doctor Peset, Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El ictus es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el adulto, lo que hace crucial una respuesta rápida y eficiente en su tratamiento. Es por ello que se pone en marcha el Código Ictus (CI), protocolo coordinado que busca optimizar la atención a los pacientes con ictus agudo, reduciendo los tiempos de intervención y mejorando los resultados clínicos. En este contexto, los tiempos clave, como la llegada al hospital, la activación del CI, la realización del TC de ictus y la administración del tratamiento de reperfusión más adecuado, juegan un papel fundamental en la recuperación del paciente. Por tanto, el análisis de estos tiempos es esencial para identificar posibles áreas de mejora en los procesos y contribuir a la reducción de las secuelas asociadas al ictus.

OBJETIVO

- Analizar el número de casos de activación de CI extrahospitalario en el último año en nuestro hospital.
- Objetivar si hay mejora de los principales tiempos en el CI tras implantar un nuevo protocolo en nuestro hospital y tras la intervención con múltiples sesiones al personal sanitario de nuestro servicio.
- Comparar el tiempo puerta-aguja según donde ser realiza la fibrinolisis.
- Ver las diferencias de nuestros tiempos respecto a las guías.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que analizamos los tiempos clave en el manejo del CI. Para ello, incluimos los casos de pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias en los que se activa el código en el período comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de ciciembre de 2024, utilizando la base de datos de Orion Clinic. Realizamos una revisión de las historias clínicas electrónicas de los pacientes con diagnóstico de ictus agudo.
Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, tiempo de llegada al hospital, tiempo de realización del TC de ictus, hora de activación del CI, el tiempo puerta-aguja y el lugar de administración del fibrinolítico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el año 2024 se activaron en nuestro hospital 125 ictus extrahospitalarios. 59 fueron varones y 66 mujeres, con una edad media de 72 años. De estos, se fibrinolisaron a 32 pacientes (25,6%). La media puerta-fibrinolisis fue de 79,78 minutos. 5 pacientes se fibrinolisaron en la mesa de TC y la media de tiempo puerta-aguja de éstos fue de 51 minutos. 117 por contra se fibrinolisaron en urgencias o en la UCI. El tiempo puerta-activación de nuestros pacientes fue de 33,85 minutos y el de puerta-TC de 50,27 minutos.

CONCLUSIONES

Nuestro hospital no es un hospital con Unidad de Ictus y es por ello que no son muchos los casos de ictus que nos llegan cada año al servicio de urgencias, así como el porcentaje de fibrinolisis realizadas. Aún así, debemos actuar con rapidez ante cualquier sospecha de ictus.
El estar en continua formación y con nuevos protocolos de activación y tratamiento ha hecho que se reduzcan los principales tiempos de CI, siendo menores si los comparamos con los tiempos obtenidos en los años 2018 a 2022. Sin embargo, sigue quedando un largo camino para llegar a los últimos estándares de las guías donde el tiempo recomendado puerta-TC no debe superar los 20 minutos y el tiempo puerta-aguja los 45 minutos.
Por último, vemos que la fibrinolisis en la mesa de TC es lo que más acorta el tiempo puerta-aguja y debe realizarse en todo paciente con clínica de ictus de <4,5 horas que sea candidato a fibrinolisis tras el TC en vacío.

P. #648

CUANDO LA MASA NO MUEVE LOS HILOS

María Ramiro Junquera, Antonio Jesús Zamora Expósito, Juan Luis Sánchez Rocamora

Hospital General de Villarrobledo, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 54 años que consulta por dolor cervical de un mes de evolución, inicialmente la paciente lo relaciona con un movimiento brusco al agacharse en su jardín, tras la exploración sin déficit neurológico evidente se decide manejar como cervicalgia mecánica. Posteriormente, tras una punción seca por fisioterapia, acude de nuevo por desarrollar dolor cervical irradiado al miembro superior derecho, con pérdida de fuerza progresiva. Ante la sospecha de radiculopatía compresiva, se solicitó una resonancia magnética cervical urgente, la cual evidenció una lesión en partes blandas con afectación lítica de C3, C2 y C4, sin compresión medular. Se inició tratamiento con corticoides y se programó estudio de extensión para descartar patología neoplásica o inflamatoria.

OBJETIVO

Analizar el proceso diagnóstico y terapéutico de una lesión lítica cervical en una paciente inicialmente diagnosticada de radiculopatía compresiva, resaltando la importancia de un enfoque multidisciplinario y del uso adecuado de pruebas de imagen para un diagnóstico precoz.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de un caso clínico atendido en un hospital de tercer nivel, en el que se evaluaron la historia clínica, los hallazgos en estudios de imagen, las intervenciones terapéuticas y la evolución hospitalaria. Se comparó la estrategia diagnóstica y de manejo con la evidencia disponible en la literatura. Se garantizó la confidencialidad de los datos conforme a la normativa ética vigente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Inicialmente, la paciente fue manejada como una cervicalgia mecánica, sin evidencia de compromiso neurológico. La persistencia del dolor y la aparición de debilidad en miembro superior derecho llevaron a sospechar una radiculopatía compresiva, por lo que se solicitó una resonancia magnética urgente. El hallazgo de una lesión en partes blandas con destrucción ósea de C3, C2 y C4 cambió el enfoque diagnóstico, priorizando el estudio de extensión para descartar neoplasia primaria o enfermedad metastásica.

Las lesiones óseas líticas en la columna cervical pueden ser secundarias a mieloma múltiple, metástasis, infecciones osteolíticas o tumores primarios óseos. La literatura destaca que el uso de resonancia magnética es clave para evaluar la afectación estructural y la posible compresión medular. En este caso, la ausencia de compresión del canal medular permitió un manejo inicial conservador con corticoides y analgesia, mientras se completaron estudios complementarios.

El diagnóstico diferencial de lesiones líticas vertebrales requiere un enfoque multidisciplinario, con la participación de neurocirugía, medicina interna, oncología y radiología. La evolución de la paciente evidenció estabilidad clínica sin deterioro neurológico, permitiendo continuar con estudio ambulatorio.

CONCLUSIONES

El caso resalta la importancia de una reevaluación clínica continua en pacientes con dolor cervical persistente y síntomas neurológicos progresivos. La resonancia magnética desempeña un papel fundamental en la detección de lesiones estructurales, evitando retrasos en el diagnóstico de patologías potencialmente graves.

La identificación de una lesión lítica en columna cervical requiere un estudio exhaustivo para determinar su etiología y optimizar el manejo terapéutico. El abordaje multidisciplinario es clave para garantizar un diagnóstico preciso y definir la estrategia terapéutica más adecuada según la evolución del paciente.

P. #653

¡DOCTORA, ME VOY A FIJAR CON ESPARADRAPO LOS PÁRPADOS PARA PODER VER!

Liliana Meana Sánchez[1], Julio Redondo Jañez[1], Silvia Sánchez Menéndez[2], Elena Rodríguez Alonso[1], Derly Katerine Herreño Carrillo[2], Adriana Fanjul Frade[2]

1. Hospital Valle del Nalón, Langreo, España
2. Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 83 años que es traído a Urgencias por imposibilidad para abrir los ojos.
Antes presentaba ptosis en el ojo izqdo, pero en los últimos días de ambos ojos. Además, presenta dificultad para la deambulación y limitación para las actividades básicas vida diaria(ABVD).
Se sometió ya a dos intervenciones neuroquirúrgicas, para resección transesfenoidal de CORDOMA de CLIVUS con extensión selar y supraselar. Le quedó ptosis completa en el ojo izqdo, como secuela.
Salvo hipertensión e hipertrofia benigna de próstata, el paciente no presenta más patología.
A la exploración neurológica destacan: pupilas arreactivas, PARÁLISIS OCULOMOTORA del VI PAR(drcho en abducción y ojo izqdo congelado). Hipoestesia en 1ª y 2ª rama del V par. Paresia facial central izqda. Hemianopsia bitemporal; marcada en ojo izqdo y menos en el drcho. Resto exploración física en rango normal.
Se realizan estudios complementarios que son normales y TAC craneal que muestra una masa centrada en la silla turca con afectación del clivus, con crecimiento respecto a imágenes previas. Se extiende al espacio posterior, con infiltración de la arteria basilar y senos cavernosos; y al espacio supraselar con infiltración del quiasma óptico.
Ante estos hallazgos es desestimado para nueva neurocirugía así como protonterapia adyuvante.
Lamentablemente tampoco será subsidiario de radioterapia paliativa, pues debido a la radiorresistencia de los cordomas no aportaría beneficios.
El paciente es alta con cuidados permanentes para las ABVD

CONCLUSIONES

-Los CORDOMAS son tumores malignos de lento crecimiento, que se originan en los restos de la notocorda; estructura embrionaria que origina el esqueleto axial.
-Estos tumores pueden encontrarse tanto en la base del cráneo como en la columna vertebral, en especial en la región sacrocoxígea.
-Representan el 1 % de las neoplasias intracraneales.
-Produce afección variable de los pares craneales (pc) II a XII, unilateral o bilateral.
-Casi siempre está afectado el VI pc OCULOMOTOR, inerva el músculo recto lateral, que hace que el ojo se desplace hacia afuera (abducción).
Se debe a que este nervio es el que presenta un trayecto más largo dentro del CLIVUS.
-Tanto la TC como la RM son esenciales para precisar el patrón de infiltración de estos tumores.
-Las metástasis son infrecuentes.
-El tratamiento óptimo consiste en la resección quirúrgica máxima junto a la radioterapia protónica.
-Conseguir una resección completa, dados los espacios anatómicos tan estrechos y la naturaleza infiltrativa de la lesión, es un reto muy complicado. Además, con frecuencia, persisten islas de tumor diseminadas en la base del cráneo.
-El comportamiento biológico del cordoma es la recurrencia.
-Hay que abordar también los problemas sociales, emocionales y de dependencia de ABVD que esta patología genera.

P. #671

MIASTENIA BULBAR: NO SOLO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS VIVE EL URGENCIÓLOGO

Paloma Mora Raimundo, Lia Aráujo Reis, Ramón Sánchez Muñoz, Miguel Villar Martínez, Marcos Fragiel Saavedra, Enrique Del Toro Daza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a Urgencias por haber presentado dos episodios de disfonía y cierto componente de disfagia y disartria. No presenta fiebre, cefalea, diplopía, tos, disnea u odinofagia asociada.

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con saturación basal de oxígeno del 91%. A la exploración destaca la ausencia de edema de úvula sin datos de inflamación en región cricotiroidea y marcada disfonía con voz nasal sin estridor. En la exploración neurológica presenta ligera disartria con la conversación espontánea y ptosis palpebral bilateral tras maniobras de fatigabilidad.

La analítica sanguínea resulta normal, incluyendo hormonas tiroideas, iones y marcadores de inflamación. El TC craneal no muestra patología intracraneal aguda.

Dada la sospecha diagnóstica de Miastenia Bulbar se inicia tratamiento con Piridostigmina 60 miligramos, presentando clara mejoría clínica. Finalmente, se cursa ingreso en Neurología.

CONCLUSIONES

La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular cuyos principales síntomas son la debilidad y fatigabilidad muscular, pudiendo manifestarse de manera generalizada o en localizaciones concretas, como es el caso de la miastenia bulbar. Su diagnóstico final se realiza a través de estudios electrofisiológicos o de la determinación de anticuerpos contra la acetilcolina, siendo habitualmente, el resto de pruebas complementarias normales.

El correcto diagnostico diferencial que se debe realizar ante un paciente que consulta por disfonía, pasa por realizar una anamnesis detallada y exploración física completa. En función de las alteraciones observadas en lo anterior, se deben realizar pruebas complementarias dirigidas.

Es importante recalcar que se debe descartar primero enfermedades comunes que producen disfonía como una faringitis, laringitis, reflujo laringofaríngeo, parálisis unilateral del recurrente por traumatismo quirúrgico, disfonía espasmódica o alteraciones tiroideas.

En la miastenia bulbar la disfonía se presenta como voz nasal (a diferencia de la mayor parte de disfonías que se presentan como ronquera, voz grave en el caso del Edema de Reinke o voz bitonal en la parálisis unilateral del recurrente). En ocasiones, se puede acompañar de estridor (en casos avanzados, disnea intensa), disartria y disfagia que empeoran a lo largo del día. No se manifiesta con odinofagia, fiebre, dispepsia ni síndrome constitucional.

En la exploración no se evidencia hipertrofia amigdalar, eritema faríngeo o edema de úvula. La auscultación cardiopulmonar suele ser normal, aunque en decúbito se puede objetivar ortopnea y uso de musculatura respiratoria accesoria. Signos muy específicos son las maniobras de fatigabilidad positivas a la supraversión de la mirada, el test de respiración única alterado o el empeoramiento de la calidad fonatoria con la conversación.

Es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz dado que, en ausencia de tratamiento, se puede producir una progresión brusca que desencadene una crisis miasténica con necesidad de intubación por insuficiencia respiratoria y obstrucción de la vía aérea. Esta complicación se da especialmente cuando existen manifestaciones bulbares, como en nuestro paciente. Hay estudios que recalcan que un 19% de los pacientes que presentaron crisis miasténica comenzaron con estos síntomas. Así mismo, un 13-20% de los pacientes debutan con la enfermedad en forma de crisis miasténica.

Este caso subraya la importancia de realizar una valoración clínica exhaustiva en el servicio de urgencias, ya que puede permitir identificar condiciones neurológicas complejas que no siempre son evidentes a través de las pruebas iniciales. Por lo tanto, la anamnesis y la exploración física siguen siendo herramientas claves para el diagnóstico precoz y efectivo de enfermedades.

P. #672

NO TODOS LOS VIRUS SON BANALES...

Lucía Salgado Pérez, Andrea González Morante, Irene Ingles Mancebo, María Boveda García, Laura Viaño Iglesias, Sara Solís Moreno

Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Se trata de un varón de 17 años, sin antecedentes médico-Quirúrgicos ni familiares de interés, sin consumo conocido de tóxicos, que visita el S. de Urgencias por aparición de novo de lesiones cutáneas, 3 Días antes había consultado al mismo centro por clínica respiratoria de vías altas, artromialgias generalizadas y un pico de fiebre con un test rápido de streptococo y virus Gripe A/B y covid negativo, siendo dado de alta con diagnóstico de Viriasis y con tratamiento sintomático.

OBJETIVO

No aporta mayor información y en la EF de dicho día llama la atención: Ctes en rango. BEG. Buena coloración . Eupneico en reposo. Rash petequial en región anterior del tórax, trapecio, MMSS y dorso de pies. En paladar duro petequias salpicadas sin ampollas hemorrágicas. Encias sin infiltraciones. No presenta datos compatibles con purpura retiforme, vasculitis, nódulos u otros datos de sufrimiento cutáneo. No adenopatías en cadenas locorregionales. Resto de EF anodina.

MÉTODO

Resultados de PC:
- Hemograma: Leucocitos 4750 con N42%, L45%, Hb 16.2, VCM 86.5, Plaquetas 1000.
- Frotis de sp: sin agregados plaquetarios. Neutrófilos en ocasiones hiposegmentados e hipogranulados. Se evidencias linfocitos heterogéneos, algunos de ellos activados de citoplasma amplio. ID: sugiere proceso infeccioso tipo mononucleosis + trombocitopenia.
- Coagulación: TP 13.5 seg, INR 1.15 y APTT 76%
- Bioquímica: Glucosa 77, Creat 0.77 con FG> 90ML/min, Na 140, K 4.4, Cl 101, Proteinas totales 7.7, Bilirrubina 0.7, GOT 52, GPT 42, LDH 287, CPK 796, PA 95, PCR 2.3.
- RX de tórax y EKG sin alteraciones reseñables.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras los hallazgos exploratorios y analíticos:
1) Se reinterroga al paciente que niega sangrado a ningún nivel oral-mucoso(epistaxis, gingivorragia...), no consumo de quininas, no viajes tropicales recientes, no clínica constitucional y no consumo de nuevos fármacos salvo algún AINEs puntual en el contexto de la viriasis reciente.
2) Se amplian pruebas de laboratorio: Serologias para VIH, VHA, VHB, VHC, VEB, CMV, parvovirus, estudio de anemias- carenciales, IGs, autoinmunidad (ANA y antiDNA) y perfil tiroideo, todas ellas resultaron negativas o en rango de normalidad, salvo IG M positiva para VEB.
3) Se contacta con Hematología de guardia, quien confirma la sospecha etiológica inicial, es decir: Probable 1° brote de PTI (Púrpura trombocitopénica idiopática) en contexto infeccioso. Cuadro de Mononucleosis con alteración leve del perfil hepático, y decide inicio de tratamiento Corticoides sistémicos a 1mg/Kg/día + IG intravenosas a dosis de 1 g/KG/día durante 2 días.
Tras inicio de tratamiento con excelente tolerancia por parte del paciente, a las 36 horas se alcanzaron cifras de plaquetas > 20000/mm3, por lo que se procedió a dar de alta al paciente con seguimiento estrecho en consultas y tratamiento únicamente corticoideo en pauta larga descendente (desde 60 mg/ día, fue descendiendo de 10 en 10 cada 5 días), hasta conseguir la resolución completa y normalización de cifras plaquetarias, sin nuevos brotes hasta la fecha (aprox 2 meses después y sin ningún tratamiento en la actualidad).

CONCLUSIONES

Destacar la importancia en esta patología de la historia clínica y la exploración, ya que no se dispone de una prueba diagnóstica específica de la PTI y por ello, se debe llegar al diagnóstico por exclusión. También destacar la importancia de conocer el abordaje de las distintas lesiones cutáneas en los servicios de Urgencias.

P. #688

EFICACIA DEL CICLOSILICATO DE SODIO Y CIRCONIO EN LA CORRECCIÓN DE LA HIPERPOTASEMIA EN URGENCIAS

Andrea Corderí Sierra, Laia López Vinardell, Marta Sancho Riba, Antonia Llinares Esquerdo, Giancarlo Ormeño Victorero, Lluís Campins Bernadàs

Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España

INTRODUCCIÓN

La hiperpotasemia es un trastorno hidroelectrolítico frecuente en los Servicios de Urgencias (SU) que se asocia a un mayor riesgo de complicaciones cardíacas y neuromusculares. Su prevalencia se ve aumentada debido al mayor número de pacientes pluripatológicos y polimedicados. El ciclosilicato de sodio y circonio (CSZ) es un quelante utilizado para el tratamiento de la hiperpotasemia que actúa a nivel de todo el tracto gastrointestinal reduciendo más rápido los niveles de potasio.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es determinar la proporción de pacientes que alcanzan la normopotasemia (potasio plasmático (Kp) <5,5mmol/L) a las 4h y 24h del inicio de tratamiento con CSZ; analizar la disminución del Kp a las 4h, 24h, 48h y 72h; determinar la proporción de pacientes que mantienen tratamiento con CSZ a las 24h, 48h y 72h; y analizar el aumento de los niveles de bicarbonato y sodio plasmático (Nap) a las 24h.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos que consultaron el SU de un hospital secundario con diagnóstico de hiperpotasemia (Kp ≥5,5mmol/L) y que iniciaron tratamiento con CSZ 10g/8h de junio 2024 a enero 2025. Se revisó la medicación del paciente, sus comorbilidades y los niveles plasmáticos de potasio, bicarbonato y sodio. Los datos se obtuvieron de la receta electrónica, la historia clínica informatizada y el informe de ingreso. El cálculo estadístico se realizó mediante Wilcoxon test.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 31 pacientes (hombres 61%, edad media 77 años), con las siguientes comorbilidades 77% ICC, 81% HTA, 42% DMII, 77% ERC. Un 68% (N=21) tenían prescritos fármacos inhibidores del sistema renina angiotensina-aldosterona (57% iECA, 33% ARAII, 9% ARNI, 9% espironolactona o eplerenona) y un 16% (N=5) quelantes de potasio como tratamiento habitual.
El 31% presentaban al ingreso un ClCr<15ml/min, el 45% ClCr 15-29ml/min, el 3% ClCr 30-60ml/min y el 21% un ClCr>60ml/min. Un 52% presentaban alteraciones del ECG; y un 52% recibió terapia concomitante con gluconato cálcico, 61% con SG10% y 10UI insulina, 13% salbutamol, y 42% con furosemida.
La media (X) de Kp inicial fue de 6,4mmol/L (5,5-7,4mmol/L). Un 45% presentaba hiperpotasemia grave (Kp ≥6,5mmol/L), un 32% hiperpotasemia moderada (Kp 6-6,4mmol/L) y un 23% hiperpotasemia leve (Kp 5,5-5,9mmol/L). En un 74% (N=23/31) de los pacientes se determinaron niveles de bicarbonato (X =20,3mmol/L (11,8-34,6mmol/L)), de los cuales el 65% (N=15/23) presentaban bicarbonato <22 mmol/L y el 35% (N=8/23) bicarbonato >22 mmol/L. La media de Nap inicial fue de 136mmol/L (123–144mmol/L).
En un 48% (N=15/31) se determinó el Kp a las 4h, de estos un 20% (N=3/15) alcanzaron la normopotasemia. En un 77% (N=24/31) se determinó el Kp a las 24h alcanzándose la normopotasemia en un 46% (N=11/24). La disminución media de Kp a las 4h, 24h, 48h y 72h fue de -0,67 (p=0.007), -0,73 (p<0.001), -1,71 (p<0.001) y -2,01 (p=0.005) puntos respectivamente. En el 36%, 45% y 6% de los pacientes se suspendió el tratamiento a las 24h, 48h y 72h respectivamente. Un 13% mantuvo el tratamiento >72h. A las 24h, el aumento de los niveles de bicarbonato en pacientes con niveles iniciales <22mmol/L fue de X =2,9 puntos y en pacientes con bicarbonato inicial >22mmol/L de X =-0,4 puntos. La media de Nap a las 24h fue de 136mmol/L (131–146mmol/L).

CONCLUSIONES

Solamente una quinta parte de los pacientes a los que se les determinó el Kp a las 4h alcanzaron la normopotasemia, mientras que aproximadamente la mitad la alcanzaron a las 24h. La reducción de los Kp fue estadísticamente significativa en todas las horas analizadas. En la mayoría de los casos el tratamiento se suspendió a las 48h. El aumento de bicarbonato fue mayor en pacientes con bicarbonato basal <22mmol/L. No se detectó un aumento de Nap.

P. #744

HEMATOMA EPIDURAL NO TRAUMÁTICO: UNA CAUSA INUSUAL DE DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO

Cristina Tristán Calvo, Elena Alcanda Renquel, Carlos Rodríguez Ots, Irene Sáez Sanz, Fernando Roque Rojas, Davide Luordo Tedesco

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome coronario crónico con angina de esfuerzo, arteriopatía periférica en seguimiento por accidente cerebrovascular (ACV) lacunar en 2019 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve-moderada. Además, presenta ateromatosis extensa con placas significativas en carótidas y subclavias. Su tratamiento habitual incluye antiagregantes plaquetarios, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del calcio y estatinas.

Acude a Urgencias por déficit motor agudo en miembro superior derecho (MSD) y dolor cervical irradiado a ambos hombros, de inicio al despertar. El paciente refiere imposibilidad para movilizar cuello y MSD, además de debilidad en la pierna derecha. No fiebre ni síntomas infecciosos. La noche previa se encontraba asintomático.

A la exploración física se encuentra consciente, orientado y en buen estado general, con tensión arterial de 150/75 mmHg, frecuencia cardíaca de 59 lpm, saturación de oxígeno del 98% y temperatura de 36.5°C.

En la exploración neurológica destaca un déficit motor en el miembro superior derecho (MSD), caracterizado por limitación en la extensión del codo y la movilidad de los dedos, con abducción conservada y fuerza mantenida en el bíceps. No presenta alteraciones sensitivas, faciales ni del lenguaje.

Dada la clínica y sus antecedentes cardiovasculares, se activa el código ictus ante la sospecha de un evento cerebrovascular agudo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

-Electrocardiograma (ECG): Bradicardia sinusal a 57 lpm, con bloqueo de rama derecha del haz de His.

-Tomografía computarizada (TAC) craneal sin contraste: ASPECTS 10, sin evidencia de hemorragia ni infarto cerebral agudo.

-AngioTAC de polígono de Willis: Circulación intracraneal sin oclusiones ni estenosis significativas.

-TAC cervical: Imagen hiperdensa milimétrica (6 mm) en el receso lateral derecho de C5-C6, sugestiva de hematoma epidural espontáneo.

Dados los hallazgos, se decide el traslado a centro de referencia para manejo neuroquirúrgico y rehabilitación especializada con diagnóstico de hematoma epidural espontáneo que condiciona déficit neurológico.

CONCLUSIONES

El hematoma epidural espontáneo es una entidad infrecuente que puede manifestarse con déficit neurológico agudo, simulando un ictus. Su diagnóstico es complejo, especialmente en pacientes con factores de riesgo cerebrovascular, lo que resalta la importancia de una evaluación detallada y el uso de estudios de imagen adecuados (1).

En este contexto, el TAC cervical es una herramienta clave para su detección precoz, permitiendo diferenciarlo de otras patologías neurológicas. El tratamiento varía desde medidas conservadoras hasta la intervención quirúrgica en casos con deterioro neurológico progresivo (2).

Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar el hematoma epidural en el diagnóstico diferencial de los déficits motores agudos con dolor cervical, especialmente en pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios (3). La identificación rápida y el abordaje adecuado permiten mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad asociada.

BIBLIOGRAFÍA

Foo D, Rossier AB. “Postoperative spinal epidural hematoma: a review”. J Neurosurg. 1981;54(6):682-6.

Groen RJ, Ponssen H. “The spontaneous spinal epidural hematoma”. Neurology. 1990;40(6):962-5.

Nagata K, et al. “Cervical spontaneous epidural hematoma: Clinical and radiological findings”. Stroke. 2000;31:1016-21.

P. #759

UN BULTO CON MUCHO NERVIO. PSEUDOANEURISMA DE FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA COMPRIMIENDO AL NERVIO MEDIANO

Iñigo Montero Sanz[1], Esteban García Cruz[2], Ricardo Edgar García García[3], Ignacio González Bautista[3], David Iglesias Pedemonte[4], Mario González Abella[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Universitario Poniente, Almería, España
3. Complexo Hospitalario Universitario de Montecelo, Pontevedra, España
4. Hospital Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 75 años con antecedente de mieloma múltiple IgA y amiloidosis AL con afectación renal, además de enfermedad renal crónica (ERC) estadio G3A4, en hemodiálisis reciente mediante fístula arteriovenosa interna (FAVI) radiocefálica izquierda. Acude al servicio de urgencias dos días después de una sesión de hemodiálisis por la aparición de un bultoma doloroso en el brazo izquierdo. El paciente refiere dolor intenso irradiado hasta los dedos, con descripción de sensación eléctrica, además de pérdida de sensibilidad y fuerza en todos los dedos de la mano respetando al quinto dedo.

A su llegada a Urgencias paciente hemodinamicamente estable, TA 161/101, FC 82lpm, SatO2 97% basal.

A la exploración física se evidenció un aumento de volumen en la región interna del codo izquierdo, doloroso a la palpación, con presencia de equimosis pero signos inflamatorios marcados. La analítica inicial no mostró alteraciones relevantes ni signos de alarma. Se realizó una ecografía Doppler, que evidenció la presencia de un pseudoaneurisma en la fístula arteriovenosa, con efecto compresivo sobre el nervio mediano.

Inicialmente, se instauró tratamiento analgésico y manejo conservador mediante inyección de trombina bajo control ecográfico, sin lograr la resolución del pseudoaneurisma en los controles posteriores. Debido a la persistencia de los dolores y la repercusión neurológica, se decidió intervención quirúrgica.

El procedimiento consistió en la reparación del pseudoaneurisma mediante control vascular distal y proximal, logrando la exclusión del mismo y la descompresión del nervio mediano. La evolución posquirúrgica fue favorable, con desaparición del dolor y recuperación progresiva de la sensibilidad y fuerza en la extremidad afectada.

CONCLUSIONES

El desarrollo de pseudoaneurismas en las fístulas arteriovenosas (FAVI) es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave en pacientes en hemodiálisis. Su identificación y manejo oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones que puedan comprometer la función de la fístula y la calidad de vida del paciente. El abordaje terapéutico varía desde estrategias conservadoras hasta la intervención quirúrgica, dependiendo de la sintomatología y el riesgo de ruptura o compromiso neurovascular.

Un caso atípico de esta complicación es la compresión del nervio mediano por un pseudoaneurisma, lo que puede generar síntomas neurológicos severos, como parestesias, debilidad muscular y dolor incapacitante. Este cuadro no solo interfiere con la funcionalidad del miembro afectado, sino que también puede comprometer la adherencia del paciente al tratamiento de hemodiálisis. En el caso descrito, la inyección de trombina, una alternativa terapéutica mínimamente invasiva, no fue eficaz, lo que requirió intervención quirúrgica con una evolución satisfactoria.

La importancia de un diagnóstico efectivo y precoz en el servicio de urgencias es clave para evitar la progresión de las complicaciones asociadas a las FAVI.

El uso de estudios de imagen como la ecografía Doppler y la identificación precoz de signos de deterioro permiten una intervención rápida y adecuada. Un diagnóstico tardío puede llevar a la pérdida de la fístula, infecciones graves o afectación neurológica irreversible.

Es por ello, que el personal del servicio de urgencias debe estar entrenado para reconocer signos de disfunción en las FAVI y poder diferenciar entre complicaciones menores y aquellas que requieren intervención inmediata.

P. #779

CUANDO LA REEVALUACIÓN CONTINUA CAMBIA TU PRINCIPAL SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Maria Cumella Campos, Amaia Ibarra Bolt
Hospital Universitario De Navarra, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN

Se recibe llamada de SOS para informar del traslado de una mujer de 92 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria, con fiebre y disnea.
Durante la mañana había estado con vómitos.
Dos días atrás acudió a su centro de salud por una herida en pierna izquierda, siendo tratada con antibioterapia.
Como antecedente personal presenta cardiopatía valvular degenerativa con función ventricular conservada.

OBJETIVO

Exponer la utilidad de pruebas complementarias ''rápidas" como la gasometría venosa y la ecografía a pie de cama para guiar nuestra actuación inicial.
Conocer la utilidad de los índices de shock y Mottling Score como factores pronósticos en sepsis y shock séptico.

MÉTODO

Se monitoriza a la paciente en sala de reanimación por inestabilidad hemodinámica (escala NEWs en triaje > 7 puntos: indicada la monitorización continua) por hipotensión arterial franca (84/40); taquicardia; desaturación 86% pese a ventimask con fiO2 34% y fiebre 38ºC.
Con estos datos se calculan índice de shock diastólico (por sospecha de sepsis) con resultado 2'55. Mottling score: 2 puntos.
Mientras enfermería canaliza dos accesos venosos se realiza ecografía a pie de cama (protocolo RUSH) con datos a favor de shock distributivo (sepsis): corazón hiperdinámico, vena cava inferior colapsable, aorta y FAST normal, pulmón con líneas B en base derecha.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se realiza gasometría venosa que muestra acidosis metabólica hiperlactacidemica (a favor de sepsis).
Se procede a sondaje vesical para cuantificación de diuresis horaria.
Se solicita analítica sanguínea y ante sospecha de sepsis se comienza resucitación con cristaloides (plasmalyte), antibioterapia (piperaciclina-tazobactam) y tratamiento sintomático.
Pese a ello, persiste hipotensión franca y llama la atención gesto de dolor de la paciente hacia epigastrio.
En radiografia de tórax se evidencia condensación basal derecha.
En analítica destaca hiperbilirrubinemia con coagulopatía y datos de sepsis: ¿son los vómitos la causa del cuadro o la consecuencia de una infección intraabdominal?
Se realiza ecografía abdominal que sugiere dilatación de vía biliar, por lo que se llama a Radiología quienes confirman dilatación de via biliar intra y extrahepática. Posteriormente acude Aparato Digestivo para valorar desobstrucción de vía biliar.
Paralelamente, pese a 1500ml de plasmalyte hipotensión arterial con tensión arterial media menor a 65mmHg, por lo que se avisa a UCI para valorar inicio de vasopresores.

CONCLUSIONES

La sepsis requiere una atención precoz por su alta morbimortalidad, con riesgo de desarrollar shock y/o fallo multiorgánico en un corto período de tiempo.
Su diagnóstico es clínico y analítico, pero siempre debemos tenerlo en cuenta para adelantarnos en su tratamiento, incluso sin tener el resultado de las pruebas complementarias, ya que la actuación en primera hora condiciona el pronóstico.
Existen numerosas escalas e índices útiles desde la llegada el paciente a Urgencias que únicamente requieren la monitorización de constantes vitales, pero mirar los gestos del paciente aporta información crucial que puede incluso cambiar nuestra principal sospecha diagnóstica.

P. #805

HIPERTIROIDISMO COMO CAUSA OCULTA DE DETERIORO COGNITIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN PACIENTE ANCIANO

José Manuel Martín Martin Valverde, Jenifer Crespo Gutiérrez, Ana Navarro Hermoso

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 84 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2 (en tratamiento con ADO e insulina), dislipemia y cáncer de vejiga con metástasis ósea (tratado con platino-gemcitabina con buena respuesta desde 2008, en seguimiento por Oncología), que acude al servicio de urgencias acompañado por sus familiares por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por episodios de despistes y pérdida de memoria, acompañados de episodios de angustia y nerviosismo. Tres semanas antes, presentó un síncope con TCE leve, en el estudio fue atribuido a una infección del tracto urinario leve.

En los días previos a su llegada a urgencias hospitalarias, el paciente presenta empeoramiento del malestar general, con mas episodios de angustia, episodios de palpitaciones autolimitadas y formula preguntas incoherentes en ocasiones. La familia refiere que ha perdido unos 5 kilos en el último mes. Su médico de atención primaria solicitó una analítica, cuyos resultados no ha llegado a revisar.

A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra consciente y orientado, con una exploración neurológica normal, auscultación cardio-pulmonar normal y constantes vitales dentro de la normalidad. Se decide realizar pruebas complementarias que incluye analítica, TC de cráneo, electrocardiograma y radiografía de tórax.

Durante su estancia en urgencias, el paciente mantiene estabilidad clínica y hemodinámica, aunque presenta un episodio de palpitaciones. Se le realiza un ECG, en el que se objetiva una fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular rápida a 140 latidos por minuto. La analítica y la radiografía no presentan alteraciones significativas, mientras que el TC craneal muestra únicamente lesiones crónicas compatibles con la edad y además se detecta la presencia de una leve infección urinaria.

Ante la ausencia de hallazgos concluyentes en las pruebas complementarias y la persistencia del cuadro clínico, se revisa en profundidad su historia médica. En los resultados de la analítica previamente solicitada por su médico de atención primaria, se identifica una alteración tiroidea significativa: TSH <0.01 mUI/L, T4: 3.28 ng/dL y T3: 4.98 pg/mL.

Estos hallazgos son compatibles con un hipertiroidismo no diagnosticado, probablemente el origen de sus síntomas.

Se pasa al paciente a observación con monitorización, para frenado de la frecuencia cardiaca, administracion de antitiroideos y vigilancia

CONCLUSIONES

El hipertiroidismo es una patología con una gran variabilidad de presentación clínica, especialmente en la población anciana, donde puede manifestarse con síntomas inespecíficos como deterioro cognitivo, ansiedad, insomnio o episodios sincopales. En este caso, la alteración del estado mental, la pérdida de peso y el síncope inicial fueron interpretados como síntomas inespecíficos, lo que retrasó el diagnóstico.

La presencia de una fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular rápida es una manifestación frecuente del hipertiroidismo, lo que refuerza la importancia de evaluar la función tiroidea en pacientes geriátricos con síntomas neuropsiquiátricos y cardiovasculares.

Dado el amplio perfil de comorbilidades del paciente, el diagnóstico de hipertiroidismo pudo haber pasado desapercibido, ya que los síntomas fueron atribuidos a otras patologías previas. Este caso destaca la importancia de una anamnesis detallada, la revisión de antecedentes clínicos y la correlación adecuada de síntomas, especialmente en pacientes ancianos con enfermedades crónicas.

Por ello, se debe considerar el hipertiroidismo en el diagnóstico diferencial de pacientes mayores con deterioro cognitivo subagudo, síntomas psiquiátricos y arritmias para evitar retrasos en su detección y tratamiento.

P. #812

MEGACOLON TÓXICO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Iñigo Montero Sanz[1], Esteban García Cruz[2], Ricardo Edgar García García[3], Ignacio González Bautista[3], David Iglesias Pedemonte[4], Inmaculada Sánchez Ojeda[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Universitario Poniente, Almería, España
3. Complexo Hospitalario Universitario de Montecelo, Pontevedra, España
4. Hospital Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica secundaria a síndrome cardiorrenal tipo 2. Acude al servicio de Urgencias por deterioro del estado general de cuatro días de evolución, asociado a astenia intensa y negativa a las ingestas. Refiere diarrea en las últimas 24 horas, sin poder precisar el número de episodios, siendo de coloración verdosa-pastosa, algunas con moco pero sin sangre. No presenta náuseas, vómitos pero si leve dolor abdominal.Refiere oliguria sin disuria ni otra clínica miccional.
En la exploración inicial, las constantes vitales muestran Tª 37ºC, TA 113/51 mmHg y FC 87 lpm. En la exploración física destaca únicamente distensión abdominal con ruidos hidroaéreos metálicos.
Los resultados analíticos revelan: proteína C reactiva (PCR) de 19.3 mg/dL, sin leucocitosis ni anemia. Se observa un aumento de la creatinina de 5.04 mg/dL respecto a su nivel basal(2.5 mg/dL), con un filtrado glomerular(FG) de 8 mL/min siendo su basal de 15mL/min. Destaca además hiponatremia (sodio 129 mEq/L) e hiperfosfatemia. La gasometría venosa muestra pH 7.34, pCO2 37, Bicarbonato 19.4, exceso de bases venosa -5,31 y potasio en 2,8 correspondiendo a acidosis metabólica parcialmente corregida e hipopotasemia moderada
Se inicia tratamiento con suero salino, bicarbonato y potasio. Se realiza una radiografía de abdomen, en la que se observa dilatación del colon transverso que posteriormente se confirma mediante TAC con la presencia de megacolon con una dilatación de hasta 9 mm.
Ante la sospecha de megacolon tóxico por Clostridium difficile se vuelve a interrogar a la paciente que afirma haber tomado ciprofloxacino para una infección del tracto urinario que tuvo en días previos. Se inicia tratamiento con vancomicina oral y metronidazol intravenoso, de forma empírica. Posteriormente en coprocultivo se aprecia resultado positivo para toxina Clostridium difficile por lo que se mantiene el tratamiento. La paciente continua con buena evolución clínica y radiológica. Una vez finalizado el tratamiento antibiótico, recibe una dosis de bezlotoxumab para disminuir el riesgo de recurrencia de la infección por Clostridium difficile.

CONCLUSIONES

El caso presentado muestra una complicación grave de la infección por Clostridium difficile en una paciente con factores de riesgo significativos, como insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. El uso reciente de antibióticos, en el contexto de una infección del tracto urinario, fue determinante en el desarrollo de este cuadro.
El megacolon tóxico es una complicación infrecuente pero grave de la colitis por Clostridium difficile, con un riesgo significativo de perforación y sepsis. El diagnóstico precoz mediante estudios de imagen y la instauración inmediata de antibioterapia dirigida son esenciales para reducir las complicaciones asociadas. El tratamiento con vancomicina oral y metronidazol de forma empírica ayudó a lograr una evolución satisfactoria la paciente. Además, la administración de bezlotoxumab al finalizar el tratamiento antibiótico representa una estrategia eficaz para reducir la recurrencia de la infección por Clostridium difficile en pacientes de alto riesgo.
Este caso enfatiza la importancia del uso prudente de antibióticos en la población y resalta el papel fundamental de una entrevista clínica detallada en el servicio de urgencias para identificar factores de riesgo y signos sugestivos de infección por Clostridium difficile, permitiendo un diagnóstico oportuno y una adecuada intervención

P. #882

DOLOR NO CONTROLADO COMO MOTIVO DE INGRESO EN ONCOLOGÍA

Teresita Larrañaga Gutiérrez[1], José Carlos García Ortiz[1][2], Ana Isabel Vacas Rama[1]

1. Hospital Universitario De Jerez, Cádiz, España
2. Uca, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

Este estudio retrospectivo analizó 38 historias clínicas de pacientes oncológicos ingresados por dolor mal controlado entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2024. La mayoría presentaba enfermedad en estadio IV (metastásicos), lo que refleja una alta complejidad clínica. Se evaluó la duración del ingreso, con una media de 10,37 días (rango: 1 a 53 días), y se analizaron las intervenciones terapéuticas aplicadas al alta, específicamente las modificaciones en la prescripción de opioides (variable rotación, aumento del 50% y modificación menor) y la aplicación de técnicas de 4° escalón (variable TECNICAS: aplicada o no aplicada). La hipótesis plantea que los pacientes con estancias breves y con intervenciones mínimas podrían ser candidatos para un manejo ambulatorio, optimizando el uso de recursos hospitalarios y reduciendo la presión en Urgencias.

OBJETIVO

Determinar si los pacientes con estancias breves y con intervenciones mínimas en el tratamiento del dolor podrían ser candidatos para un manejo ambulatorio.

MÉTODO

Se incluyeron 38 pacientes oncológicos ingresados desde Urgencias por dolor mal controlado en el periodo señalado. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la duración de ingreso: aquellos con estancia inferior a la media (<10,37 días) y aquellos con estancia igual o superior (≥10,37 días). Para el análisis de las intervenciones terapéuticas (modificaciones en la medicación y aplicación de técnicas), se excluyeron los casos que acabaron en exitus, ya que estos no contribuyen a la evaluación de dichas intervenciones, aunque sí aumentan la complejidad global de los pacientes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el grupo con estancia inferior a la media se identificaron 26 casos, de los cuales se analizaron 17 tras excluir los exitus. Entre estos 17 pacientes, 6 (35,3%) recibieron rotación en la prescripción de opioides, 2 (11,8%) presentaron un aumento del 50% y 9 (52,9%) fueron sometidos a una modificación menor en la medicación al alta. En relación a la aplicación de técnicas de 4° escalón, solo 3 de estos 17 pacientes (17,6%) recibieron la intervención, mientras que el 82,4% no la recibió. En el grupo con estancia igual o superior a la media se incluyeron 12 casos, de los cuales se analizaron 10 tras excluir los exitus. En este subgrupo, 3 pacientes (30%) recibieron rotación, 2 (20%) presentaron un aumento del 50% y 5 (50%) tuvieron una modificación menor en la medicación al alta. Respecto a la aplicación de técnicas, a 4 de estos 10 pacientes (40%) se les realizó una técnica de 4° escalón, frente a un 60% que no la recibió.

CONCLUSIONES

Los hallazgos sugieren que los pacientes con estancias más breves reciben intervenciones terapéuticas menos intensivas en comparación con aquellos con estancias prolongadas. La baja frecuencia de intervenciones en el grupo con estancia corta –con solo un 35,3% recibiendo rotación, un 11,8% aumento significativo y un 17,6% aplicando técnicas de 4° escalón– plantea la hipótesis de que estos pacientes podrían haber sido candidatos para un manejo ambulatorio. Se postula que, en casos con modificaciones mínimas en la medicación y baja aplicación de técnicas, un enfoque basado en el soporte de equipos multidisciplinarios y consulta especializada en dolor permitiría optimizar los recursos hospitalarios y mejorar la calidad de vida del paciente. En contraste, los pacientes con estancias prolongadas mostraron una mayor intensidad de intervenciones, lo que sugiere cuadros clínicos de mayor complejidad. En conclusión, este estudio preliminar indica que los pacientes oncológicos ingresados por dolor mal controlado y que presentan estancias inferiores a la media, junto con intervenciones terapéuticas mínimas, podrían manejarse de forma ambulatoria. Se recomienda la realización de estudios adicionales con mayor tamaño muestral e incorporación de otras variables clínicas para confirmar la viabilidad y seguridad de este enfoque.

P. #895

MANEJO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PORTADORES DE BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL SERVIVIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Irene Sáez Sanz, María Teresa Sánchez Fernández, Blanca Borraz Espejo, Alicia Fuente Gaforio, Sandra Moreno Ruíz, Carlos Mayandía Cano

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España

INTRODUCCIÓN

La patología abdominal es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias. Su etiología es heterogénea, y bajo este síntoma pueden subyacer enfermedades de distinto nivel de gravedad.
El balón intragástrico (BI) es una técnica endoscópica mínimamente invasiva y efectiva para la reducción de peso. Es un método seguro, pudiendo causar en ocasiones complicaciones muy graves. Las complicaciones más frecuentes están relacionadas con la distensión gástrica (nauseas, vómitos, y dolor abdominal) que suelen relacionarse con el tamaño del balón. Las graves, como perforación gástrica o esofágica, obstrucción intestinal o impactación, son infrecuentes y suelen solucionarse con la retirada del balón.

OBJETIVO

Mejoras en la detección de complicaciones en pacientes portadores de balón intragástrico en las Urgencias Hospitalarias.

MÉTODO

Revisión del manejo de una paciente ingresada por dolor abdominal tras colocación de balón intragástrico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 39 años con dolor abdominal intenso de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos incoercibles. Niega fiebre. Asocia estreñimiento de dos días de evolución e intolerancia a sólidos y líquidos. No transgresión dietética.
La paciente presenta intolerancia a metoclopramida. Fumadora de 20 cigarrillos/día. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés, salvo la colocación de un balón intragástrico en clínica privada hace 2 días. Entre su medicación habitual encontramos la toma de fluoxetina.
A su llegada a la Urgencia presenta mal estado general, con epigastralgia intensa y emesis continua. Hemodinámicamente estable con TA: 125/75 mmHg, FC:48 lpm, Sat.$O_2$99%, Tª: 36,9°C. En la exploración física destaca dolor a la palpación epigástrica con timpanismo, sin signos de irritación peritoneal. Eva 8/10.
Se inicia tratamiento con omeprazol, AINES, paracetamol, metamizol y ondansetron. La paciente se mantuvo en dieta absoluta.
En analítica sanguínea se observa leve leucocitosis (11.78 x 10^3/µL) y neutrofilia (9.1 x 10^3/µL), con función hepática y renal normales. Lipasa y amilasa sin alteraciones. PCR 2,6.
Ante mal control del dolor de la paciente, se aumenta escalón analgésico con mórficos y se decide solicitar una prueba de imagen, siendo el TC con contraste la prueba indicada.
La prueba de imagen concluye que el balón intragástrico se encuentra sin signos de complicación aguda, encontrando cambios inflamatorios inespecíficos en antro gástrico, duodeno distal y yeyuno proximal.
Considerando las posibles complicaciones derivadas de un BI, se comenta el caso con el Servicio de Cirugía General y con el endoscopista de guardia. Ante la ausencia de datos de perforación no existe indicación de intervención por parte de Cirugía.
Al ser una complicación de técnica endoscópica el papel del endoscopista es de gran importancia. Pese a todo, el manejo en la Urgencia finalmente fue conservador, al carecer del material necesario para la extracción. Se trata de un "kit" muy específico que no se encontró en diferentes hospitales de primer nivel de nuestra CA.
La paciente mantuvo buen nivel de analgesia y a la mañana siguiente fue derivada a su clínica privada para extracción del mismo.

CONCLUSIONES

- El dolor abdominal e intolerancia digestiva en pacientes portadores de BI requiere una evaluación emergente y descartar complicaciones.
- El diagnóstico diferencial es clave, ya que los síntomas iniciales pueden simular una complicación grave. La evaluación con TC permite descartar perforación y evitar procedimientos invasivos innecesarios.
- En ausencia de signos de alarma, el manejo conservador es una opción segura, pero requiere un seguimiento estricto.
- En caso de signos de alarma como fiebre, peritonismo, inestabilidad hemodinámica, o confirmación de perforación gástrica, la cirugía debe considerarse de inmediato.
- La extracción del BI debe realizarse por medio endoscópico. No disponemos del "kit" con el material necesario para el procedimiento ni en nuestro hospital ni en el hospital de referencia de primer nivel.

P. #938

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA Y PORFIRIA AGUDA. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: UN CASO CLÍNICO

Alma Elena Real Martín, Marta Torres Arrese, Marta Iciar Beneyto De Arana, Nuria Simarro Grande, Marina Carlota Tricas Gómez, Guadalupe Pérez Nieto

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 35 años, fumadora (10 cigarrillos/día) y bebedora social, con antecedentes de enfermedad celíaca tipo IIIB (atrofia vellositaria subtotal) y múltiples ingresos previos tanto en Urgencias como en planta, por dolor abdominal y náuseas, atribuidos tras distintos estudios a una lesión submucosa duodenal benigna y gastritis crónica, así como a un mal control de la celiaquía. Es portadora de un anillo vaginal anticonceptivo, habiéndose descartado el origen ginecológico del dolor en varias ocasiones.

En la consulta actual, refiere vómitos y dolor abdominal generalizado, de dos horas de evolución, que le recuerdan a los episodios habituales. La paciente niega fiebre, dispareunia o flujo purulento, así como la posibilidad de embarazo en el momento actual. Además, refiere astenia progresiva y mialgias, sin otra sintomatología.

En la exploración física, presenta regular estado general, con un componente ansioso reactivo al dolor; constantes dentro de rango, salvo por leve taquicardia. La auscultación es normal y se observa dolor difuso a la palpación abdominal, más intenso en el epigastrio, sin signos de peritonismo; Eva (Escala Visual Analógica) de 10, el resto de la exploración es anodina.

Se pauta analgesia y se solicita una analítica, donde se observa leucocitosis (18,000 unidades por milímetro cúbico) y neutrofilia, así como una leve elevación de GPT. Se realiza un test de embarazo que resulta negativo y un análisis de orina que descarta infección del tracto urinario. La ecografía clínica abdominal no muestra hallazgos de interés.

Dada la evolución del cuadro, de años de duración con crisis cada vez más limitantes, se realiza un Test de Hoesch, que resulta positivo, sugiriendo un posible episodio de porfiria aguda. La paciente tiene un largo historial de vómitos y diarrea, así como pérdida de peso involuntaria, lo que indica un mal control de su enfermedad celíaca, a pesar de negar transgresiones dietéticas. Durante su estancia en Urgencias, se le administran paracetamol, dexketoprofeno, metamizol y tramadol, logrando un alivio significativo del dolor. Se decide ingreso para completar el estudio e iniciar tratamiento intravenoso con derivados hematínicos, tras confirmarse el diagnóstico de porfiria aguda. Se le instruye sobre la importancia de evitar factores precipitantes, como el alcohol y ciertos medicamentos, así como sobre el cumplimiento del tratamiento para la celiaquía.

Evolución: La paciente muestra mejoría clínica, por lo que se decide alta con recomendaciones y seguimiento en Medicina Interna, así como control por su médico de atención primaria. Se enfatiza la necesidad de un manejo agresivo y temprano para evitar complicaciones futuras. Actualmente, tras años de episodios similares, la paciente presenta una franca mejoría.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de enfermedad celíaca y síntomas gastrointestinales recurrentes. La identificación temprana de la porfiria aguda y el inicio del tratamiento adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de la paciente, además de evitar pruebas cruentas y tratamientos erróneos. Ante síntomas de dolor abdominal tipo cólico recurrente de la intensidad y perfil referido, sin otros hallazgos que lo justifiquen, se debe considerar esta posibilidad. Siempre se debe estudiar si la paciente presenta síntomas neurológicos, dermatológicos o psiquiátricos asociados para un correcto enfoque. Se recomienda un seguimiento estrecho.

P. #948

NO TODAS LAS HEMORRAGIAS ALTAS SON DE ORIGEN DIGESTIVO

Sandra Martín Santervás, Luis Martín Catrain Ostáriz, Andrea Domínguez Prieto
HU Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 58 años, con antecedentes de tabaquismo activo y poliglobulia tratada con antiagregantes suspendidos un mes antes. Acude a urgencias por hemorragia alta de 300cc aproximadamente, compatible con hematemesis, sin otros síntomas digestivos ni respiratorios. En los días previos había presentado tos productiva y consumo de ibuprofeno (3 comprimidos).
A su llegada, se encuentra hipotenso (80/50 mmHg) y se inicia manejo con fluidoterapia y omeprazol intravenoso ante la sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA). Analíticamente destaca leucocitosis (23,000), hemoglobina de 13.9 g/dL (descendiendo a 10.2 g/dL en controles posteriores) y una radiografía de tórax con consolidación en lóbulo superior izquierdo, sugiriendo neumonía adquirida en la comunidad. Se decide su ingreso con plan de endoscopia digestiva alta (EDA).
Nueve horas después, presenta hematemesis masiva con shock hemorrágico, requiriendo reanimación intensiva y traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI). Se administra soporte hemodinámico y hemoderivados, además de realizar EDA urgente que muestra restos hemáticos y un gran coágulo gástrico sin identificar punto de sangrado activo.
Durante su estancia en UCI, el paciente sufre infarto agudo de miocardio con elevación del ST y tres paradas cardiorrespiratorias recuperadas. Se colocan tres stents y recibe transfusión de seis concentrados de hematíes, plaquetas y tratamiento hemostático.
Una EDA posterior revela una lesión ulcerada con extensión desde la amígdala derecha hasta la faringe lateral.
El diagnóstico final por TAC y biopsia fue carcinoma epidermoide orofaríngeo con ulceración extensa y contacto con la arteria carótida externa, responsable del sangrado masivo.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la importancia de considerar etiologías no digestivas en pacientes con hematemesis. La localización tumoral en orofaringe con compromiso vascular hizo que debutara como un shock hemorrágico severo.
Las HDA representan una causa frecuente de consulta en urgencias y suelen atribuirse a etiologías gastrointestinales como úlceras pépticas o várices esofágicas. Sin embargo, existen causas no digestivas que pueden manifestarse con hematemesis, como lesiones orofaríngeas o pulmonares.
Ante una hematemesis sin clara causa gastrointestinal, debe sospecharse una fuente de sangrado alternativa, incluyendo lesiones neoplásicas en la orofaringe. La identificación temprana de estos casos es crucial para evitar retrasos en el diagnóstico y optimizar el manejo del paciente.

P. #1035

NO TODO MAREO ES VÉRTIGO: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS, EL DIAPASÓN Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Luis Martín Catrain Ostáriz, Andrea Domínguez Prieto, Violeta Marina Escuder González
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, consumo crónico de alcohol (2 copas de vino diarias y ocasionalmente una copa de whisky), síndrome ansioso-depresivo e insomnio tratado con bromazepam. Presentaba además un antecedente de vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) diagnosticado hace más de 20 años.
Consultó en urgencias por episodios intermitentes de mareo, descritos como una sensación de malestar similar a estar en un barco (mareo tipo cinetosis), sin desencadenantes claros ni relación con cambios posturales. Inicialmente, negó síntomas de vértigo (ya conocidos por el paciente) o desequilibrio.
Durante la anamnesis dirigida, refirió tropiezos ocasionales al caminar, lo que motivó una exploración neurológica detallada. Los hallazgos fueron:
- Reflejos osteotendinosos simétricos.
- Prueba de Romberg: Dudosamente positiva, ya que al cerrar los ojos mientras estaba de pie con los pies juntos no llegó a caerse pero tenia cierta "tendencia a la retropulsión".
- Sensibilidad vibratoria: Disminuida en extremidades inferiores, evaluada con un diapasón de 128 Hz (>3 segundos de diferencia respecto a examinador).
- Propiocepción: Alterada en ambos miembros inferiores (incapacidad para discernir la posición de los dedos de los pies con los ojos cerrados).
- Termoalgesia: Conservada, lo que disminuye la probabilidad de una neuropatía distal de origen alcohólico o diabético (fibra fina).

Se realiza tomografia axial computarizada craneal (sin patología intracraneal aguda) y analítica sanguínea (en la que no se observan alteraciones reseñables).
Realizando de nuevo anamnesis con los hallazgos, el paciente refiere haber iniciado recientemente suplementos de vitamina B12 tras detectarse, en una analítica de rutina, un déficit significativo de esta vitamina, sin haberse relacionado inicialmente con su sintomatología (no fue comentada con ninguno de sus médicos).
Se sospechó entonces de una ataxia sensorial secundaria a degeneración combinada subaguda de la médula espinal por déficit de vitamina B12. Se remitió al paciente a Neurología para ampliar el estudio, considerando la afectación de los cordones posteriores como probable origen de la inestabilidad. Además, se realizaron recomendaciones sobre la optimización del tratamiento sustitutivo con vitamina B12, manejo del insomnio y reducción de hábitos tóxicos.

CONCLUSIONES

1. Importancia del diagnóstico estructurado: La evaluación del mareo debe diferenciar entre mareo tipo cinetosis, vértigo y desequilibrio, permitiendo una clasificación precisa de la sintomatología. Después, con algoritmos como el TiTraTe, se puede llegar en muchas ocasiones a un diagnóstico certero.
2. Utilidad del diapasón en Urgencias: La prueba de Romberg y la evaluación de la sensibilidad (entre las que destacan la vibratoria con un diapasón de 128 Hz) son fundamentales para detectar precozmente alteraciones neurológicas, haciendo posible orientar el diagnóstico diferencial.
3. Impacto del déficit de vitamina B12: La deficiencia de esta vitamina debe considerarse como causa de ataxia sensorial en pacientes con factores de riesgo, ya que su reconocimiento temprano puede prevenir discapacidades neurológicas irreversibles.

P. #1071

LEVÁNTATE Y ANDA

Cristina Luna García Lepe
Hospital de Palamós, Palamós, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta paciente mujer de 19 años con debilidad en la EID que dificulta la deambulación acompañada de hormigueo y posterior hipoestesia.
Inicio súbito sin clara progresión de los síntomas. No cefalea en el momento, ni síntomas infecciosos acompañantes. No refiere artralgias, no Lhermitte, no alteración esfinteriana. No síndrome constitucional.
Antecedentes personales
- No AMC (intolerancia a Ibuprofeno). Alergia al polen.
- Laboralmente activa, independiente ABVD. mRS 0
- Vive en domicilio familiar con sus padres

Antecedentes patológicos
- Migraña sin aura desde los 10 años (frecuencia anual)
- Crisis febriles en la infancia
- Episodios de dolor abdominal en hipocondrio derecho estudiada por Cirugía General y Ginecología. Sin hallazgos

Antecedentes Familiares:
- Abuelo paterno ELA a los 77 años.
- Padre y madre con migraña sin aura.

Medicación habitual: Antihistamínicos
Exploración Física: Hemodinámicamente estable y afebril
Neurológica: Vigil, orientada en las 3 esferas. MOEs conservados, no alteraciones campimétricas ni de otros pares craneales. No asimetría facial, nistagmus horizontal mirada derecha agotable, no diplopía ni limitación oculomotores. PICNR. BM 5/5 en EESS sin alteración sensitiva táctil. A nivel extremidades inferiores destaca déficit motor en extremidad inferior derecha de 2/5 con mayor afectación proximal. Déficit sensitivo táctil de rodilla hasta pie, discreta afectación propioceptiva ipsilateral. Hiperreflexia generalizada con reflejos vivos sin aumento de área reflexógena, hoffmann negativo. Clonus aquíleo agotable 2-3 EID. No dismetrías dedo-nariz, no disartria. RCP flexor bilateral. NIHSS 00000/00003/01000: 4
Ingresa en Unidad de Ictus por paresia e hipoestesia crural derecha de inicio repentino con sospecha de etiología vascular y tratamiento con rTpa inicial. Se mantiene bajo monitorización semi intensiva (ECG continuo, pulsioximetría y control de constantes) durante 2 días.
* A las 24 horas persiste NIHSS de 4.
EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:
NEUROIMAGEN
- TC multimodal: Hipodensidad irregular en región frontal izquierda que no impresiona de lesión isquémica (sin territorio vascular específico). Se revisan imágenes descartando LVO, senos venosos permeables.

-RMN CRANEAL: no se observan lesiones en difusión, ni hemorragias. Angio TOF sin alteraciones de flujo.
-RMN cervico-dorso-lumbar: cono medular que finaliza en L1, con correcta morfología de señal medular. Lesión quística intradural en fondo de saco dural, S2-S4, con un fin septo en su interior que condiciona leve artefacto de flujo, en probable

quiste aracnoideo .
- ELECTROMIOGRAFÍA-POTENCIALES EVOCADOS: No se observan signos de degeneración axonal aguda en extremidad inferior derecha. La activación muscular proximal y distal es deficitaria (la paciente refiere falta de fuerza), pero los patrones obtenidos muestran morfología adecuada (no neurógenos).

El conjunto de hallazgos no sugiere alteración aguda de nervio periférico afectando a extremidad inferior derecha.
- TEST DISFAGIA: negativo

LABORATORIO
- Analítica de ingreso: Hb 11.9, plaquetas 286000. Coagulación normal. Glucosa 106, creatinina 0.76. Urea 30. Perfil lipídico normal. Ionograma normal. Troponinas <3.

CARDIOLOGÍA
- Radiografía torácica: No se observan infiltrados ni condensaciones intraparenquimatosas
- ECG: RS a 74 lpm, PR cte, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización

OD: Síndrome sensitivo-motor funcional.

Alta a domicilio frente a remisión clínica y sin alteraciones hemodinámicas.

Se realiza valoración complementaria por parte de Rehabilitación con total recuperación sensitivo-motor y Psiquiatría que ayudó a mejorar la clínica durante su ingreso. A la espera de evaluación final.

CONCLUSIONES

La focalidad neurológica objetivada obliga a descartar organicidad de forma urgente, y aunque es poco frecuente, hay que sospechar de trastorno conversivo ante la incongruencia de signos y síntomas en la exploración.

Es importante recordar que los diagnósticos médicos de trastorno conversivo no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo paciente. En hasta un tercio de los diagnosticados de trastorno conversivo se acaba encontrando una causa
orgánica que justifica el cuadro.

P. #1240

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, EL GRAN IMITADOR

Almudena Villa Marti, Rosa María Nieto Ortiz
Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años que acude a Urgencias por decaimiento y desorientación de 10 días de evolución.

Se trata de una paciente con antecedentes relevantes de HTA, DM2, dislipemia, temblor esencial, síndrome ansioso-depresivo, fibromialgia, estenosis de canal lumbar con dolor en seguimiento en la Unidad del Dolor (UDO), ICC con FEVI reducida de etiología isquémica, TEP crónico con HTP severa, AOS moderado y ERC estadio G3bA1. En tratamiento con polifarmacia con tapentadol 150mg/12h, gabapentina 300 mg 2 comp/8h, rivaroxabán 20 mg/24h, dapaglifozina 10 mg/24h, furosemida 40 mg/24h, espironolactona 100 mg 1 comp/24h, pitavastatina 2 mg/24h, riociguat 0,5 mg/8h y propranolol 40 mg/8h.

Se realiza anamnesis conjunta con su hijo. Refieren deterioro del estado general con tendencia a la somnolencia y a la dificultad para mantener conversaciones de 10 días de evolución. Su hijo relata cuadro de iguales características durante ingreso en MIR hace 7 meses catalogado como síndrome confusional agudo (SCA). No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. La paciente está en seguimiento por UDO por mal control del dolor lumbar en contexto de estenosis de canal lumbar. Hace 1 mes le realizaron infiltración epidural que no fue efectiva por lo que han subido recientemente dosis de Gabapentina a 600 mg/8 h (previamente 300-300-600).

En la exploración física encontramos a la paciente con aceptable estado general y hemodinámicamente estable. Constantes: T° 36.5°C, PA 149/61 mmHg, FC 88 lpm y Sat02 92%. Consciente pero tendente al sueño. Despierta fácilmente a la llamada. Desorientada en tiempo y espacio. Nomina 3/4 y repite. Se objetivan problemas para la expresión de frases largas con bloqueos del lenguaje puntuales. Inantenta. Bradipsíquica, Se intoxica con órdenes complejas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. La paciente se pone de pie y camina con un apoyo. Resto de la exploración dentro de la normalidad.

Se realiza analítica sanguínea donde únicamente destaca discreta leucocitosis con neutrofilia: Leucocitos 13.94 Miles/mm3, Neutrófilos totales 9.93 Miles/mm3, Urea 70.0 mg/dL, Creatinina 1.50 mg/dL, Proteina C reactiva 0.30 mg/dL. Sistemático de orina normal. Radiografía de tórax sin alteraciones. Se solicita TC cerebral urgente sin patología aguda en el que se objetivan signos de vasculopatía isquémica crónica de pequeño vaso, infartos lacunares crónicos en núcleo lenticular y cambios involutivos córtico-subcorticales.

Inicialmente se sospecha SCA en contexto de aumento de dosis de gabapentina. Sin embargo, en las siguientes horas los bloqueos del lenguaje se hacen más evidentes por lo que se solicita valoración por Neurología. Se completa el estudio con EEG urgente donde se objetiva estatus epiléptico no convulsivo (EENC). Posteriormente se realiza RM cerebral que muestra hallazgos compatibles con HSA crónica parietooccipital izquierda con datos sugestivos de angiopatía amiloide cerebral. Se inicia tratamiento con 4 FAEs (levetiracetam, ác valproico,

lacosamida, clonazepam) con buena respuesta clínica y eléctrica. Posteriormente se hace desescalada hasta dejar monoterapia con levetiracetam 1gr/12h y se procede al alta.

CONCLUSIONES

Este caso clínico pone de manifiesto que el SCA es un síndrome clínico frecuente en los servicios de Urgencias que puede tener múltiples etiologías (metabólicas, infecciosas, neurológicas o psiquiátricas). Su correcta evaluación requiere de una historia y una exploración física adecuadas haciendo un adecuado diagnóstico diferencial para evitar errores que puedan retrasar un diagnóstico alternativo. En nuestro caso la paciente presentaba un EENC, una entidad infradiagnosticada debido a su presentación sutil caracterizada por alteraciones del estado mental, confusión, letargo o alteraciones conductuales sin actividad motora. Debemos sospecharla ante episodios de deterioro cognitivo agudo o fluctuante, principalmente en pacientes con patología predisponente. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y la necesidad de un abordaje diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico de los pacientes.

P. #1419

UN MAREO SIN IMPORTANCIA

Aida Natalia Arranz Guerrero[1], María José García Palma[2], Virginia Muñoz Aguilarte[2]

1. Médico Residente MFyC, Granada, España
2. Médico Urgencias HUVN, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años Independiente para actividades básicas de la vida diaria (IABVD), con Antecedentes Personales a destacar:
- Factores de riesgo cardiovascular (FRCV): Dislipemia
- Enfermedad de Alzheimer probable en grado leve moderado.
- Artritis reumatoide.
- Hiperplasia Benigna de Próstata.

Paciente trasladado por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por el ''mareo de siempre", sufrido en torno a las 14.00h de la tarde en vía publica con posterior caída hacia delante sin Traumatismo Craneoencefálico (TCE). Durante la mañana tuvo sensación vertiginosa, con nauseas, vómitos, inestabilidad de la marcha, sin otra focalidad neurológica, encontrándose previamente la noche de antes asintomático. Refiere varios episodios parecidos el último mes.

A su llegada a Urgencias, sobre las 15.00h, se encontraba sin focalidad neurológica, con vómitos y deposiciones diarreicas que fueron cediendo. Destaca cifras tensionales bajas y bradicardia sinusal a 40lpm.

En las pruebas complementarias solicitadas, la analítica contaba con Hemograma y Gasometría venosa dentro de rangos de normalidad, proteína C reactiva (PCR) 9 y Troponina I negativa. Respecto a las pruebas de imagen, en el Tomografía computarizada (TC) Craneal postraumático sin contraste, donde no se observaban lesiones postraumáticas agudas ni sangrado intracraneal.

- TC sin Contraste I.V. de Cráneo: No se observan lesiones postraumáticas agudas intracraneales ni fracturas. Atrofia corticosubcortical con mayor afectación en hemisferio izquierdo, sin claro predominio locorregional y aumento secundario del tamaño del sistema ventricular.

En torno a las 17.00h de la tarde, acudimos a reevaluar al paciente en observación apreciando en dicho momento rasgo disártrico leve del lenguaje, una mirada forzada hacia la izquierda con limitación para la dextroversión, así como un nistagmo multidireccional, acompañado de un gran componente de inestabilidad postural en bipedestación, con Romberg positivo hacia la izquierda, imposibilitándole la marcha. (NYHSS (National Institute of Health Stroke Scale) de 5 puntos, 1-0-0-1-0//1-0-0-0-0//2-0-0-0-0), con lo que se activa Código Ictus, ante la sospecha de ictus agudo, y pasa a sala de críticos, solicitándose el resto de pruebas de imagen protocolarias pertinentes, se realiza Angio-TC de troncos supraórticos y TAC de perfusión cerebral.

- Angio-TC de troncos supraaórticos: No se observan oclusiones de gran vaso intracraneal. Agenesia/hipoplasia ambas Arteria Comunicante Posterior. Senos venosos durales permeables. Marcada elongación de ambas arterias carótidas internas. No se observa estenosis significativas en troncos supraaórticos.

A pesar de los resultados inconclusos obtenidos, dada la

elevada sospecha diagnostica de Ictus Isquémico de probable localización Vertebrobasilar, tras presentar una evolución favorable durante el periodo de vigilancia de sala de observación del servicio de urgencias, el paciente finalmente fue ingresado en planta de Neurología para continuar estudio.
La sospecha clínica de ictus vertebrobasilares y contando con que nos encontramos en un Hospital con disponibilidad de resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral urgente, se le realiza ésta, donde se aprecia la presencia de lesión isquémica establecida en la vertiente posterolateral izquierda del bulbo raquídeo, de cronología reciente, compatible con afectación en territorio de la arteria vertebral derecha. Lo que le provocó una limitación motora incapacitante de cara al alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

Este caso clínico pone de relevancia la importancia del tiempo de la evolución clínica, así como la vigilancia y la reevaluación periódica del paciente durante su estancia en urgencias, lo que permite diagnosticar cuadros que presenten un curso fluctuante de los síntomas, además de ser un centro de referencia para ''Código Ictus", al disponer 24h de equipo de Neurología/ Radiología intervencionista/ y de pruebas complementarias indispensables como TAC y RMN para un diagnóstico precoz que nos permitan realizar un manejo adecuado.

P. #1430

UN VIAJE DE MALESTAR: LA HISTORIA DE UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

Laura Pérez Blanco, María Antonia Jiménez Lozano, Inés Domínguez Zotes, Laura Pérez Del Amo, Raquel Martín López
Hospital de León, León, España

INTRODUCCIÓN

Se define colecistitis aguda litiasica como una inflamación aguda de la vesícula biliar secundaria a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar; la causa más frecuente de obstrucción es la litiasis biliar. Esta obstrucción genera colecistitis por la interrupción del flujo normal de la bilis, lo que provoca la distensión vesicular, isquemia de la mucosa, y una respuesta inflamatoria. La sepsis es una respuesta inflamatoria sistémica grave a una infección, que se caracteriza por una disfunción orgánica.

OBJETIVO

Presentamos el caso de un paciente con dolor abdominal persistente de días de evolución con hallazgo de colecistitis aguda litiásica y sin mejoría con tratamiento analgésico.

MÉTODO

Varón de 66 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, sin alergias medicamentosas conocidas y en tratamiento crónico con Metformina y Barnidipino. Acude derivado desde su centro de salud tras presentar desde hace 3 días dolor en epigastrio sin mejoría tras tratamiento. Indica que le realizaron electrocardiograma en dos ocasiones, sin alteraciones, y ecografía abdominal, donde objetivaban arenilla en vías biliares. Acude por el mismo cuadro de molestia y náuseas. Niega deposiciones. Fiebre de hasta 38,7°C. Molestias a pesar de tratamiento con Paracetamol y Enantyum. En el centro de salud le administraron Metoclopramida, Omeprazol y Nolotil sin mejoría.
Se toman las constantes siendo normales. En la exploración abdominal objetivamos un abdomen blando, depresible, con dolor difuso abdominal, mayor en región epigástrica, irradiado en cinturón, con distensión abdominal y timpanismo. Signo de Blumberg negativo. Signo de Murphy positivo.
- Analítica sanguínea con niveles de Creatinina 1.2 ; FILTRADO GLOMERULAR 63 ; Sodio 137 ; AMILASA 50 ; GOT 630 ; GPT 230 ; GGT 120 ; LDH 8020 ; proBNP 567 ; PROCALCITONINA 13.50 ; PCR 58 ; BILIRRUBINA TOTAL 7.4. Bilirrubina directa e indirecta anuladas en tres ocasiones por hemólisis. LEUCOCITOS 9300 (PNM 81%), HEMOGLOBINA 12.9, PLAQUETAS 213.000.
- Radiografías de tórax y abdomen sin alteraciones.
- Electrocardiograma con ritmo sinusal a 100 lpm, QRS estrecho, eje normal. No alteraciones agudas de la repolarización.
- Ecografía abdominal completa donde se objetivan signos sugestivos de colecistitis aguda litiasica, con ligera dilatación de la vía biliar intrahepática, sin conseguir visualizar el conducto colédoco. Esteatosis hepática.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Debido a la persistencia del dolor del paciente con el tratamiento administrado, se decide dejar en observación para control de la sintomatología, ver evolución y se solicita interconsulta con el Servicio de Digestivo.
Tras la administración de sueroterapia y analgesia IV mejoran las cifras tensionales, pero persiste el dolor. Por lo que se solicita la extracción de dos hemocultivos previo a la 1ª dosis de antibiótico empírico de amplio espectro (Tazocel). Al no haber mejoría, se comenta con Digestivo y se decide hacer una nueva interconsulta al Servicio de Cirugía General para su valoración, la realización de un TAC abdominal antes de realizar el ingreso.
Parada cardiorrespiratoria en el momento del traslado desde urgencias al Servicio de Radiología para realizar escáner abdominal. Se traslada al paciente al BOX 0, y tras 25 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar se cesa por asistolia irreversible.

CONCLUSIONES

- Realizar una anamnesis exhaustiva es fundamental para sospechar un diagnóstico y poder solicitar las pruebas necesarias de una forma precoz lo cual nos va a permitir realizar un tratamiento adecuado lo antes posible.
- Es fundamental en un proceso infeccioso, identificar inmediatamente los signos, síntomas y marcadores que puedan hacer sospechar un cuadro séptico.
- En el momento que se identifica una sepsis debemos iniciar precozmente el tratamiento antibiótico y el tratamiento de soporte que permita aumentar la probabilidad de una resolución favorable del cuadro, cosa que desgraciadamente no ocurrió en este caso.

P. #1470

CUANDO UNA CEFALEA NO ES SOLO UNA CEFALEA: HEMATOMA LOBAR EN PTI SEVERA

VICTORIA Magide González, PATRICIA Sánchez Llopez, SOFIA Marco Asensi, CARLA Tello Sanabria, María Sánchez Roldan
Hospital de Manises, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno autoinmune caracterizado por trombocitopenia severa, que predispone a sangrados graves, incluyendo la hemorragia intracraneal, una de sus complicaciones más letales.

OBJETIVO

Describir el manejo en urgencias de una paciente con PTI severa y trombocitopenia extrema, que debutó con cefalea intensa secundaria a hemorragia intracraneal, resaltando la importancia del abordaje multidisciplinario y toma de decisiones en contexto de alto riesgo hemorrágico.

MÉTODO

Se presenta el caso de una mujer de 22 años con PTI refractaria a múltiples tratamientos y mala adherencia, que acude a urgencias por cefalea brusca e intensa. Se describe el abordaje inicial en urgencias, las intervenciones realizadas y su evolución clínica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La paciente, mujer de 22 años, acude por cefalea brusca e intensa de una hora de evolución.
Como antecedentes personales, no se conocen alergias medicamentosas. Fumadora de 3-4 cigarrillos/día. Diagnosticada en 2021 de púrpura trombocitopénica inmune (PTI) tras un síndrome HELLP grave, fue refractaria a múltiples líneas de tratamiento (glucocorticoides, romiplostim, avatrombopag y rituximab), con seguimiento errático y mala adherencia al tratamiento.
El cuadro se inicia con cefalea frontal brusca, asociada a vómitos y gingivorragia. Se traslada a box de vitales, donde presenta tensión arterial de 145/73 mmHg, estado general regular, diaforesis y somnolencia, con una escala de coma de Glasgow de 14/15. La paciente había acudido esa misma mañana a consulta de hematología, donde su analítica mostraba 1.000 plaquetas.
Ante esta situación, se reserva concentrado de hemoglobina, plasma y plaquetas. Se administra metoclopramida intravenosa (IV), fluidoterapia con suero salino fisiológico, bolo y perfusión continua de omeprazol. Se contacta con el servicio de hematología de guardia, que indica la administración de:
ácido tranexámico 500 mg IV, dexametasona 40 mg/día e inmunoglobulinas a 1 g/kg IV durante dos días.
Debido al deterioro neurológico, los vómitos, la trombocitopenia extrema y los antecedentes de PTI, se solicita TAC cerebral urgente, que muestra un hematoma lobar frontoparietal izquierdo de 5.5

× 5.2 × 5.4 cm, con edema asociado, efecto masa, disminución del calibre del ventrículo lateral izquierdo y desviación de la línea media a nivel del tercer ventrículo.
Se contacta nuevamente con hematología y, al tratarse de una hemorragia grave, se inicia la transfusión de un pool de plaquetas y la administración de romiplostim subcutáneo a dosis plenas como agonista de trombopoyetina. Se contacta con neurocirugía del hospital de referencia, que indica ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), aunque se desestima la cirugía en ese momento debido a la escala de Glasgow de 13/15 y el alto riesgo hemorrágico por la trombocitopenia severa. Se inicia tratamiento con levetiracetam 1000 mg cada 12 horas por riesgo de crisis comiciales.
Al segundo día de ingreso en UCI, un TAC cerebral de control mostró un aumento del hematoma y del efecto masa.
A pesar de alcanzar 86.000 plaquetas, neurocirugía desestimó la cirugía por el daño cerebral irreversible. Se decidió tratamiento de soporte y, finalmente, la paciente falleció al octavo día por deterioro neurológico, crisis hipertensiva y taquicardia supraventricular.

CONCLUSIONES

La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es un trastorno autoinmune que puede evolucionar con trombocitopenia severa y complicaciones hemorrágicas graves, como la hemorragia intracraneal. Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de signos de alarma en urgencias, donde una cefalea intensa fue la manifestación inicial de una hemorragia cerebral en una paciente con PTI severa y trombocitopenia extrema. A pesar de la rápida actuación con medidas hemostáticas y transfusión de plaquetas, el alto riesgo hemorrágico limitó las opciones terapéuticas, descartando la intervención neuroquirúrgica.
El manejo en urgencias debe enfocarse en la identificación precoz y estabilización hemodinámica. Además, este caso subraya la importancia de la adherencia al tratamiento en enfermedades hematológicas para prevenir desenlaces fatales.

P. #1481

PROBLEMAS AUTOINMUNES TRAS LA URGENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Andrea Baztan Ubani, Leyre Cristina Urueña Zamora, Arantxa Bezunartea Pascual, Alfonso Herrero Azpiazu
Hospital Universitario De Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 39 años de edad diagnosticado hace un mes de tiroiditis silente iniciando tratamiento, levotiroxina 75 mg.
Acude a urgencias derivado desde centro de salud por malestar general, astenia con imposibilidad para realizar esfuerzos que antes hacía (ciclismo)
En los últimos días ha empeora sintomatología, asocia nerviosismo y nauseas. Ha objetivado hipotensión mantenida en domicilio, aproximadamente 90/60 mmHg y ha perdido 3 kg de peso.
A su llegada a urgencias presenta tensión arterial sistólica (TAS)/ diastólica (TAD) 83 mm Hg/ 64 mm Hg. Pulso: 89 x'. Temperatura axilar: 36.5 °C. Saturacion O2: 99 % basal.
Regular estado general, inquieto, nauseoso. Hiperpigmentación palmas y en tronco. Auscultación cardio respiratoria sin alteraciones. Abdomen blando, sin masas. No signos peritonitis. Extremidades inferiores sin edemas. Neurológico sin alteraciones.
Durante su estancia en Urgencias pasa a sala de reanimación para monitorización.
Se solicitan las siguientes pruebas complementarias:
Análisis de sangre:
* Gasometría venosa: pH 7.46 CO3 45 HCO3 22 EB 0,9 Lac 0,8 Na 125 K 7. Glucemia 45
*Hemograma normal, sin alteración fórmula leucocitaria.
*Bioquímica Glucosa: 58 mg/dL. Urea: 42 mg/dL. Creatininio 1,11 mg/dL. Filtrado Glomerular CKD-EPI: 83 mL/min/1,73m2 Proteína 65,1 g/L Albúmina: 40 g/L. AST: 81 U/L ALT 109 U/L Sodio: 119 mmol/ lon Potasio 6,2 mmol/L. Cloruro: 98 mmol/L. Calcio (II): 9,5 mg/dL. Fosfato: 4 mg/dL. PCR 1.
Radiografía de tórax: sin signos de patología aguda.
ECG: ritmo sinusal a 89 x'. Sin alteración repolarización.
Ecografía abdominal: sin masas ni megalias. No liquido libre.
Se administra en urgencias ondansetron 4mg iv e hidrocortisona 75mg iv. Se inicia fluidoterapia con cristaloides a ritmo de reposición iónica. Administramos nebulización de salbutamol, administramos de forma inicial azucares via oral e iniciamos perfusión de 10 UI insulina rápida en 500 ml suero glucosado 10% y administramos furosemida 40 mg.
Mejoría clínica y hemodinámica inicial se decide ingreso en observación para tratamiento. Normalización de glucemia y potasio en gasometría de control tras dos horas de tratamiento. Ritmo diuresis, parciales > 30 ml.
Evolución durante las primeras horas sin incidencias, estable hemodinámicamente. Normalización natremia en las siguientes 18 horas.
Se realiza analítica de sangre completa tras consultar con endocrinología solicitando un estudio hormonal, llegando al diagnóstico de Crisis suprarrenal. Síndrome pluriglandular de probable origen autoinmune.
Realizamos ingreso en endocrinología para iniciar tratamiento hidrocortisona intravenoso

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un caso con una crisis suprarrenal manifestada con hipotensión (no shock), hipoglucemia, hiponatremia e hiperpotasemia.
La insuficiencia suprarrenal aguda es una emergencia médica que requiere atención urgente y/o emergente. No disponemos de registros específicos sobre su incidencia en los servicios de urgencias hospitalarias de España. En estudios europeos refieren que la prevalencia global de insuficiencia suprarrenal que recibe terapia de reemplazo a largo plazo es 2,1-4,2/ 100.000 personas; la incidencia de crisis suprarrenal en dicha población es 5-10/100 pacientes/año con una mortalidad 0,5/100 pacientes/año.
El manejo inicial se realiza con hidrocortisona intravenoso (100 mg bolo seguido de 50mg/6horas vs 200mg/24 horas perfusión) junto con medidas para resolución de cada problema:
- En caso de deshidratación y/o hiponatremia: solución salina 0.9%
- Hipoglucemia: glucosa vía oral vs intravenosa
- Hiperpotasemia: gluconato calcio (si es grave y/o hay cambien en electrocardiograma) Insulina con glucosa protección cardiaca con gluconato cálcico, aumento de eliminación de potasio renal con diuréticos de asa. En caso de fallo renal se debe plantera diálisis urgente.

Lo fundamental en estos casos es identificar la causa/ desencadenante y realizar tratamiento del mismo.

P. #1508

ALGO MÁS QUE UNA SUBIDA DE TENSIÓN

Marina Narváez Piña, Sofía García Vicente, Marta Muntané Padilla

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Paciente de 63 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y esquizofrenia paranoide, que acude a Urgencias trasladada en ambulancia por cuadro de crisis comicial evidenciada por familiares, que la describen como movimientos tónico clónicos de extremidades seguida de estado postcrítico. Refieren cefalea en los días previos asociado a vómitos y deterioro progresivo del estado general. A su llegada a cuarto de críticos, presenta nueva crisis tónico clónica en miembros superiores con mordedura lingual. Afebril en todo momento. Al monitorizar se observan cifras de tensión arterial de 240/110. Estado postcrítico con una puntuación en la escala coma de Glasgow (GCS) de 7 y acidosis metabólica. Se solicita analítica sanguínea donde destaca leucocitosis de 20000/mm3 y PCR 4 mg/L. En TC de cráneo no se objetivan lesiones agudas. En observación nuevo episodio de agitación con posterior desconexión del medio, GCS 8, hipertensión arterial 200/110 y taquicardia a 120 latidos por minuto, por lo que se procede a intubación orotraqueal. Dada situación de la paciente se realiza electroencefalograma descartando estatus epiléptico y punción lumbar normal. Finalmente se solicita resonancia magnética de cráneo donde se confirma diagnóstico de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), que mediante un control adecuado de cifras de tensión arterial, hace que la paciente evolucione favorablemente.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de un paciente con síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) que acudió al servicio de Urgencias con crisis comiciales y deterioro del estado general, destacando la importancia del diagnóstico temprano y el manejo adecuado de la hipertensión arterial en la evolución y pronóstico del paciente.

MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y esquizofrenia paranoide, que ingresó en Urgencias tras experimentar crisis tónico-clónicas y un deterioro progresivo de su estado general. Se realizó una evaluación exhaustiva que incluyó monitorización de signos vitales, análisis de laboratorio, tomografía computarizada (TC) de cráneo, electroencefalograma (EEG) y resonancia magnética (RM) para llegar al diagnóstico de PRES. Se implementó un control riguroso de la presión arterial y se monitorizó la evolución clínica del paciente. Tras control exhaustivo de la tensión arterial, la paciente evolucionó adecuadamente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La paciente presentó cifras de tensión arterial extremadamente elevadas (240/110 mmHg) y un estado de conciencia alterado (GCS 7-8). A pesar de la presencia de leucocitosis y acidosis metabólica, las pruebas de imagen y el EEG descartaron otras causas que pudiesen justificar el cuadro. La resonancia magnética confirmó el diagnóstico de PRES. Tras un manejo intensivo de la hipertensión, la paciente mostró una evolución clínica favorable, con mejoría en su estado de conciencia y resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la relevancia de considerar el síndrome de encefalopatía posterior reversible en pacientes que presentan crisis comiciales y alteraciones del estado de conciencia, especialmente en el contexto de hipertensión severa. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones a largo plazo. La monitorización continua y el control de la presión arterial son fundamentales en la atención de estos pacientes en Urgencias.

P. #1561

DISFAGIA COMPLETA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFARTO BULBAR

VICTORIA Magide González, SOFIA Marco Asensi, María Sánchez Roldan, CARLA Tello Sanabria, Marta García Zurita

Hospital Manises, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El infarto bulbar, Síndrome de Wallenberg, resulta de la oclusión de las arterias vertebrales o la arteria cerebelosa posterior inferior, afectando la región posterolateral del bulbo raquídeo. Este síndrome se manifiesta con síntomas como disfagia, hipoestesia, vértigo y disartria, debido a la interrupción de funciones vitales. El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética cerebral, y el tratamiento se centra en controlar factores de riesgo cardiovascular y, en algunos casos, en la anticoagulación o antiagregación.

OBJETIVO

El objetivo principal es diagnosticar rápidamente la causa de la disfagia del paciente, descartando otras patologías, y confirmar un posible infarto bulbar. Se debe estabilizar al paciente, controlar los signos vitales y coordinar con neurología para realizar estudios adicionales (como RMN) y determinar la causa, como una posible disección de la arteria vertebral.

MÉTODO

Se realizó una evaluación clínica inicial en urgencias, centrada en identificar síntomas neurológicos focales, como la disfagia. Se llevaron a cabo pruebas diagnósticas inmediatas, como analítica sanguínea, TAC craneal y TAC cervical para descartar otras patologías. Ante la persistencia de los síntomas y la sospecha de ictus, se solicitó una resonancia magnética cerebral, que identificó un infarto isquémico agudo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Paciente varón de 57 años que acude a urgencias por disfagia completa de una hora de evolución. No tiene antecedentes de alergias medicamentosas y niega consumo de sustancias tóxicas. Está en tratamiento para hipertensión arterial (enalapril 20 mg), dislipemia (atorvastatina 40 mg) y sospecha de accidente isquémico transitorio (ácido acetilsalicílico 100 mg).
El paciente había acudido a urgencias esa misma mañana por cefalea asociada a síntomas vegetativos, como náuseas, sudoración fría, malestar general y parestesias en la hemicara izquierda. Se le realizó una analítica sanguínea y TAC craneal sin hallazgos patológicos. El diagnóstico inicial fue cefalea migrañosa, y se administró dexketoprofeno intramuscular.
Una hora después de ser dado de alta, el paciente acudió a su Centro de Salud por disfagia, con incapacidad para tragar su propia saliva. Desde allí, se pautó antibioterapia y tratamiento antiinflamatorio por sospecha de amigdalitis. Durante la exploración otorrinolaringológica, se evidenció edema de la úvula y se consideró posible reacción alérgica al dexketoprofeno,

administrándose 40 mg de metilprednisolona intravenosa y polaramina, derivándolo nuevamente a urgencias.
A su llegada, el paciente estaba estable, sin estridor laríngeo, pero con disfagia completa. Al ingreso, estaba afebril, con una tensión arterial de 161/89 mmHg, frecuencia cardíaca de 89 lpm y saturación de oxígeno del 98% en aire ambiente. Los resultados de la analítica fueron normales.
Se solicitó un TAC cervical para descartar patología a nivel de la epiglotis. Los hallazgos mostraron una discreta asimetría de los pliegues ariepiglóticos con desviación izquierda, lo que condicionaba un receso piriforme izquierdo de menor tamaño, sugiriendo un leve edema o carácter posicional.
Se realizó una interconsulta con otorrinolaringología, donde no se evidenció patología significativa, salvo secreciones retrocricoideas. Ante la persistencia de la disfagia, se solicitó una resonancia magnética cerebral, que identificó un infarto isquémico agudo con componente hemorrágico en la región bulbar lateral derecha. Además, se observó obstrucción en el segmento V4 de la arteria vertebral derecha, con trombo, sugiriendo una disección de la arteria vertebral.
El paciente fue dado de alta a los pocos días, con medidas higiénico-dietéticas para la disfagia y tratamiento de doble antiagregación con ácido acetilsalicílico 100 mg y clopidogrel 75 mg.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la necesidad de reconocer rápidamente patologías raras, como el síndrome de Wallenberg, en urgencias. Aunque es raro, es fundamental realizar un diagnóstico diferencial preciso con TAC y RMN para evitar errores y garantizar intervención temprana. La detección temprana mejora el pronóstico del paciente y ofrece una valiosa oportunidad de aprendizaje para los equipos de urgencias, reforzando sus habilidades en situaciones complejas y poco frecuentes.

P. #1579

'STROKE MIMICS'

Luis Martínez Fideu, Paula Fueyo García, María Lourdes Corisco Sánchez, Miguel Ángel Madrigal Fernández, María Teresa Andújar Martínez-Moratalla, Fernando Picón Serrano
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años, acude a servicio de Urgencias tras activación de código ictus extrahospitalario. Único antecedente de hipertensión arterial, estaba en seguimiento por Medicina Interna por pérdida de peso y por neurología por cefalea. Hoy ha consultado por alteración de fuerza y sensibilidad en extremidades izquierdas; refiere también dos pérdidas de conocimiento en los últimos días, con recuperación espontánea.
EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente, orientado, colaborador. Constantes en rango.
- Auscultación cardiopulmonar: Sin alteraciones.
- Neurológica: Vigil, orientado en tiempo y espacio, obedece órdenes sencillas y complejas. Mirada centrada, movimientos oculares conservados, no asimetría facial. Claudicación en bloque de extremidad superior izquierda, con huffing and puffing cuando se le pide elevar miembro inferior izquierdo, sin claudicación. Sensibilidad conservada, sin ataxia ni disartria. Escala NIHSS: 2.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica sanguínea: Hemograma ,bioquímica y coagulación sin alteraciones.
- TC cerebral, Angio-TC y TC de perfusión: Ausencia de signos de isquemia o sangrado. No lesiones ocupantes de espacio. No alteraciones de perfusión. Sistema vertebrobasilar e intracraneal de calibres normales. Tumoración de 15x25x36mm en región yugulocarotídea derecha sugestiva de paraganglioma vagal.

RESOLUCIÓN:
Ante hallazgos de pruebas de imagen, se desactivó el Código Ictus y nos pusimos en contacto con Cirugía Vascular para una posible cirugía programada; al tratarse de una localización muy craneal, finalmente el paciente fue citado en consultas de Otorrinolaringología para valorar operación.

CONCLUSIONES

Los 'stroke mimics' son aquellos casos diagnosticados inicialmente como infartos isquémicos pero que finalmente no son de causa cerebrovascular. Se tratan de patologías que nos pueden despistar a la hora de diagnosticar un ictus por su similitud clínica en algunos casos. Su causa más común es la epilepsia, pero pueden ser causados por otras patologías diversas, como este caso de paraganglioma vagal.

P. #1590

OPTIMIZACIÓN DE LA PUNTUALIDAD EN TOMOGRAFÍAS CEREBRALES PARA PACIENTES CON LESIONES DE CABEZA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS: ANÁLISIS COMPARATIVO EN EL HOSPITAL GENERAL SOUTH TIPPERARY

Jesús Francisco Arzúa Moya[1], Lucía Carmen Sánchez Ciria[2]

1. Sergas, Ribeira, España
2. SAS, El Puerto De Santa María, España

INTRODUCCIÓN

Este estudio analiza el tiempo asociado a la realización de TAC cerebrales en pacientes que acuden al Departamento de Emergencias (DE) con lesiones en la cabeza en el Hospital General South Tipperary (Hospital Universitario de Tipperary). La auditoría inicial registró un tiempo promedio de 2 horas y 39 minutos desde la solicitud hasta el informe oficial de los TAC de cabeza. Seguidamente, se realizó una reauditoría que indicó un tiempo promedio revisado de 3 horas.

OBJETIVO

Evaluar y optimizar los tiempos de respuesta para la realización de TAC cerebrales en pacientes con lesiones de cabeza en el DE, asegurando la adherencia a las directrices del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en la Atención (NICE) y la Red de Auditoría e Investigación en Trauma (TARN).

MÉTODO

Documentación clínica a través de la plataforma del Sistema Médico Integrado de Imágenes (NIMIS), núcleo central para investigaciones radiológicas en el Hospital Universitario de Tipperary. Esta herramienta facilitó la revisión de elementos de casos, permitiendo un entendimiento completo del flujo de trabajo diagnóstico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La auditoría inicial reflejó que el tiempo promedio desde la solicitud hasta el informe oficial del TAC de cabeza era de 2 horas y 39 minutos. La reauditoría mostró un tiempo promedio de 3 horas y 20 minutos.

CONCLUSIONES

El contacto telefónico directo reduciría los tiempos de respuesta. La demora en la solicitud de TAC se debe a la necesidad de discutir el caso con un consultor sénior que cubre el turno en el DE y, posteriormente, con un consultor de radiología para aprobar el escaneo. La referencia consultor a consultor y el uso de herramientas profesionales de comunicación validadas (ISBAR) podrían optimizar este proceso. Referir al paciente al departamento quirúrgico para solicitar el TAC y obtener la aprobación del departamento radiológico podría ayudar a reducir las admisiones quirúrgicas. Es crucial esforzarse por minimizar los retrasos en los tiempos de entrega.

P. #1634

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO COMO PRESENTACIÓN DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Iris Livia Mar Hernández[1], Victoria Coiduras Sanagustin[2], Loreto Ruiz Díaz[2], Claudia Morlans Solanes[3], Cristina Mateo Almudevar[4], Adriana Escrivá Mayoral[5]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Hospital de Barbastro, Barbastro, España
3. Centro de Salud Grañen, Grañen, España
4. Hospital San Jorge, Huesca, España
5. Hospital de Barbastro, Barabstro, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 74 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, arteritis de células gigantes y diabetes mellitus tipo II con buen control. Nos avisan de domicilio por cuadro de focalizad neurológica desde hace 30 minutos consistente de asimetría facial y pérdida de fuerza en el hemicuerpo izquierdo y dificultad para el habla.
A nuestra llegada el marido de la paciente refiere que tras el desayuno la paciente ha empezado con dificultad para el habla y que se le caían las cosas de la mano izquierda, así como asimetría facial. Comenta que ha ido recuperando poco a poco. No refieren proceso infeccioso concomitante. No refiere clínica abdominal, respiratoria o urinaria.
Constantes: Glucemia 134 mg/dL, Saturación 98%, Tensión arterial 134/80 mmHg, Frecuencia cardiaca 80 lpm, temperatura 36,3 °C.
Exploración: Cardiopulmonar sin alteraciones. Neurológica sin alteraciones, no se objetiva focalidad.
Mientras se está escribiendo el informe, la paciente comienza con desviación de la comisura labial izquierda e imposibilidad para movilizar la extremidad superior e inferior izquierda. Se reexplora, objetivando perdida de fuerza 2/5 en extremidad superior e inferior , no alteraciones de la sensibilidad, desviación de la comisura labial izquierda, resto de pares craneal sin alteraciones. Leve disartria.
Se activa código Ictus, se traslada hacia el hospital nodo. Durante el traslado la focalidad desaparece, llegando al hospital asintomática.
En la angio tomografía axial computerizada craneal realizada en urgencias se objetiva oclusión de la arteria basilar sin signos de isquemia aguda

CONCLUSIONES

La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis granulomatosa crónica, que afecta a la aorta y a sus principales ramificaciones, en especial para las ramas extracraneales de la carótida. Es la vaculitis de gran vaso más frecuente, es más frecuente en mujeres mayores de 50 años. Su presentación típica es la de síndrome constitucional, cefalea y síntomas visuales. La incidencia de pérdida de visión es alrededor del 15% (desde 49% al 6%), es debida a la oclusión de la arteria central de la retina o a neuropatía óptica isquémica anterior arterítica (1).
El diagnóstico de ACG se realiza mediante los criterios diagnósticos de la ACR/ EULAR 2022, que incluye: ser mayo de 50 años y criterios

adicionales (rigidez matutina de hombros y cuello, perdida de visión súbita, claudicación lingual o mandibular, cefalea de inicio reciente, alodinia en cuero cabelludo, examen anormal de arterias temporales), alteraciones analíticas (aumento de la velocidad de eritrosedimentación y la proteína C reactiva, trombocitos), de imagen (signo del halo en Doppler de arterias temporales, FDG - PET con afectación en arteria aorta) y biopsia de arterias temporales (2). Su tratamiento es la administración de corticoides.

En un estudio llevado a cabo en Hospitales españoles en entre 2016 y 2018, 8747 pacientes fueron ingresados por procesos relacionados con la ACG, de ellos un 3,4% fueron atribuibles a un evento cerebrovascular, 2,8% un ictus y 0,6% un AIT (3). Las complicaciones isquémicas se han relacionado con el tratamiento corticoideo, especialmente al inicio del mismo (entre el tercer y el décimo día), siendo la afectación vertebrobasilar la más frecuente (4). En nuestra paciente presentó una afectación del territorio posterior. En una serie de 40 pacientes se objetivo que el 79% de los pacientes presentaron una afectación vertebrobasilar (5).

Es de especial interés tener en cuenta la ACG como etiología de los AIT o ictus, especialmente de territorio posterior.

P. #1646

LA IMPORTANCIA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ERRORES QUE TIENEN IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN

Joana Ugalde Lazaro, Adrián Joaquín Barrajon Masa, Gonzalo Ferreiros Miguel, Concepcion García Robledo, Manuel Holgado Ayuso, Enrique Del Toro Daza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre intermitente de semanas de evolución, con estreñimiento asociado en los últimos días. El dolor es continuo y progresivo, inicialmente en fosa iliaca izquierda y con extensión posterior al resto de cuadrantes. A la exploración física, presenta abdomen distendido, con timpanismo a la palpación y doloroso de forma generalizada sin datos de irritación peritoneal.

Analíticamente, destaca la elevación marcada de reactantes de fase aguda con leucocitosis a expensas de neutrófilos y PCR >150, siendo la procalcitonina y el resto del perfil abdominal normales. La radiografía abdominal muestra dilatación de asas de intestino delgado y de todo el marco cólico sin un claro stop obstructivo (imagen 1). Ante la sospecha inicial de síndrome de obstrucción intestinal, se completa el estudio con TC abdominal urgente, el cual muestra un marcado engrosamiento parietal de recto superior y sigma, con edema mural y estenosis de la luz que condiciona dilatación retrógrada de todo el marco cólico (diámetro de 7 cm). También se describe un trayecto fistuloso del sigma hacia la pared posterolateral derecha de la vejiga (imagen 2). Ante estos hallazgos, se realiza interconsulta desde urgencias al servicio de Cirugía General, quienes desestiman tratamiento quirúrgico urgente debido a la ausencia complicaciones inicialmente. Teniendo en cuenta los hallazgos previos, el cuadro se enfoca como un posible debut de enfermedad de Crohn fistulizante como primera posibilidad, iniciando tratamiento corticoideo y antibioterapia al no poder descartarse la etiología infecciosa y cursando ingreso en Aparato digestivo.

En planta de hospitalización, se realiza colonoscopia que presenta sigma estenosante con edema mucoso, múltiples divertículos y áreas con fibrina sobre divertículos inflamados subyacentes. Posteriormente, el paciente presenta un empeoramiento brusco, con dolor abdominal y peritonismo generalizado, realizándose TC abdominal urgente que muestra perforación de víscera hueca. En la laparotomía urgente se confirma la presencia de

perforación libre en colon sigmoide junto a perforación de fondo cecal, con resección ileocecal
y sigmoidectomía. El análisis anatomo-patológico de la pieza muestra un diagnóstico
histológico definitivo de diverticulitis.

CONCLUSIONES

Dentro de los cuadros de abdomen agudo, uno de los más frecuentes es la oclusión intestinal,
completa o incompleta, que constituye entre el 20-35% de los ingresos urgentes en Cirugía
General.
El cáncer colorrectal constituye la primera causa de obstrucción intestinal a nivel de colon,
precisando en muchas ocasiones cirugía urgente. No obstante, existen otras causas menos
frecuentes de obstrucción en las que se puede plantear tratamiento quirúrgico inicialmente.
Ante un cuadro obstructivo con datos de alarma que no responde al tratamiento conservador
inicial, se debe abogar por un abordaje quirúrgico precoz para evitar complicaciones mortales
a corto plazo independientemente de la etiología obstructiva.
A pesar de otras posibilidades diagnósticas como neoplasia colorrectal y enfermedad de Crohn
fistulizante, la existencia de una fístula colovesical en el contexto de una estenosis del colon
sigmoide de etiología inflamatoria, obliga a descartar la presencia de diverticulitis como
primera posibilidad, siendo este cuadro causante de hasta un 70-80% de los casos.
En nuestro caso, la sospecha inicial de enfermedad de Crohn produjo una demora inicial en el
tratamiento quirúrgico, lo que supuso un empeoramiento en la evolución y el pronóstico del
paciente.
El hecho de que el paciente presentase dolor en fosa iliaca izquierda con elevación de
reactantes de fase aguda asociando la imagen radiológica debería habernos hecho orientar el
caso como una diverticulitis aguda complicada e iniciar el tratamiento dirigido de forma
precoz.
En el presente caso se recalca que una buena exploración e historia clínica, seguida de unos
procedimientos protocolizados, pueden disminuir la incidencia de morbimortalidad en estos
pacientes.

P. #1648

CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE ZURDA CONTRARIADA

Ana Benito Justel[1], María Isabel Montero Vilar[2], Laura Bausela Municio[2], Marta Gómez-Escolar Pérez[2], Miguel Abad Frutos[3], José Miguel Cáceres Castro[3]

1. Emergencias Castilla Y León, Segovia, España
2. Emergencias Sanitarias Castilla Y León, Valladolid, España
3. Emergencias Sanitarias Castilla Y León, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Llamada que se recibe a las 22:08 en el Centro Coordinador de Urgencias, a través del 112 de un alertante (hijo) solicitando asistencia sanitaria para su madre de 77 años. Ayer sobre las 23:30 última vez que la ha visto bien. Esta noche al no saber nada de ella, porque no contesta al móvil, hijo acude al domicilio y se la encuentra tirada en el suelo del salón, consciente con parálisis facial izquierda y parálisis en extremidades izquierdas. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia. No alergias medicamentosas. Tratamiento con: Olmesartán 40mg, atorvastalna 40mg y lormetacepam 1mg
Los familiares refieren que vive sola desde hace una semana porque su marido está ingresado en el hospital de referencia y que la paciente lleva dos días encontrándose mal y creían que era estrés. Se objetlva una afasia motora: comprende lo que se le pregunta, pero contesta con monosílabos.
La propia paciente nos indica que hoy se ha levantado asintomálca y sobre las 11:00 de la mañana presenta un mareo sin pérdida de conocimiento y se deja caer al suelo. No relajación de esfínteres. La paciente no refiere dolor, ni disnea, ni cortejo vegetalvo, pero desde ese momento no se puede levantar.
Constantes: TA:199/78, FC: 82 y glucemia: 109. Saturación oxígeno 91%. Frecuencia respiratoria 15.Temperatura 36,6°C
Auscultación cardiopulmonar: ritmo regular sin soplos.
Rankin: 1 punto. (independiente, activo, con dolores por la edad)
Paciente consciente, orientada, colaboradora. Eupneica. Afebril. Pupilas isocóricas normorreaclvas, escala de Glasgow: 15 (4-5-6). Afasia motora. No signos de irritación meníngea. Desviación de la mirada conjugada
hacia la derecha. Parálisis facial izquierda con claudicación de extremidades izquierdas. Asomagtonosia. Anosognosia no valorable.
Auscultación cardiopulmonar: Rítmica y sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. RHA presentes. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.
Extremidades inferiores: No edemas ni signo de TVP
.
Escala RACE(Caída facial: el lado izquierdo de la cara no se mueve en absoluto. El brazo izquierdo lo mantiene contra gravedad < 10 seg
La pierna izquierda no la mantiene contra gravedad. Desviación oculocefálica: Presente. Agnosia: Tiene asomagtonosia o anosognosia Habla: Afasia motora) RACE=7
Electrocardiografía: Ritmo sinusal a 82 lpm
Canalización vías periféricas:2 vías de gran calibre
Se activa Código Ictus y posterior alerta de cercanía. Se coloca

cabecero 0- 30°
Extracción de tubos para análisis
Medidas neuroprotectoras Tratamiento con Labetalol y oxigenoterapia.
Los familiares de la paciente refieren que es diestra, por lo que pese a la clínica, no nos cuadra la clínica, ya que hubiéramos sospechado hemiplejia derecha.
Se realiza gasometría venosa (Lactato 2 mmol/L, glucemia 117) resto normal.
Llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario a las 23:28.
Entrada directa al TAC.Finalización del aviso a las: 23:45
Dx: INFARTO CEREBRAL AGUDO EN TERRITORIO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA DE PROBABLE ETIOLOGIA ATEROTROMBÓTICA.
PROCEDIMIENTO:
TROMBECTOMIA MECÁNICA ENDOVASCULAR CEREBRAL PRIMARIA.
Rehistoriada la paciente, nació siendo zurda pero la reducaron como diestra en el colegio.

CONCLUSIONES

El hemisferio izquierdo está especializado en funciones cognitivas como el lenguaje, la lógica, las matemáticas y las ciencias. El hemisferio derecho es menos racional y predomina la intuición, la creatividad, el arte y la expresión de las emociones. Las personas diestras tienen como hemisferio dominante el hemisferio izquierdo y este controla los movimientos del lado derecho del cuerpo. En las personas zurdas el hemisferio derecho es el dominante y controla el lado izquierdo del cuerpo. Cuando el hemisferio derecho es el dominante también puede tener alguna especialización en funciones cognitivas como el lenguaje.
Esto explicaría que la paciente tenga afectado el habla a pesar de ser una lesión vascular del hemisferio derecho. La paciente es zurda y su hemisferio dominante es el derecho aunque por motivos educación la hayan convertido en diestra.

P. #1688

DOLOR ABDOMINAL COMO MOTIVO DE URGENCIAS: ANALISIS

José María Fernández González, Asunción Márquez García-Salazar, Gonzalo Domínguez Alonso, Elisa Cano Bernal
Hospital De Jerez, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Sus causas son diversas, abarcando desde afecciones leves hasta enfermedades potencialmente graves. La correcta evaluación y diagnóstico temprano son esenciales para una adecuada gestión del paciente y para evitar complicaciones. Este estudio aborda las principales causas del dolor abdominal en urgencias, proporcionando información crucial para la mejora de los protocolos de atención en estos casos.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es identificar las principales causas del dolor abdominal en pacientes atendidos en un servicio de urgencias, describir su frecuencia y determinar la relación entre el tipo de dolor y la patología subyacente, con el fin de mejorar los criterios diagnósticos y terapéuticos en estos casos.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel, analizando los registros clínicos de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con dolor abdominal entre enero y diciembre de 2023. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de dolor abdominal agudo. Se recopiló información sobre la edad, sexo, características del dolor, diagnóstico final y tratamiento administrado.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De un total de 1,200 pacientes atendidos por dolor abdominal en urgencias, las principales causas identificadas fueron:
Apendicitis aguda: 25% de los casos.
Cálculos biliares (colecistitis): 18% de los casos.
Síndrome del intestino irritable: 15% de los casos.
Gastritis y úlceras pépticas: 12% de los casos.
Obstrucción intestinal: 10% de los casos.
Pancreatitis aguda: 8% de los casos.
Otras causas (diverticulitis, enfermedades ginecológicas, etc.): 12% de los casos.
El dolor se clasificó en cólico (42%), punzante (30%) y sordo (28%).
La mayoría de los casos fueron tratados con manejo médico conservador, aunque el 15% requirió intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal sigue siendo una de las principales urgencias médicas, con diversas causas que requieren un enfoque diagnóstico sistemático. La apendicitis y la colecistitis son las causas más frecuentes, aunque se observa una alta prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales, como el síndrome del intestino irritable. Es fundamental realizar una historia clínica detallada, junto con pruebas complementarias, para llegar a un diagnóstico preciso y evitar complicaciones. El manejo adecuado, ya sea médico o quirúrgico, mejora los resultados y la recuperación del paciente

P. #1729

CUANDO LA CABEZA PESA DEMASIADO: UN CASO INESPERADO DE MIASTENIA GRAVIS

Lidia Torres Valle, Juan Ignacio Morales Hijon, Marina Flores Navas

Unidad Docente Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la debilidad muscular fluctuante debido a la disfunción en la transmisión neuromuscular, causada por anticuerpos que atacan los receptores de acetilcolina (AcAChR). Aunque su presentación más común afecta los músculos oculares, la forma más grave involucra la musculatura bulbar, cervical y respiratoria, representando un riesgo vital. Los síntomas suelen ser fluctuantes y empeorar con el esfuerzo, lo que hace que el diagnóstico y tratamiento tempranos sean fundamentales para evitar complicaciones graves, como la crisis miasténica. La presentación clínica de MG en pacientes mayores puede ser atípica, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento. A través de este caso, se pretende ilustrar la importancia de reconocer los signos y síntomas tempranos de MG, así como la relevancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico rápido en el entorno de urgencias.

OBJETIVO

Identificar los signos y síntomas iniciales de la miastenia gravis en el contexto de urgencias.
Discutir las presentaciones atípicas de la miastenia gravis, especialmente en pacientes mayores.
Revisar los métodos diagnósticos clave para confirmar el diagnóstico de miastenia gravis.
Describir el manejo inicial en urgencias y las intervenciones que mejoran el pronóstico en la fase aguda.

MÉTODO

Se presenta un caso clínico de una mujer de 75 años con antecedentes médicos significativos de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, taquicardia supraventricular y osteoartrosis.
Desde septiembre de 2024, la paciente comenzó a presentar disartria fluctuante, paresia facial y ptosis palpebral bilateral, además de diplopía vertical, disfagia progresiva y pérdida de peso de 15 kg. Durante la evolución, desarrolló debilidad en la musculatura cervical, con episodios de drop head y claudicación progresiva. La paciente acudió a consulta por la persistencia de estos síntomas, sin mostrar mejoría tras fisioterapia.
En la exploración, la paciente presentó disartria flácida, ptosis palpebral bilateral, diplejia facial predominante en el lado derecho, debilidad cervical y reducción de fuerza en los miembros superiores. La maniobra de palmadas mostró fatigabilidad evidente, y la paciente no fue capaz de contar hasta 10 con una sola inspiración. Ante la sospecha clínica de MG, se realizó un estudio diagnóstico que incluyó análisis de autoanticuerpos (anti-AcAChR y anti-MuSK), electromiografía con estimulación repetitiva (EMG-ER) y tomografía computarizada (TC) torácica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados del diagnóstico incluyeron una analítica con niveles elevados de anticuerpos anti-AcAChR, lo que confirmó el diagnóstico de miastenia gravis. El electromiograma mostró una disminución en la respuesta muscular a la estimulación repetitiva, lo que reforzó la sospecha clínica. En la TC torácica no se observó timoma, lo que descartó esta posible causa secundaria. El diagnóstico se estableció con un grado IVb en la clasificación de Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), indicando una MG severa.

La paciente comenzó tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) y corticosteroides, específicamente piridostigmina y prednisona, lo que resultó en una mejora clínica progresiva. La monitorización fue esencial en su evolución, destacando la importancia de una evaluación constante y un ajuste de los fármacos en función de su respuesta. La respuesta al tratamiento, aunque favorable, requirió una vigilancia estrecha debido a la posibilidad de complicaciones respiratorias y crisis miasténicas.

CONCLUSIONES

El caso presentado destaca la importancia de reconocer la miastenia gravis en pacientes mayores, especialmente cuando la presentación es atípica o fluctuante. La disartria, ptosis y debilidad cervical deben ser investigadas a fondo en el contexto de urgencias, ya que la progresión de la enfermedad puede resultar en complicaciones graves. Un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado con inmunoterapia pueden mejorar significativamente el pronóstico, evitando crisis graves. Además, este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinar para manejar las complicaciones respiratorias y asegurar un tratamiento óptimo.

P. #1731

PARADA CARDIACA PREHOSPITALARIA POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN JOVEN DE 19 AÑOS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DURANTE LA REANIMACIÓN.

María Isabel Ortega González Gallego[1], Ángel Ricardo Valle García[2], Antonio Serrano García[3]

1. sescam. GUETS, Puertollano, España
2. GUETS, Sescam, Puertollano, España
3. sescam. GUETS, Alcazar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

El caso clínico desarrolla la atención a una parada cardiorrespiratoria prehospitalaria de un paciente de 20 años en la época de confinamiento por Covid.

Se trata de una asistencia domiciliaria en la cual nos preavisan como parada cardiorrespiratoria en joven de 20 años sin antecedentes de interés.

La asistencia se desarrolla siguiendo la evolución esperada según los protocolos vigentes de reanimación cardiopulmonar avanzada.

-Motivo de consulta: parada cardiorrespiratoria en joven de 20 años sin antecedentes de interés.

-Antecedentes personales/médicos: sin interés

-Enfermedad actual: Al llegar nos cuentan que el joven baja las escaleras con respiración muy agitada, quejándose de disnea. Se desploma y cae al suelo inconsciente. Dos vecinas, residentes de MFyC, al oir gritos en la casa se acercan, evidencian PCR y avisan 112 al tiempo que comienzan con RCP básica.

- Desarrollo inicial de la reanimación: Se evidencia al llegar que continúa con PCR y en FV, desfibrilamos entrando en asistolia. Se continua con protocolo de asistolia procediendo a compresiones torácicas, IOT y ventilación, acceso vascular (difícil por deshidratación procediendo a IO) con administración de adrenalina según protocolo.
- Desarrollo intermedio de la reanimación: Una vez completado los pasos anteriores del protocolo, nos preguntamos: ¿por qué estamos reanimando a un joven sin antecedentes previos en asistolia? ¿Qué nos falta?. Procedemos a desglosar el brazo de asistolia del protocolo de RCP avanzada y llegamos a las 4Hs y 4Ts, procediendo a su discusión y eliminación/solución. Nos quedamos con las opciones de alteraciones electrolíticas (hipo/hiper), tromboembolismo pulmonar, taponamiento cardiaco y tóxicos. En ese momento no disponíamos de ecocardiografía ni gasometría y procedemos a utilizar los medios disponibles realizando glucemia capilar al joven con el resultado de High. Se reinterroga a la familia y se confirma la ausencia de antecedentes de diabetes. Re-historiamos los días previos y nos cuentan que: el joven lleva 4 o 5 días con dolor epigástrico, vómitos y diarrea; ha acudido a centro salud (por miedo de ir al hospital por el Covid) hasta en 3 ocasiones pautando antieméticos y sueros orales con diagnósticos de GEA; esta mañana al volver del centro médico empeora de la sensación disneica y se desvanece entrando en parada cardiaca.

-Desarrollo final de la reanimación: decidimos trabajar con posible diagnostico de debut diabético con cetoacidosis. Pensamos en hiperpotasemia como causa inmediata de

la parada y procedemos a administrar: gluconato cálcico, bicarbonato e insulina. A los pocos minutos de su administración evidenciamos FV, se desfibrila y sale con pulso carotideo. Se procede a los cuidados post-reanimación, empaquetar al paciente para traslado y preaviso hospitalario.
-Desenlace del caso clínico: al llegar al hospital se confirma el cuadro de hiperpotasemia con acidosis metabólica hiperglucémica con anión GAP elevado. A los 2 días el joven termina falleciendo por fracaso multiorgánico.
-Conclusiones: No estamos acostumbrados a ver cuadros médicos tan evolucionados ya que normalmente se diagnostican y tratan antes, pero la situación de miedo y confinamiento, favoreció la evolución fatal de nuestro paciente. La utilización por medio del equipo del algoritmo de reanimación cardiopulmonar avanzada como herramienta diagnostica se mostró como una herramienta útil y en este caso nos permitió un diagnostico acertado y poder salvar este eslabón de la cadena de supervivencia dándole una oportunidad más a este paciente.

CONCLUSIONES

-Acordarnos de hacer glucemia en la PCR.
-Utilizar los algoritmos diagnósticos de las recomendaciones en situaciones de stress.
-El trabajo en equipo interdisciplinar es básico en las situaciones de emergencia.

P. #1794

PISA NO ES SOLO UNA CIUDAD ITALIANA

Paula Queizán García, Germán Pablo Lalomia, María Gutiérrez De Antonio, Pumeyawa Judilibit Guarulla Campos, Alba Hernando Mate, Leticia Silva Iglesias
Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 68 años con múltiples antecedentes (fumadora, exconsumo de alcohol, adenocarcinoma de parótida derecha intervenido y trastorno psicótico con deterioro cognitivo secundario a consumo de alcohol en seguimiento por Neurología) que es valorada en Urgencias por lateralización de la marcha hacia la izquierda progresiva que ha empeorado en las últimas 24 horas y disartria. Además han realizado aumento de dosis reciente de quetiapina por empeoramiento de cuadro confusional.
En la exploración física destaca leve disartria (descrita desde intervención de neoplasia de parótida) y en la exploración de la marcha presenta lateralización de la misma hacia la izquierda sin aumento de la base de sustentación ni otras alteraciones.
Se realiza analítica sanguínea completa, urianálisis y radiografías de tórax y cadera que no muestra alteraciones reseñables, por lo que se solicita valoración por Neurología de guardia, quien tras valorar a la paciente y descartar focalidad neurológica sugerente de patología cerebrovascular, se llega a la conclusión de que el cuadro clínico podría tratarse de una distonía axial secundaria a neurolépticos (síndrome de Pisa) debido al aumento reciente de la dosis de quetiapina, por lo que se decide disminuir progresivamente la dosis de la misma y revisión en consultas externas.

CONCLUSIONES

El síndrome de Pisa se caracteriza por la existencia de una postura anormal, distónica e involuntaria del tronco, con una flexión de la columba toracolumbar de entre 15-45°, involuntaria, que se observa en la bipedestación, sedestación y durante la marcha, que se corrige completamente con el decúbito supino. Se asocia con enfermedad de Parkinson, con el uso de fármacos antipsicóticos (con especial implicación de aquellos que actúan sobre las vías dopaminérgicas) y otras enfermedades distónicas, siendo su fisopatología incierta.
El diagnóstico es clínico, siendo necesaria una anamnesis completa sobre la toma de medicación, haciendo especial hincapié en los tratamientos con neurolépticos, tiempo de evolución y sintomatología asociada. El síndrome de Pisa debe diferenciarse de otras patologías que cursan con desviación postural como la escoliosis, la distrofia muscular, la camptocormia (flexión anterior del tronco en lugar de lateral), atrofia multisistémica…
El tratamiento dependerá de la causa subyacente, siendo en los casos secundarios a fármacos fundamental el ajuste de la dosis o la suspensión de los mismos si persiste la sintomatología, pudiendo ser útil la rehabilitación muscular o en casos refractarios la inyección de toxina botulínica.
El síndrome de Pisa, aunque es una entidad poco frecuente,

es una patología que debe tenerse en cuenta en pacientes que consultan en el servicio de Urgencias por inestabilidad y lateralización de la marcha, sobre todo en aquellos con tratamientos neurolépticos como en el caso de nuestra paciente, siendo fundamental la exploración física completa con una exploración neurológica exhaustiva que descarte otros datos de focalidad neurológica sugerentes de patología cerebrovascular.

P. #1809

MANEJO DE UNA HEMORRAGIA MASIVA DE ORIGEN INDETERMINADO CON CONTROL DE LA VÍA AÉREA EN ENTORNO DE URGENCIAS

Hipólito Ramón García Miranda, Sonia Ruiz Morales
Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 75 años con antecedente único de hipertensión arterial, acude a urgencias por aparente hematemesis tras un episodio en casa de vómitos con sangre roja y coágulos.
Constantes vitales al ingreso:
TA: 130/70 mmHg
FC: 70 lpm
SatO2: 97%
FR: 16 rpm
El paciente se encontraba hemodinámicamente estable y sin hallazgos relevantes en la exploración física inicial. Se inició tratamiento con omeprazol 80 mg en bolo seguido de perfusión continua, además de monitorización en telemetría. Se solicitaron pruebas complementarias para identificar el origen del sangrado.
Durante su estancia en urgencias, el paciente presentó hemorragia activa y persistente por cavidad oral, con sangre roja y coágulos de origen indeterminado.
Evaluación inicial y reanimación:
Reexploración de cavidad oral y vías aéreas superiores:
No se identificó claramente el foco del sangrado.
Intento de taponamiento nasal posterior con sonda Foley, pero fue mal tolerado y no detuvo la hemorragia.
Progresión a inestabilidad clínica:
Aparición de alteración del nivel de conciencia, palidez cutánea, llenado capilar >2 segundos, y extrasístoles ventriculares.
Dado el riesgo de aspiración y la ineficacia de las maniobras iniciales, se decidió realizar intubación orotraqueal (IOT) para proteger la vía aérea.
Preparativos:
Preoxigenación, preparación de material de aspiración, posición semisentada.
Planes de manejo de la vía aérea:
Plan A: IOT con videolaringoscopio.
Plan B: IOT con fibrobroncoscopio.
Plan C: Cricotiroidotomía.
Inducción y relajación neuromuscular:
Fentanilo 50 mcg, ketamina 100 mg, rocuronio 100 mg.
Primer intento fallido:
Dificultad para visualizar las cuerdas vocales debido a la gran cantidad de sangre proveniente de las fosas nasales posteriores.
La sonda de aspiración tipo Yankauer, estándar en urgencias, fue insuficiente para manejar el volumen y la viscosidad de las secreciones.
Segundo intento exitoso:
Utilización de dos sondas de aspiración simultáneas para optimizar la evacuación de sangre.
Cambio a posición plana (0°) para reducir la caída de sangre a la laringe.

Uso de la maniobra BURP para mejorar la visibilidad laríngea.
Se logró la intubación mediante videolaringoscopio en el segundo intento.
Este caso destaca la necesidad de sondas de aspiración tipo DuCanto, diseñadas para situaciones de vía aérea contaminada, que habrían optimizado el manejo.
Manejo adicional:
Administración de ácido tranexámico 1 g EV para control hemostático.
Monitorización estrecha de constantes vitales.
Tras estabilizar al paciente, se trasladó al área de radiología para realizar una TAC de cabeza, cuello, tórax y abdomen:
Se observó contenido hemático en senos paranasales, sugiriendo posible epistaxis masiva de origen posterior.
El paciente fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde permaneció clínicamente estable. Fue extubado al día siguiente sin complicaciones. Una endoscopia digestiva descartó lesiones en el tracto gastrointestinal. Posteriormente, fue dado de alta a planta hospitalaria y se programó seguimiento por el servicio de otorrinolaringología (ORL) para investigar la etiología de la hemorragia.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
Protección precoz de la vía aérea:
La decisión de realizar la IOT fue crucial para evitar aspiración y manejar de forma efectiva la hemorragia masiva.
La planificación sistemática con estrategias alternativas de abordaje fue clave para el éxito.
Optimización de equipos en la vía aérea difícil:
Las sondas de aspiración tipo Yankauer, aunque estándar, fueron insuficientes para el manejo de secreciones abundantes.
Recomendamos la incorporación de sondas de aspiración tipo DuCanto, más efectivas en estos escenarios, para mejorar el manejo de casos similares.
Importancia del diagnóstico diferencial:
Hemorragias masivas pueden originarse en múltiples sistemas (digestivo, respiratorio, otorrinolaringológico), lo que requiere un enfoque interdisciplinario y un uso adecuado de los recursos diagnósticos.
Este caso subraya la importancia de la capacitación avanzada en manejo de la vía aérea y en la adaptación de recursos para entornos de urgencias.

P. #1821

DOCTORA, NO ME SIENTO LAS PIERNAS, MUDANZA UNA Y NO MÁS

María Isabel Puerto Flores, María Luisa Abolafia Montes
Complejo Hospitalario Jaén, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 49 años valorada en Box de Críticos por dolor dorsolumbar de meses de evolución e imposibilidad para levantarse de la cama desde hace 48 h. El equipo de traslado advierte como posible trastorno conversivo.

OBJETIVO

Rehistoriamos, mujer de 49 años, dolor dorsolumbar 3-4 meses que relaciona con sobreesfuerzo físico al levantar un mueble durante una mudanza, desde entonces valorada en distintas ocasiones (centro de salud y urgencias hospitalarias) realizando tratamiento analgésico y fisioterapia. Desde toma de celebrex hace un mes, nota de manera progresiva parestesias en ambos miembros inferiores, ocasionando debilidad y tropiezo sufriendo contusión costal sin clara caída hace 48 h, permaneciendo encamada desde entonces, no logrando ponerse en pie ni incorporarse de la cama por intenso dolor dorsal, ''las piernas ya no responden".

MÉTODO

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Llama la atención aspecto caquéctico y déficit de autocuidado generalizado, ausencia de varias piezas dentales, caries y mala higiene oral. Encamada. Neurológicamente, sensibilidad conservada en miembros inferiores pero no moviliza. No perdida de control de esfínteres.
Columna cifosis dorsal, dolor a la digitopresión apófisis espinosas y en arcos costales.
Radiografía: Aplastamiento vertebral T5-T7. Lesiones líticas en costillas.
Tomografia columna: lesiones compatibles con metástasis óseas múltiples (costillas, esternón, escapulas). Fractura patológica desplazada que condiciona listesis anterior de T7 e hipercifosis angular.
Resonancia magnética: metástasis con fractura patológica que afecta a T7y T8 con listesis anterior de T7 y estenosis importante de canal pero sin compromiso medular establecido.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Diagnóstico diferencial:
- Contractura muscular
- Síndrome de compresión medular
- Mieloma múltiple
- Síndrome constitucional
- Enfermedad metastásica diseminada
- Trastorno conversivo
- Efectos secundarios medicamentosos.

CONCLUSIONES

- Una buena historia clínica para enfocar la exploración física y neurológica deben hacer sospechar el cuadro clínico y el nivel medular afecto.
- Importancia de los antecedentes personales, una vez informada del diagnostico menciona ''de pasada" que hace más de 10 años sufrió un cáncer de mama con tumorectomía y quimioterapia adyuvante con remisión completa quedando ''libre de enfermedad".
- Síntomas de alarma, neoplasia, dolor de características inflamatorias, ausencia de respuesta a tratamiento médico.
- No dejarse llevar por prejuicios incurriendo en el trastorno conversivo como primera posibilidad cuando debiera ser un diagnostico de exclusión.

P. #1827

EDEMA FACIAL PERSISTENTE: SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO OCULTO

María Virginia Martínez Alonso
Hospital Universitario Sanitas Virgen Del Mar, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 63 años, quien acude a urgencias, hasta en tres ocasiones por cuadro clínico consistente en edema y eritema facial, Acudió inicialmente a urgencias de Hospital privado donde se administró dosis de urbasón y pautaron tratamiento sintomático con antihistamínicos por sospecha de origen alérgico. A pesar de ello persistencia del cuadro, con empeoramiento progresivo. Cefalea leve asociada al cuadro inicial, con aparición de sensación de ocupación faríngea y dolor nocturno en la zona.
por lo que acude a urgencias de Hospital público, donde pautan dosis de corticoide oral (prednisona) con mejoría del cuadro de eritema y edema facial con reaparición posterior de la clínica.
Fue valorada en consultas de alergología a quienes no impresiona de origen alérgico del cuadro. También valorada por ORL descartando patología ORL.
EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión arterial: 146/81mmHg. Temperatura: 36.4 °C. Frecuencia cardíaca: 89 latidos por minuto. Saturación de oxígeno: 98 %., Consciente. Orientado. Se objetiva al examen físico eritema malar bilateral, con edema facial Bien hidratado. Bien perfundido. Bien nutrido. Eupneica. OTORRINOLARINGOLOGIA: Faringe normal. TÓRAX: Auscultación cardíaca:normal. Auscultación pulmonar:normal. ABDOMEN: Ruidos hidroaereos normales. Blando y depresible. No dolor. No peritonismo. NEUROLOGICO: Glasgow 15 puntos, No focalidad neurológica.
Se realiza analítica sanguínea con reactantes de fase aguda negativos, sedimento de orina normal.
En urgencias no se realiza radiografía de tórax, donde posteriormente se visualiza masa centrotorácica.
En su tercera visita a urgencias la paciente comenta que nota pequeñas venas en tórax, Al examen físico presenta edema en cuello y en tórax, además de circulación colateral torácica leve.
Se solicita un TAC toracoabdominal. Conclusion:
Hallazgos compatibles con síndrome de vena cava superior secundario a masa mediastínica que infiltra extensamente a la vena cava superior, presentando amplio contacto con la tráquea y grandes vasos arteriales. No se identifican lesiones pulmonares. A valorar lesión maligna primaria mediastínica. Adenopatías retrocrurales y retroperitoneales altas. La lesión mediastínica es accesible para biopsia transbronquial.
Ante dichos hallazgos, la paciente es trasladada de urgencia a hospital con oncología (ya que se trata de una urgencia oncológica) aunque la paciente no presentaba compromiso vital.
En hospital receptor se realiza videotoracoscopia y biopsia, posterior a ello se inicia tratamiento con corticoides además se añade Quimioterapia (bolo de ciclosfamida)
Dada estabilidad clínica se decide no colocar stent vascular, anatomía patológica informa que la muestra impresiona de linfoma.

CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno del síndrome de vena cava superior (SVCS) es crucial para prevenir complicaciones potencialmente mortales como lo son el edema cerebral y aumento de la presión intracraneal, disfunción respiratoria, la trombosis venosa profunda, además de mejorar el pronóstico del paciente. En este caso, la obstrucción de la vena cava superior por una masa mediastínica generó síntomas inicialmente atribuidos a causas benignas (edema facial, eritema), lo que retrasó el abordaje adecuado. Sin embargo, la aparición de signos clave, como la circulación colateral torácica y el edema cervical progresivo, orientaron hacia una patología vascular grave.

El presente caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante síntomas persistentes que no responden a tratamientos iniciales. Ante síntomas refractarios, es importante replantear diagnósticos diferenciales y avanzar en estudios de imagen (TAC toracoabdominal en este caso), también es importante el abordaje multidisciplinario: La coordinación entre urgencias, oncología y cirugía fue esencial para confirmar la etiología (linfoma/timoma) e iniciar tratamiento oportuno.

El SVCS no es una urgencia frecuente, pero su retraso diagnóstico puede tener consecuencias irreversibles. "La sospecha clínica y la tecnología de imagen son aliados clave para salvar vidas".

P. #1834

EL EFECTO DOMINÓ

Elsa López Sánchez, Sandra Aldea Bravo, Andrea Fernández Casado, Ana Rojas Romero, Ricardo Andrés Zorrilla Alarcón, Lituania Milenka Gargurevich Araujo

Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años con antecedentes de VIH positivo diagnosticado hace 8 años en tratamiento antirretroviral con regular cumplimiento y tuberculosis pulmonar hace 3 años tratado con esquema completo de tratamiento antituberculoso, que acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de astenia intensa, mareo, náuseas con vómitos asociados y pérdida de peso de aproximadamente 6 kilogramos en los últimos dos meses. Además, refiere episodio de síncope en contexto de hipotensión objetivada en el centro de salud el día previo.

A la exploración física, presenta hipotensión de 85/55 mmHg junto con taquicardia de 98 lpm con resto de constantes en rango e hiperpigmentación marronácea en pliegues cutáneos.

Se le realizaron las siguientes pruebas complementarias:

-Analítica sanguínea: Hiponatremia moderada de 125 mEq/L, hiperpotasemia leve de 5.8 mEq/L e hipoglucemia de 65 mg/dl.

-Radiografía de tórax: sin signos de tuberculosis activa.

-Electrocardiograma (ECG): con ondas T picudas sugestivas de hiperpotasemia.

-TC abdominal: atrofia suprrarenal bilateral con calcificaciones sugestivas de secuelas tuberculosas.

Juicio clínico: sospecha de insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad de Addison) secundaria a tuberculosis suprarrenal, en contexto de infección por VIH.

En urgencias, se inició sueroterapia intensiva con solución salina fisiológica al 9%, corrección de la hiperpotasemia con medidas antipotasio y tratamiento con hidrocortisona intravenosa 100 mg seguido de infusión continua, junto con fludrocortisona 0.1 mg al día para control de déficit mineralocorticoide. Además, se amplió analítica de control, objetivándose un cortisol de 2.1 µg/dL y ACTH elevada, resultados que reforzaron la sospecha diagnóstica.

El paciente presentó mejoría progresiva con la reposición hormonal y la corrección hidroelectrolítica. Al alta, se optimizó su tratamiento antirretroviral y se planificó seguimiento en consulta externa por parte de medicina interna y cita ambulatoria para evaluación endocrinológica y ajuste de dosis de glucocorticoides y fludrocortisona.

CONCLUSIONES

La insuficiencia suprarrenal se caracteriza por el déficit de las hormonas corticoesteroideas: glucocorticoides, mineralocorticoides y precursores de andrógenos suprarrenales. Los glucorticoides y los mineralocorticoides actúan a través de receptores nucleares específicos para regular eventos de respuesta a la tensión fisiológica, así como la presión arterial y el equilibrio electrolítico. La deficiencia hormonal puede ser resultado de trastorno hereditarios glandulares o enzimáticos, o de la destrucción de la glándula hipofisaria o de las

suprarrenales por enfermedades autoinmunitarias, infarto, episodios yatrógenos como cirugia, o infección, como es en nuestro caso el antecedente de tuberculosis en paciente con VIH con mal cumplimiento terapéutico.
La insuficiencia suprarrenal crónica conlleva síntomas inespecíficos como fatiga e hiperpigmentación que es una característica distintiva de la insuficiencia suprarrenal primaria, ocasionada por un exceso de estimulación de ACTH sobre los melanocitos. La hiponatremia y la hiperpotasemia es ocasionada sobre todo por deficiencia de los mineralocorticoides.
Para el diagnostico en Urgencias, se debe tener en cuenta la combinación de signos clínicos, analítica con alteraciones electrolíticas sugestivas y niveles bajos de cortisol junto con niveles elevados de ACTH. En nuestro caso se realizó estudio de imagen con TC abdominal, mostrándose atrofia suprarrenal con calcificaciones suprarrenales características de insuficiencia suprarrenal secundaria a su antecedente de tuberculosis, pudiendo haber contribuido a la reactivación de la enfermedad la inmunosupresión por mal cumplimiento del tratamiento antirretroviral.
El tratamiento requiere el inicio inmediato de rehidratación, por lo general con solución salina a velocidad inicial de 1 litro hora con vigilancia cardiaca continua. La sustitución hormonal debe realizarse con glucocorticoides mediante la inyección en bolo de 100 mg de hidrocortisona, seguida de la administración de 200 mg de hidrocortisona en 24 horas, y mineralocorticoides como la fludrocortisona a 0.1-0.15 mg en 24 horas, siendo esto fundamental para evitar una crisis suprarrenal aguda, pudiendo ser mortal si no se maneja a tiempo.

P. #1847

DESDE LAS MAMAS AL ENCÉFALO

Violeta Sánchez Hidalgo[1], Francisca Muñoz Lara[2], Esther Encarnación Muñoz Soler[2]

1. DCCU, Málaga, España
2. HRUM, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 26 años con antecedente personal de policitemia vera congénita que es trasladada desde centro donde se ha realizado mastopexia a centro hospitalario de referencia tras descartar código ictus por alteración motora y comportamental tras intervención quirúrgica

OBJETIVO

Discernir causa de
–Alteraciones motoras y sensitivas
1.- Hemiparesia izquierda con rigidez dolorosa
2.- Aducción de hombro , flexión de codo, extensión de muñecas y flexión de dedos progresiva, posible roving ocular, con torsión de tronco
3.- Disartria moderada, facial central izquierdo y hemiparesia espástica izquierda, hiperreflexia
4.- Discinesias cefálicas continuas, distonía generalizada (flexión del carpo, MTCF hiperextensión rodilla), piramidalismo generalizado. No eleva miembros a la orden
–Alteraciones del nivel de conciencia
1.- Glasgow 15 - agitación
2.- Agitada, sin obedecer ordenes ni colaborar
–Alteraciones hemodinámicas
* A las 48 horas de la llegada mantiene tensiones pero tiende a desaturarse sin O2 hasta el 86%por lo que precisa GN y ventimask
* Empeoramiento de saturación a pesar de oxigenoterapia

MÉTODO

Realización de pruebas complementarias
- Se realiza primer TAC de cráneo y angio-TAC craneal sin alteraciones
- Se realiza segundo TAC de cráneo y angio-TAC craneal sin alteraciones
- Se realiza Punción Lumbar LCR: glucosa 55, proteínas 99, leucocitos 1, hematíes 1
- RNM de difusión de cráneo: Múltiples lesiones isquémicas agudas en territorios frontera de ambos hemisferios cerebrales con predominio en el lado derecho probablemente secundarias a bajo gasto.
- Ecocardiografia cardiaca: sin alteraciones
- Angio-TAC de tórax: Malformación arteriovenosa pulmonar con trombos en los vasos de la propia malformación que sugiere el origen del ictus. Derrame pleural leve y edema del tejido celular subcutáneo

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La paciente presentó inmediatamente después de la cirugía alteración del comportamiento y de la actividad motora por lo que inicialmente se planteó como diagnóstico dudoso síndrome extrapiramidal tóxico en probable relación con propofol secundario a la anestesia completa para mastopexia bilateral. Así mismo se planteó por los movimientos tonico-clónicos crisis epilépticas en relación a proceso infeccioso (quirúrgico o encefalopatía). Tras la realización de RNM se diagnosticó de Ictus isquémico bi-hemisférico secundario a policitemia vera congénita estudiada por Hematología.
No obstante tras la alteración hemodinámica de la paciente que no afectaba por el territorio del ictus se ampliaron pruebas y se diagnosticó de TEP y anemia en fistula arteriovenosa

CONCLUSIONES

Se deberían de replantear los diagnósticos diferenciales posibles ante una paciente joven, no estudiada en profundidad previamente con clínica motora y alteración del nivel de conciencia. ¿Hubiera sido posible no demorar el diagnostico tanto tiempo ? ¿ Habría que ahondar en las diagnósticos indivividualnente? ¿ o mejor aunarlos e integrarlos? ¿Hubiera algo cambiado el pronostico de la paciente? ¿Servirían algunos otros filtros para funcionar como detectores de fallos en cadena? Esta y otras preguntas son las que nos deberíamos hacer ante casos tan complejos como este.

P. #1873

ENCEFALITIS POR GRIPE B

Verónica ELENA Fermín Ramírez, Ángel Francisco Viola Candela, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Isabel Corbacho Cambero, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Las complicaciones neurológicas asociadas a influenza son poco frecuentes y abarcan en su espectro el síndrome de Guillain-Barré, encefalopatía, encefalitis, encefalitis aguda necrotizante aguda.
Se trata de un varón de 33 años, sin antecedentes de interés. Acude remitido desde primaria. Avisa la familia por cuadro catarral con malestar, fiebre de 7 días de evolución y desde esta mañana desorientación, con comportamiento inadecuado (orinar en la habitación, se ha colocado la ropa interior por encima del pantalón y no reconoce a su hija.) Discurso repetitivo y desorientado. Valorado ayer en primaria, con tratamiento sintomático. Hoy TA 130/80 mmHg FC 120 lpm TEMp 37.5°C, Sat O2 90% glucemia 122 mg/dl. Pautan urbason 60 mg, SSF 600 ml, paracetamol 1g, administran O2 con gafas nasales a 2 litros y trasladan en soporte básico a urgencias hospitalarias.
General: Consciente, desorientado. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Colabora. Placas eritematodescamativas en hemitórax anterior derecho.
Cabeza y cuello: No IY.Carótidas isopulsátiles. COF: normal. No adenomegalias
Torax: AC: Tonos rítmicos. No soplos. No roce ni extratonos.
AP: MV disminuido en bases de ambos campos
Abdomen: Blando. No doloroso a la palpación.RHA: normal. No masas ni visceromegalias. PPL bilateral negativa.
Extremidades: No edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios +.
Neurológico: Pupilas isocóricas y normoreactivas. Pares craneales normales. No rigidez de nuca. Fuerza, tono y sensibilidad normal. Normorrefléxico. RCP flexor bilateral.
Coordinación y equilibrio marcha inestable. Mientras se le explora constantes mioclonías. Lenguaje con discurso repetitivo y desordenado. Apraxia motora.
En Urgencias se realiza analítica, donde destaca leucocitosis a expensas de neutrofilia con PCR 3.5 y procalcitonina normal. Detección de tóxicos en orina, negativo. Detección de virus respiratorios, con PCR de virus Influenza B es positiva, TAC craneal normal y el EEG muestra moderado enlentencimiento de la actividad bioeléctrica cortical sin actividad epileptiforme.
Análisis de LCR 43 leucocitos (90% mononucleares, 10% PMN) con ligero aumento de recuento celular mononuclear con panel PCR de patógenos de SNC y de gripe B negativo. Ingresa en planta donde permanece sin fiebre y mejoría del cuadro de desorientación tras inicio de medidas sintomáticas y tratamiento antivírico Tamiflu.
Cuadro confusional agudo con datos de encefalopatía difusa en EEG en relación a infección respiratoria/ sistémica por virus influenza B.

CONCLUSIONES

La infección por virus influenza B es muy frecuente en la población adulta, pero la encefalitis como complicación son pocos casos descritos en la literatura mundial los que suelen estar relacionados a los brotes estacionales anuales. La poca frecuencia de esta complicación genera para el equipo de salud una dificultad diagnóstica y terapéutica. Las manifestaciones neurológicas secundarias al cuadro infeccioso por influenza son variadas, presentándose dentro de los primeros días hasta una semana de iniciado los síntomas respiratorios. Se reconocen en la literatura desde cuadros encefalopáticos y encefalíticos leves hasta cuadros de alta mortalidad como la encefalopatía necrotizante aguda. Al tener todos ellos la misma sintomatología inicial caracterizada por compromiso de conciencia en grado variable se hace necesario considerar el espectro de manifestaciones para poder reconocer las de mayor gravedad y peor pronóstico. Estas complicaciones deben ser sospechadas en pacientes que cursan con convulsiones o compromiso de conciencia durante un cuadro respiratorio viral.

P. #1878

LUMBALGIA AGUDA COMO DEBUT DE SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A ANGIOMIOLIPOMA RENAL IZQUIERDO

Paula María Villas Luna, Carmen Gracia Díez, Marta Calvo Mayo

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años sin alergias medicamentosas, fumadora, HTA, Diabética, dislipémica, lipodistrofia familiar parcial Dunnigan, Cardiopatía isquémica crónica IAMCEST anterior Killip III (tronco coronario izquierdo y descendente anterior proximal) revascularizada con stent farmacoactivos. Tratamiento: Acido acetil salicílico 100mg/24h, Ticragrelor 90mg/12h, atorvastatina 80mg/ezetimiba 10mg /24h, metformina 1000mg/ empagliflozina 5mg /12h, nevibolol 5mg/24h, ramipril 2,5mg/24h, espironolactona 25mg/24h, ozempic 0,5mg inyección semanal, insulina: Tresiba 60-70unidades/noche y Fiasp 10-12 unidades/ dia.

Consulta y pasa a Emergencias por dolor lumbar izquierdo no mecánico de inicio súbito a las 10:00h, previamente asintomática, acompañado de náuseas, vómitos intensos, episodio presincopal y diarrea de 5 deposiciones sin productos patológicos. No fiebre. Niega traumatismos previos. No otros síntomas asociados.

En camilla: mal estado general, consciente, alerta y colaboradora, palidez mucocutánea, mal perfundida, lengua saburral, eupneica en reposo y al habla tolerando decúbito.

Tensión (TA) MSD 54/40 MSI 118/89, Frecuencia cardiaca (Fc) 60lpm, Saturación Oxígeno no valorable. Afebril. Pulso radial ausente. Glucemia capilar 240 mg/dl

- Auscultación Cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Buen murmullo vesicular
- Abdomen: blando, doloroso a palpación generalizada (predominio en flanco y fosa iliaca izquierda), blumberg, murphy y puños no valorables por dolor.
- Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa
- Neurológico: Pupilas isocóricas normoreactivas, movimientos oculares conservados, Glasgow 15/15, no focalidad neurológica. No signos meníngeos ni lesiones cutáneas.
- Tacto rectal: esfínter normotónico, restos fecales oscuros y malolientes sugestivos de melenas. No hemorroides externas ni palpables.
- E-FAST: liquido libre hiperecogénico en espacio esplenorenal izquierdo.

Se canalizan dos vías venosas periféricas y sondaje vesical. Solicitamos ECG, analítica con perfil abdominal, gasometría venosa y pruebas cruzadas. Se inicia tratamiento con sueroterapia intensiva, 2UI insulina rápida subcutánea, fentanilo 75mcg y bolo de 80mg omeprazol intravenosos.

GASOMETRIA VENOSA

- PH 7,26 PCO2 39,2 HCO3 17,6, Hb 6,6, Na 144, K 3,7 Glu 212, Láctico 2,8

ECG: Ritmo sinusal 62lpm

Se prealerta a Banco de Sangre y Endoscopista de Guardia. Se solicita Tomografía computarizada de abdomen con contraste (TAC)

TAC ABDOMEN
Importante hematoma perirrenal y pararrenal (posterior y anterior) izquierdos con extensión al hilio, 9.3 x 18 cm transversal y craneocaudal respectivamente. Múltiples angiomiolipomas, el mayor de ellos y sangrante, en región posterior del polo superior (4.7 cm). Signos de sangrado activo dependientes de la rama posterior arteria renal. Ligero derrame pleural izquierdo. Riñón derecho normal. No otros hallazgos significativos.
ANALITICA: Leucocitosis 12710/uL con neutrofilia 84,7%, anemia macrocítica hipocrómica (Hemoglobina 6,7gr/dl), plaquetas y coagulación en rango. Bioquímica: Glucosa 249mg/dL, Creatinina 1,25mg/dL, Filtrado glomerular 47mL/min, bilirrubina, amilasa, lipasa y transaminasas normales, Iones en rango. Proteína C reactiva (PCR) 0,5. Orina: Glucosuria 1000mg/dL, resto negativo.
Se contacta con Urología y Radiología intervencionista procediendo a la embolización de la arteria renal izquierda (polo superior) mediante Gluebrand/lipiodol 1:3, se administran 3 concentrados de hematíes y 3 litros de cristaloides desde su llegada hasta ingreso en Cuidados intensivos (UCI).
Llegada a UCI: adormilada tras procedimiento, orientada y colaboradora, palidez mucocutánea, relleno capilar enlentecido. TA 105/65 FC 70lpm SatO2 98%. Afebril.
GASOMETRIA VENOSA: PH 7,18 PCO2 31,2 HCO3 12,1 Hb 9,9 Na 144, K 2,8, Glu 101, Láctico 1,7.
Evoluciona de forma favorable durante su estancia en UCI y planta

CONCLUSIONES

1. Importancia de un manejo sistemático ABCDE ante paciente críticos para optimizar la atención.
2. Realizar una anamnesis detallada y evaluación secundaria exhaustiva con exploración de cabeza a pie para plantear los posibles diagnósticos diferenciales.
3. Evaluar los posibles diagnósticos diferenciales para realizar un correcto manejo y tratamiento de cada paciente.
4. Uso de la E-FAST para una orientación diagnóstica que permita filiar cuadros clínicos que precisen un manejo emergente.
5. La coordinación multidisciplinaria y el trabajo en equipo son fundamentales en el manejo de patologías tiempo-dependientes, donde la rapidez y precisión en las intervenciones pueden determinar la evolución clínica del paciente.

P. #1880

EL ELECTROLITO OLVIDADO

Luis Pérez Dávila, Manuel Pérez Figueras, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz, Paula López De La Pena, Paula Rodas Bordallo

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia y enfermedad renal crónica en tratamiento con omeprazol, una estatina y triple terapia antihipertensiva que acudió al servicio de urgencias (SU) por diarrea intensa, temblores en extremidades y nistagmo. Asintomático hasta 48 horas antes, cuando comenzó con 15 episodios diarios de diarrea sin sangre ni moco, acompañados de dolor abdominal tipo cólico.
A su llegada al SU, presentó signos de deshidratación, taquicardia (140 lpm) y presión arterial de 120/75 mmHg. En urgencias, desarrolló mioclonías en las cuatro extremidades, que se resolvieron espontáneamente. Su examen neurológico reveló nistagmo vertical bilateral, pero sin otras alteraciones.
Los estudios iniciales mostraron hiperglucemia moderada (glucosa 375 mg/dl), acidosis metabólica con anión gap elevado (pH 7.19, bicarbonato en 8.4 mEq/L), lactato en 15 mmol/L, leucocitosis con desviación izquierda, hipocloremia y proteína C reactiva de 7 mg/dl con niveles de calcio y potasio normales. Su electrocardiograma evidenció taquicardia sinusal y extrasístoles ventriculares. Se administró hidratación intravenosa, insulina en perfusión y antibióticos de amplio espectro (meropenem) ante la sospecha de sepsis abdominal, aunque una tomografía abdominal resultó normal. También presentó insuficiencia renal reagudizada.
Poco después, tuvo nuevos episodios de mioclonías, por lo que se realizó una tomografía cerebral sin hallazgos significativos. Se amplió la analítica y se detectó hipomagnesemia severa (0.57 mg/dl). Se administró sulfato de magnesio intravenoso y fue hospitalizado para monitoreo. Se calculó la fracción excretada de magnesio en orina, encontrándose menor al 2%, sugiriendo pérdidas extrarrenales secundarias a la diarrea severa.
Con el tratamiento, el paciente mejoró clínica y analíticamente, por lo que fue ingresado en medicina interna para completar estudios. Finalmente, se determinó que la diarrea era de origen viral tras resultados negativos de coprocultivo y toxina de C. difficile.
Una semana después del alta, fue remitido nuevamente por hipomagnesemia severa en analítica de control (0.5 mg/dl), aunque esta vez sin síntomas. Se administró magnesio intravenoso y se corrigieron los valores. Ante la recurrencia, se revisó su medicación y se sospechó que el uso crónico de omeprazol contribuía a la hipomagnesemia refractaria. Se suspendió el fármaco y se indicó reposición oral de magnesio.
Con la suspensión del omeprazol, el paciente dejó de presentar hipomagnesemia y su tratamiento con magnesio oral se redujo progresivamente hasta suspenderlo. Se concluyó que la hipomagnesemia fue multifactorial: inicialmente desencadenada por la diarrea severa, pero mantenida por el uso crónico de inhibidores de bomba de protones.

CONCLUSIONES

La hipomagnesemia es un trastorno electrolítico frecuente pero subdiagnosticado, con importantes implicaciones clínicas. El magnesio es esencial para múltiples funciones celulares, incluyendo la actividad enzimática, la estabilidad de las membranas celulares y la regulación de otros electrolitos como el calcio y el potasio. Su déficit puede generar manifestaciones neuromusculares, cardiovasculares y metabólicas graves.
Desde el punto de vista neurológico, la hipomagnesemia puede provocar temblores, mioclonías, convulsiones y alteraciones en el nivel de conciencia. En el sistema cardiovascular, puede inducir arritmias, prolongación del intervalo QT y aumentar el riesgo de muerte súbita. Además, su deficiencia puede contribuir a la resistencia a la insulina y descompensaciones metabólicas en pacientes con diabetes.
El diagnóstico oportuno es fundamental, especialmente en pacientes con factores de riesgo como diarrea crónica, desnutrición, uso prolongado de inhibidores de bomba de protones o insuficiencia renal. La medición del magnesio sérico, junto con el cálculo de su fracción excretada en orina, permite determinar la causa del déficit y guiar su tratamiento.
La reposición adecuada de magnesio no solo corrige el trastorno, sino que también previene complicaciones graves, resaltando la importancia de un enfoque clínico integral para su diagnóstico y manejo.

P. #1920

EL SUSURRO DEL CORAZÓN: EL SORPRENDENTE CASO DEL ANGIOSARCOMA QUE NADIE INVITÓ

Lorena Martín Horcajada, María Gema Gómez García, Francesco María Lauri, María Fatima Férnandez Salgado, Paula De Bautista López, José Herrera Díaz

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 38 años, acude al servicio de urgencias por dolor centro torácico, opresivo, con irradiación pectoral derecha y cortejo vegetativo, asociando disnea de mínimos esfuerzos y vértigo de 3 semanas de evolución.
Antecedentes Personales : No alergias farmacológicas, no hábitos tóxicos. Obesidad Mórbida Grado III (130Kg) , Vértigo Hipotiroidismo. Colelitiasis,Migraña
Tratamiento : Sulpirida. Eutirox.
Exploración Física:estable hemodinámicamente, Buena situación respiratoria, Saturación basal 96%. Tensión Arterial 153/102 mmHg. Evolución Inicial y Pruebas Diagnósticas: Analítica mínima leucocitosis 12.000; PCR 76, sin otros hallazgos de interés. En Radiografía (Rx) de Tórax se aprecia derrame pericárdico, cardiomegalia severa , atelectasias bibasales . Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal, Voltajes disminuidos, resto normal.
Se realiza angioTAC se descarta Tromboembolismo pulmonar, visualiza derrame pericárdico masivo circunferencial de 2cm y masa excéntrica en pared de la aurícula derecha (AD). Opacidades nodulares múltiples sugestivo de embolismos sépticos.
Se interconsulta a cardiología y se realiza Ecocardiograma TransTorácico (ETT), se aprecia masa en contacto con la pared inferior de la aurícula derecha (6 cm x 13 cm), colapso de AD y trombo en apex de Ventrículo Izquierdo (VI). Ecocardiograma trasesofágico (ETE) bajo sedoanalgesia: masa que parece depender de AD cavitada y heterogénea,con áreas con vascularización . No afecta a válvula tricúspide.
Ingresa en unidad de cuidados intensivos con compromiso hemodinámico realizándose pericardiocentesis(400ml de líquido serohemático) dejando catéter para drenaje obteniendo 2L en total.
Se solicita traslado a Cardiología de su Hospital de Referencia.
COMENTARIOS Y EVOLUCIÓN: Permanece estable con Respiración espontanea, Oxigeno a 4 litros y drenaje pericárdico con escaso débito 100 cc en 24 horas. PET- TAC, masa de aspecto tumoral en AD con implantes pericárdicos sugerente de Angiosarcoma. Nódulos pulmonares bilaterales sugerentes de émbolos tumorales. Captación osea iliaca derecha posterior sugerente de lesiones metástasis. Lesión quística anexial derecha, de 13 cms tabicada sugiere neoplasia epitelial benigna. TAC cerebral: sin alteraciones. ResonanciaMagnética cardiaca: masa sólida de 9 cm en AD con extensión a orejuela derecha, pared lateral de VD y válvula tricúspide, infiltración de vena cava superior e inferior y pericardio, muy vascularizada sugerente de angiosarcoma. Derrame pericárdico y derrame pleural bilateral extenso mayor en derecho. Biopsia endomiocárdica: Angiosarcoma CD34 y CD31, Estadio IV con enfermedad ósea y pulmonar. Se comenta

en el comité de Sarcoma, queda a cargo de oncología, para tratamiento sistémico.
Recuperación: El comité de Sarcomas,decide tratamiento quimiterápico con Ifosfamida / Adriamicina. Con buena tolerancia inicial y aparición de astenia posterior sin otra clínica acompañante. Tras 90 días desde el ingreso en urgencias, se decide alta y control domiciliario, en tratamiento activo quimioterápico y seguimiento en consultas externas de cardiología.
Diagnóstico Final
- Derrame Pericárdico Tumoral
- Angiosarcoma Cardíaco (Estadio IV, enfermedad osea y pulmonar)

CONCLUSIONES

Los tumores cardíacos primarios son raros (0.0017%-0.003%) (1,2). Los sarcomas representan el 78% (4) de los malignos, siendo el angiosarcoma el más común (31%)(2), con predominio masculino (3:1)(1). Suelen diagnosticarse entre los 30-50 años (1), generalmente de forma tardía. El derrame pericárdico es una de las manifestaciones más frecuentes(3). El 90% se localiza en la aurícula derecha, asociándose con peor pronóstico. La supervivencia media es de 6-11 meses (4), aunque hay casos excepcionales de hasta 3-4 años (4). Este caso de angiosarcoma cardiaco con metástasis óseas y pulmonares, no solo evidencia la dureza de la enfermedad, sino también la esperanza que aún persiste en cada nueva sesión de tratamiento. Nos enseña cómo cada paciente es único y cómo, incluso en escenarios adversos, la vida sigue desafiando pronósticos.

(1). López-Requejo, L. M., Porcel-Salud, L., Salud-Salvia, M. A., & Arranz-Caso, J. A. (2024). Angiosarcoma cardiaco, un caso clínico. Revista Española de Casos Clínicos en Medicina Interna, 9((1)), 26–28. https://doi.org/(1)0.328(1)8/reccmi.a9n(1)a9
2. Blondeau, P. (1990). Primary cardiac tumors–French studies of 533 cases. The Thoracic and Cardiovascular Surgeon, 38 Suppl 2(S 2), 192–195. https://doi.org/10.1055/s-2007-1014065
3. Cardiac angiosarcoma management and outcomes: 20-year single institution experience NJ Look Hong. (2012). YL Chen Ann Surg Oncol, 19, 2707–2715.
4. Dichek, D. A., Holmvang, G., Fallon, J. T., Kantor, H. L., Miller, S. W., Dinsmore, R. E., Singer, D. E., Buckley, M. J., & Fifer, M. A. (1988). Angiosarcoma of the heart: three-year survival and follow-up by nuclear magnetic resonance imaging. American Heart Journal, 115(6), 1323–1324. https://doi.org/10.1016/0002-8703(88)90034-8.

P. #1947

UNA SED DE MUERTE

Vanesa María Madrid Ferreiro, María Pilar Campos Navarro, David Sánchez Gutiérrez
Hospital General Universitario Santa Lucia, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 26 años con antecedentes personales de obesidad y tomadora de anticonceptivos orales que acude a urgencias por dolor abdominal inespecífico, polidipsia, poliuria y nauseas después de un día intenso de salir a caminar al monte. A su llegada presenta estabilidad hemodinámica y a la exploración física (EF), dolor a la palpación profunda en abdomen de forma generalizada sin signos de irritación peritoneal. En la analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, destaca en orina 30 leucocitos/campo y 10 hematíes/campo con creatinina de 1, Na+ 136, K+ de 4, Proteína C Reactiva (PCR) de 3 y leve leucocitosis. El resto de pruebas complementarias entre las que se incluían radiografía de tórax y abdomen dentro de la normalidad. Se le da el alta a domicilio con diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) con antibiótico vía oral. A los dos días regresa a urgencias por persistencia del dolor abdominal, persistencia de polidipsia y ahora vómitos. Se le realiza de nuevo analítica con hemograma y bioquímica y orina objetivándose como único cambio significativo, un aumento en el sedimento de 100 leucocitos/campo. Se le solicitan una ecografía abdominal y otra ginecológica, ambas dentro de la normalidad, por lo que se da alta a domicilio tras sueroterapia y antiemético con mejoría del cuadro clínico. Se insiste en hidratación oral y completar pauta de antibiótico prescrito previamente. De nuevo la paciente acude a urgencias 3 días después, esta vez en ambulancia, tras avisar los padres por progresiva alteración de la marcha, confusión y disartria. A su llegada, en la EF, presenta FC de 105 lpm, TA de 112/70mmhg, letárgica con inatención y marcha ligeramente atáxica, sin otra alteración neurológica, con abdomen doloroso de forma profunda generalizado sin irritación peritoneal. Se solicitan analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y orina, electrocardiograma (ECG) y se avisa a neurología de guardia que tras valorar a la paciente indica TAC de cráneo con perfusión arterial y venosa, que resultó dentro de la normalidad; por lo que indica punción lumbar (PL). La nueva analítica muestra aumento de la PCR a 30mg/dl con procalcitonina (PCT) de 0.6, creatinina 2.18, aumento de leucocitosis con neutrofilia y troponina 45. Resto anodino. Se extraen hemocultivos, urocultivo y se inicia sueroterapia y antibioticoterapia de amplio espectro intravenosa. En el ECG se observa taquicardia sinusal, QRS estrecho, con descenso del ST en I, II, V3-V6. Se interconsulta a cardiología que indica que puede estar en contexto de hipopotasemia y con menor probabilidad patología aórtica aguda. Tras el resultado de la PL, con liquido claro y transparente no patológico, se orienta el diagnóstico diferencial del cuadro confusional a etiología metabólica ampliando la analítica con calcio sérico y magnesio. El calcio resultó ser > de 21mg/dl, por lo que la paciente es aceptada en UCI para monitorización invasiva y tratamiento de la crisis hipercalcémica. Finalmente, la paciente evoluciona mal presentando en las próximas horas fibrilación ventricular y exitus. La autopsia, reveló adenoma atípico de paratiroides.

CONCLUSIONES

Los síntomas de la hipercalcemia son muy variados e inespecíficos, dificultando su sospecha e identificación inicial, por lo que a menudo suelen infravalorarse o confundirse con otras enfermedades.
Influyen en la clínica de la hipercalcemia diversos factores como: edad, comorbilidades, rapidez de instauración (suele ser el factor más importante en las alteraciones electrolíticas), duración temporal y valor absoluto de la calcemia.
La causa más frecuente de hipercalcemia en al paciente ambulatorio sigue siendo el hiperparatiroidismo primario.
Ante un síndrome confusional agudo-subagudo de etiología incierta, investigar como posible etiología el origen metabólico con la medición de la calcemia puede ser determinante.
En este caso la intuición clínica llegó demasiado tarde para mala suerte de la paciente

P. #1970

EL SILENCIO QUE NO ELIGES

Aida Natalia Arranz Guerrero[1], Celia Adriana Fignani Molina[2], Luis Briones Contreras[2]

1. Residente MFyC, Granada, España
2. Médico Urgencias, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años con Antecedentes Personales:
• Diabetes tipo 2
• Hipertensión
• Obesidad
• Insuficiencia cardiaca
No alergias medicamentosas conocidas
Situación basal: Independiente para actividades básicas. Vive en domicilio con sus familiares. En últimos meses sospechas deterioro cognitivo no filiado.
Paciente derivado a nuestro servicio de urgencias por deterioro neurológico rápidamente progresivo consistente en alucinaciones, mutismo y empeoramiento de funciones cognitivas, catalogado hace tres días en otro hospital como cuadro confusional en contexto de infección respiratoria con TAC craneal normal. Tras ser valorado por Medicina Interna y ante sospecha de parkinsonismo incipiente, por el deterioro de la marcha asociado en meses previos, fue dado de alta con Trazodona y Quetiapina.
Regresa nuevamente con hipotensión y disminución del nivel de conciencia (Glasgow 9) sin respuesta a tratamiento médico inicial (naloxona, flumazenilo, etc)
EXPLORACIÓN FÍSICA
Mal estado general, Glasgow 9/15 (O3; V2; M4) normohidratado y normo perfundido. Bradipnea de 10 respiraciones por minuto con alguna pausa de apnea. Tensión arterial 92/42 mmHg, Frecuencia cardiaca de 40 latidos por minuto, Temperatura del 35°C que posteriormente fue indetectable y Saturación de Oxígeno del 80% que precisa FiO2 al 60% para ascender al 92%.
Neurológica: Apertura ocular espontánea sin fijar mirada. Emite sonidos incomprensibles. Ausencia de respuesta motora. No obedece órdenes. Pupilas mióticas lentamente reactivas a la luz. Reflejo de amenaza conservado en ojo derecho. Rigidez en rueda dentada.
Auscultación cardiopulmonar. Tonos bradicárdicos rítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada con ruidos de vía aérea superior.
Abdominal: Depresible, globuloso, sin datos de irritación peritoneal
Miembros inferiores: edemas ++/+++ hasta raíz de miembros. Elefantiasis con dermatitis ocre.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
**Analítica: En hemograma, bioquímica y coagulación destacan como únicas alteraciones una trombopenia de 81.000mm3, linfopenia relativa de 240 , PCR 125mg/dL, hipopotasemia de 2.7mmE1, Hiperglucemia de 373mg/dL.
** Gasometría venosa presenta pH 7.31, pcO2 52.6, Láctico 1.2
** Sistemático de orina y tóxicos en orina: NEGATIVOS
** Radiografía tórax: aumento densidad en ambas bases y derrame pleural izquierdo

** Electrocardiograma: Bradicardia sinusal a 40latidos por minuto con Bloqueo auriculoventricular de primer grado, QRS estrecho y QTc >490ms sin alteraciones de la repolarización
** TAC craneal sin contraste: Sin lesiones agudas isquémicas ni hemorrágicas
JUICIO CLÍNICO
Bajo nivel de conciencia + Disautonomía (hipotermia, bradicardia, bradipnea) a estudio. Sospecha de Crisis Addisoniana en contexto de infección respiratoria y disfunción suprarrenal secundaria.
El paciente ingresó en Unidad de Cuidados intensivos (UCI) al no presentar mejoría a pesar de soporte ventilatorio con BIPAP y tratamiento inicial con hidrocortisona, para iniciar soporte por Vía venosa central con drogas vasoactivas (noradrenalina). En días posteriores de su ingreso en UCI mejoró nivel de conciencia hasta alcanzar Glasgow 12/15. Sin embargo, dos días después, experimentó un empeoramiento brusco con fracaso multiorgánico que desembocó en el éxitus en menos de 24 horas, a pesar de optimización terapéutica.

CONCLUSIONES

El interés de este caso clínico es que, a pesar de nuestros esfuerzos, no siempre alcanzamos un adecuado diagnóstico y tratamiento a tiempo, irrumpiendo un silencio atronador, al cual no podemos dar respuesta. A pesar de los avances científicos, la medicina no siempre tiene todas las respuestas, y la gestión emocional del inevitable fallecimiento del paciente ante un desenlace no esperado, es más compleja para los familiares y también para el equipo médico.

P. #2054

ECLAMPSIA Y ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Barboza Trujillo, Luna Calderón Frapolli, Antonio Martín Paez, Juan Paz Galiana
Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años. Natural de Senegal, reside en España desde que era niña. Antecedentes personales: Obesidad. Intervenida de Quiste tirogloso, acude trasladada en ambulancia convencional por presentar en domicilio hace aprox 15min 1er episodio de crisis epiléptica tónico clónico generalizada, con recuperación espontánea a los pocos segundos según refiere la madre.
A la llegada de la ambulancia la paciente se encontraba ligera bradipsiquia sin focalidad neurológica, se decide trasladado para valoración hospitalaria, presentando nuevo episodio en ambulancia previa manifestación de la paciente de perdida visión, apreciación de desviación comisura facial y de la mirada hacia la izquierda , progeesando a nuevo episodio Tónico-Clónico de aprox 1 min de duracion con relajación esfinteres y mordedura lengua, con posteior estado postcritico. Tolerado guedel. No inestabilidad Hemodinámica. A su llegada al Box de críticos presenta Agitación psicomotriz, SaO2 100% con mascarilla reservorio, imposible captar tensiones por nula colaboración. Exploración física: Obesidad. ACP: taquicardica, no se asuculta soplos, MVCs sin ruidos sobreñadidos. Abdomen importante paniculoso adiposo MMII: edemas de MMII. Exploración neurológica : Escala Glasgow 9 (03V2M5) PICNR, resistencia apertura ocular, no impresiona facial. moviliza 4 extremidades. Precisa para contención y poder canalizar via venosa periférica midazolam intranasal. Se administra ademas 2gr Levetiracetam iv.
Dada la necesidad de control continuo de la agitación asociado a presencia de aumento del trabajo respiratorio y FC 150-160 se decide aislamiento vía aérea.
IOT bajo sedo relajación con midazolam + anectine+ fentanilo y TET 7.5 a 24cm de Comisura. conectada a ventilador . SaO2 98% TA 130/80 FC 146 . Resultados de pruebas complementarias: HB 10.5 , plaquetas 411 Leu 12.22 Neu 5.64 TP 97% GV pH 7.22 PpCO2 35.3 HCO3 14
Glu 107 Crea 0.91 FG 90 Na 138 PCR 8.3 etanol y toxicos negativo. TC cráneo: Hallazgos: Lesiones hipodensas en sustancia blanca profunda occipital y parietal bilateral, sin afectación cortical. Estos hallazgos sugieren podrian estar en relación con un sindrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), sin poder descartar etiología isquémica. Lesiones isquemicas en núcleo caudado izquierdo así como en brazo anterior de capsula interna derecha y núcleo lenticular derecho Sube a planta de UCI. Resto de pruebas complementarias: Test gestación POSITIVO. Se IC con servicio de ginecología/obstetricia que valoran a la paciente en UCI:
La paciente se encuentra intubada y normotensa. Exploración:Altura uterina acorde a 34 semanas. Tono uterino relajado. No sangrado genital. Pruebas Complementarias: Ecografía abdominal: feto vivo en cefálica FCF 120 lpm. Placenta en cara posterior normoinserta sin signos de desprendimiento. LA

normal. Biometría acorde a 34sg. PFE 2300g.
Juicio Clínico: Gestacion no controlada acorde a 34sg.
Episodio de convulsion tónico-clónica a filiar. Sospecha de Eclampsia.
Se administra 1a dosis de maduración pulmonar, se decide extracción fetal por cesárea por sospecha de eclampsia.
Se realizo posteriormente EEG compatible con una encefalopatía difusa de etiología inespecífica grado III (hipertensión intracraneal, metabólica, otros). No se observan anomalías paroxísticas de carácter epileptiforme. Seguimiento continuo por obstetricia, medicina interna y neurologií con evolutivo favorable al alta.

CONCLUSIONES

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por manifestaciones neurológicas asociadas a edema cerebral posterior hemisférico transitorio y se relaciona con el síndrome de preeclampsia-eclampsia. La presentación clínica es muy variada. Las convulsiones generalizadas son a menudo la manifestación clínica más común de PRES, pero las pacientes también muestran signos de encefalopatía tales como alteración del estado mental, cefalea, náuseas y vómito. Asimismo, los trastornos visuales son comunes, van desde visión borrosa leve hasta amaurosis cortical. Dada la estrecha asociación entre eclampsia y PRES, los estudios de neuroimagen consituyen una herramienta valiosa para el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas pacientes, favoreciendo su recuperación completa sin secuelas posteriores.

P. #2067

PELIGROS EN EL PUERPERIO

María Alonso Cortejoso, Diego Serrano Alises, Carlos Martín Coloma, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Rebeca Iglesias Blanco

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 30 años, sin alergias medicamentosas conocidas, independiente para todas las actividades de la vida diaria, y con antecedentes personales de cuatro partos eutócicos (tres hijos vivos, el penúltimo fallecido por sufrimiento fetal) y sin antecedentes familiares de interés. Acude al servicio de urgencias tras presentar episodio de pérdida del nivel de conciencia con tetraparesia, en el momento de su valoración, la paciente se encontraba asintomática. Previo a dicho episodio la paciente refiere cervicalgia intensa desde hace 10 días, atribuida a reciente alumbramiento hace menos de un mes. Sin otra sintomatología acompañante.

OBJETIVO

El objetivo de este caso, es saber identificar los síntomas y signos, así como saber correlacionarlos con la anamnesis y los antecedentes. Además interesa concienciar de la importancia de la prevención de los diferentes factores de riesgo durante el embarazo y puerperio.

MÉTODO

Constantes: Sistólica 100 mm(hg), Diastólica 80 mm(hg), FC 95/min, SpO2 97%, Tª 36,5°C.
Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Exploración neurológica: consciente, orientada y colaboradora. Obedece órdenes sencillas. Mirada centrada con motilidad ocular sin alteraciones. Discreta anisocoria a expensas de miosis del ojo izquierdo. Hemianopsia homónima derecha. Paresia facial central derecha leve. Motor sin claudicación de extremidades superiores ni inferiores. Sensibilidad táctil sin alteraciones. Afasia motora con hipofluencia y bloqueos del lenguaje. No disartria. No extinción sensitiva ni visual. Escala NIHSS 6 (déficit moderado).
Analítica general: hemograma: Hemoglobina 14.1 g/dL; Hematocrito 42,5%; Leucocitos 9500 (Neutrófilos 63%). Bioquímica: glucosa 72 mg/dL; sodio 141 mmol/L; potasio 4,1 mmol/L; creatinina 0,72 mg/dL; filtrado glomerular 96%; LDH 249; calcio corregido 8,64 mg/dl; perfil hepático sin alteraciones.
ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, sin alteraciones de la repolarización.
TC cerebral: se observa área hipodensa en región occipital izquierda, de bordes mal definidos. Adicionalmente se observa otra pequeña imagen nodular hipodensa de 7 mm en región talámica izquierda. Imágenes compatibles con infarto isquémico en fase aguda. No se observan signos de procesos hemorrágicos, ni expansivos intracraneales. No se observan signos de trombosis venosas.
AngioTc de TSA y Willis: arterias carótidas comunes e internas de ambos lados permeables, sin hallazgos significativos. Arteria

vertebral derecha de calibre filiforme, hipoplásica, destacando disminución de su calibre, de paredes irregulares a la altura de C1. Arteria vertebral izquierda permeable, destacando disminución de su calibre a la altura de C2-C1, recuperando calibre normal a nivel intracraneal, presentando en dicho segmento irregularidad de la pared con imagen que podría corresponder a trombo intramural/disección. Arterias cerebrales anteriores, medias y posteriores permeables.
TC de tórax: sin evidencia de tromboembolismo pulmonar.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se solicita valoración por neurología, quienes deciden ingreso en la Unidad de Ictus para vigilancia clínica e inicio de tratamiento con doble antiagregación. Durante ingreso se realizan otras pruebas complementarias (RM cerebral y AngioRM TSA y Willis) y se inicia estudio del caso.

CONCLUSIONES

Se trata de una paciente con diagnóstico de infarto isquémico agudo en el territorio vertebro-basilar en el contexto de disección de ambas arterias vertebrales, identificando tras estudio, como causa el puerperio, explicado por los cambios hormonales, que afectan a la distensión de la pared arterial, así como las modificaciones en el gasto cardiaco durante el último trimestre de embarazo y puerperio. Como conclusión, es importante saber identificar la clínica que nos orienta al diagnóstico de ictus, para saber actuar a tiempo, además de correlacionar con la anamnesis y confirmando con pruebas complementarias.

P. #2126

SÍNDROME DE COMPRESION MEDULAR- UN GRAN DESAFIO PARA EL MEDICO DE URGENCIAS

Daniela Laura Lacusta, Iliana Natacha Leon Caicedo, Karla Verónica De Vita Sanoja
Hospital Universitario Del Tajo, Aranjuez, España

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 83 años sin antecedentes relevantes salvo Rtu vesical por sospecha de Ca urotelial sin confirmación AP en 2018, quien acude a urgencias por debilidad en miembros inferiores bilateral subaguda , hasta dejar de andar razón por la cual acudió a urgencias.
Como hecho relevante había acudido en 2 ocasiones mas a urgencias en los últimos 6 meses por dolor dorsal cuando fe valorado por Traumatología y diagnosticado de artrosis

OBJETIVO

El objetivo es reconocer los sintomas y signos clinicos compatibles con el diagnostico se compresion medular para poder solicitar prueba imagen de confirmación cuanto antes y asi poder iniciar tratamiento de forma precoz ya que se trata de una verdadera urgencia neurologica

MÉTODO

Presentación de caso clinico haciendo hincapie en sintomas y signos que apoyan sospecha diagnostica, prubas diagnosticas solicitadas y el tratamiento iniciado

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Síntomas y signos que pueden llevar a la sospecha diagnostica
1. dolor - sintoma mas frecuente
2. claudiccaion - segundo sintoma mas frecuente : deambulacion comprometida, flacidez, arreflexia hasta plejia en flexion
3. alteracion de la sensibilidad-parestesias que se inicia en los pies hasta el nivel afectado
4.disfuncion autonomica, paralissi - ultima etapa
Pruebas diagnosticas
1.RMN vertebral y estructuras adiacentes- gold estándar- muchos casos no disponible en urgencias
2.Tac columna vertebral +/- mielografia si no hay disposicion RMN, claustrofobia
Tratamiento
1. corticoides
2. cirugia
3. radioterapia

CONCLUSIONES

1.El sindrome de compresion medular es un verdadero desafio para el medico de urgencias
2.Papel esencial de la historia clinica bien realizada para establecer una sospecha diagnostica y realizar un dx precoz
3.La prueba diagnostica gold estándar es RMN y en ausencia

solicitar tac columna
Instauración inmediata del tratamiento es primordial para evitar paralisis
4.Dexametasona junto con radioterapia es tratamiento esencial para conseguir desde la diminuicion del dolor en 70% de los casos hasta una reversion de paralisis en 20% de los casos
5.El tratamiento quirurgico de inicio se realiza solo cuando hay inestabiliadad mecanica

P. #2138

SÍNDROME TOLOSA-HUNT

Alejandra Blanco García, Patricia López Tens, Estela Cobo García, Itziar Ostolaza Tazon, Pablo González García, Laura Torres Pallarés

Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 21 años, sin antecedentes personales interés y sin alergias medicamentosas conocidas.
Acude a urgencias por cefalea hemicraneal izquierda desde hace 4 dias, tipo opresivo, intermitente. A los dos días comenzó con edema palpebral izquierdo y visión borrosa por ojo izquierdo. Acudió a Urgencias del Hospital y se inició tratamiento antibiótico con Amoxicilina-acido clavulánico sospechando sinusitis aguda. No eritema o calor local. No acúfenos o disminución de la audición. No mucosidad. Ayer tomó Metamizol + Paracetamol + Ibuprofeno con ligera mejoría de la cefalea. No le ha despertado por la noche la cefalea. No nauseas o vómitos. Nunca antes habia presentado dolor de estas características.

OBJETIVO

A la exploración consciente y orientada en las 3 esferas, eupneica en reposo con Sat O2 basal a 98%, frecuencia cardiaca 80lpm, con tensión arterial 132/60mmHg, sin fiebre. Buena perfusión distal. Normocoloreada. Cara: ligero edema palpebral izquierdo con ptosis, no eritema o calor local. No dolor a la palpación de senos frontales o maxilares. No hiperemia conjuntival. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, sin dolor a la palpación. Puño percusión bilateral negativa. Extremidades inferiores sin edemas, sin signos de trombosis venosa profunda y con pulsos pedios presentes. Neurológico: Pupila izquierda midriática, reactiva a la luz. Ptosis palpebral izquierda. Campimetría normal. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservadas. No claudicación en Barré o Mingazzini. No dismetrías. Marcha normal. Lenguaje coherente y fluido.

MÉTODO

Para la valoración se realizó bioquímica con función renal, proteína C reactiva, hemograma y coagulación; además de tomografía computarizada cerebral con angiografía.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La analítica no pone de manifiesto alteraciones a ningún nivel y no muestra aumento de reactantes de fase aguda. Así mismo, la tomografía axial computarizada con angiografía no muestra hallazgos de significación patológica.
Ante la sospecha de una mononeuropatía del III par craneal, se contactó con Neurología para seguimiento ambulatorio y estudio por su parte.

CONCLUSIONES

El Sindrome de Tolosa Hunt se describió por primera vez en 1954, siendo una oftalmoplejía dolorosa que se caracteriza por dolor hemicraneal y parálisis ipsilateral de los nervios oculomotores, pudiendo estar afectada la pupila. Es un proceso infrecuente y su etiología no esta clara, creyendose que pueda deberse a un proceso inflamatorio en el seno cavernoso, fisura orbitaria superior o ápex orbitario. Su diagnóstico es clínico. Para llevarlo a cabo se requiere de realización de pruebas complementarias que descarte otros procesos: vascular, traumática, infecciosa o tumoral. La International Headache Society establece una serie de criterios para su diagnóstico: dolor orbitario unilateral, con parálisis del III, IV y VI par craneal (aislados o en conjunto) y/o presencia de granuloma en resonancia magnética, la oftalmoparesia coincide casi con el inicio del dolor, mejoran los síntomas al instaurarse tratamiento corticoideo en unas 72h y deben de haberse descartado otras causas por pruebas complementarias.
Aunque el tratamiento mejora el dolor, pueden permanecer anomalías en la motilidad ocular o palpebral y puede haber recurrencias.
A nuestra paciente se le ingresó en Neurología, se instauró tratamiento con bolos de metilprednisolona con mejoría clínica y se solicitó una angio-resonancia magnética cerebral para descartar posibles causas del cuadro.

P. #2160

INFRECUENTE PERO POTENCIALMENTE MORTAL COMPLICACIÓN EN UN JOVEN CON ESTREÑIMIENTO

Laura López-Soler Belda[1], María Belén Sabio Rodríguez[2], Myriam Clara Sánchez Ramos[1], Fernando Sabio Reyes[1], Ziad Issa-Masad Khozouz[1]

1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 47 años de edad intervenido hace 15 días de Fractura de fémur tras accidente de tráfico , en tratamiento con opioides por difícil control del dolor, sin otros antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento sin emisión de heces desde hace 10 días . A la exploración abdominal dolor difuso a la palpación y ruídos intestinales algo aumentados y al tacto rectal se palpa fecaloma de difícil acceso para desimpactación con ampolla rectal limpia sin otros hallazgos. Se realiza radiografía de abdomen en decúbito y en bipedestación que evidencia presencia de fecaloma a nivel rectal proximal y dilatación severa de asas colónicas. En analítica general solo destaca moderada elevación de la lactato deshidrogenasa sin otras alteraciones. Inicialmente se decide tratamiento conservador con enemas de limpieza con aparente resolución del cuadro por emisión de moderada cantidad de heces y se decide alta a domicilio indicando tratamiento con laxantes. Regresa a urgencias a las 15 horas del alta y refiere dolor abdominal intenso, malestar general, astenia y debilidad. Se reexplora al paciente que presenta hipotensión, taquicardia, taquipnea, palidez, sudoración y abdomen en tabla con signos evidentes de peritonismo. Es trasladado a box de críticos para estabilización y se realiza TAC abdominal con contraste que informa de la presencia de dilatación y engrosamiento severos del colon proximal, defectos de perfusión a ese nivel y neumoperitoneo que indican signos de isquemia y perforación intestinal. Así mismo se realiza analítica con presencia de datos de sepsis por importante elevación de reactantes de fase aguda, coagulopatía y acidosis láctica.
Fue intervenido de forma urgente y sometido a laparotomía exploratoria y terapéutica que confirmó la presencia de perforación en colon ascendente, neumoperitoneo y líquido purulento y material fecal libre en cavidad pélvica. Se practicó sigmoidectomia y colostomía terminal por el procedimiento de Hartmann. siendo el postoperatorio afortunadamente favorable.
El diagnóstico final ya inicialmente sospechado por los hallazgos exploratorios, analíticos y por las alteraciones que evidenció el TAC y posteriormente confirmado por la Cirugía fue Colitis isquémica estercorácea y perforación intestinal secundaria.

CONCLUSIONES

- La colitis estercorácea(CE) es una entidad infrecuente pero grave y potencialmente mortal(60-70% si se produce perforación), complicación de una entidad clínica muy habitual: la impactación fecal.
- Es más frecuente en mayores de 70 años, con estreñimiento crónico , dependencia funcional y con comorbilidades pero no

por ello están exentos de presentarla otros grupos poblacionales
- La presión directa de un fecaloma gigante en la pared del colon ocasiona isquemia y necrosis de la pared intestinal y como consecuencia la perforación de la misma.
- El diagnóstico precoz de CE ayuda a evitar dichas complicaciones de extrema gravedad.
- La Radiografía de abdomen no ha demostrado ser sensible para su diagnóstico siendo de elección el TAC abdominal con contraste que pondrá de manifiesto el engrosamiento pared intestinal y el compromiso vascular presentes en la colitis estercorácea y ausentes en la impactación fecal. El diagnóstico de confirmación lo dará la exploración quirúrgica
- El tratamiento indicado en pacientes sin signos de peritonitis ni complicaciones es conservador mediante desimpactación de las heces de forma manual o guiada endoscópicamente, administración de enemas y laxantes.
- En pacientes inestables o con peritonitis está indicada la intervención quirúrgica urgente si no hay contraindicaciones

P. #2170

MIELOPATÍA DEL SURFISTA

Lander Larrea Azcorra, Itziar Pujana Badosa, Marina Pulgar Feio
Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años acude a urgencias por alteraciones sensitivas en extremidades inferiores (EEII) con imposibilidad para mover las mismas. No alergias medicamentosas conocidas. Bebedor ocasional. Niega consumo de otros tóxicos. Dislipemia sin tratamiento farmacológico. No HTA ni DM. Valorado en 2023 por el servicio de neurología por clínica de parálisis al despertar. RMN con angioRMN de marzo del 2023 sin alteraciones
El paciente refiere llegar a su domicilio sobre las 4am después de una celebración, y se queda dormido con la espalda en hiperextensión (tronco dentro de la cama y piernas en el suelo) al rededor de 30 minutos. Al despertar refiere perdida brusca y completa de movilidad y sensibilidad ambas EEII. A su llegada a Urgencias valoramos paraplejia y alteración sensitiva con nivel D12. Se realiza RMN medular que no evidencia mielopatía ni alteraciones que justifiquen dicha clínica por lo que se avisa al servicio de neurología. Antes de que el servicio de neurología llegue a valorar al paciente se le informa de que ha tenido una mejoría brusca y espontánea de su cuadro clínico. Se valora al paciente a las 15:30h que refiere encontrarse en su estado basal, destacando únicamente leve dolor lumbar izquierdo con irradiación a EEII (ya previo).
PA 138/82mmHg FC 100 Temp 36.2 SatO2 98%. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Bien perfundido. ACP normal. MVC. Exploración neurológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Lenguaje adecuado en forma y contenido. PICNR. MOEs sin limitaciones. No asimetria facial. Balance muscular 0/5 en psoas, cuádriceps, tibial anterior, isquiotibiales y triceps sural. Refiere hipoestesia y alteración sensitiva con nivel de T12. Control de esfínteres conservado. Hiperreflexia. RCP flexor. No clonus. Reflejo cremastérico y bulbocavernoso mantenidos.
Analítica: Normal Pruebas de Imagen: Rx de tórax, Sin hallazgos; Rx lumbosacra, Sin hallazgos; RMN de columna lumbosacra, Sin hallazgos de compromiso mielorradicular;TAC cerebral No signos de patología intracraneal aguda, no áreas de edema, línea media centrada
Ante la posible gravedad del cuadro se le realizan distintas pruebas, contactando con otros servicios. Sin embargo, el paciente presenta una remisión paulatina y espontanea del cuadro estando en observación continua

CONCLUSIONES

La mielopatía del surfista es una paraparesia/paraplejía no traumática que afecta a quienes mantienen la espalda en hiperextensión largos periodos de tiempo. Siendo diagnosticada por primera vez en practicantes de surf. Aunque esta no sea la única situación en la que se produce este mecanismo. La mayoría de los pacientes tienen una evolución favorable
La mielopatía isquémica, también llamada mielopatía del surfista, es una afección infrecuente que requiere un manejo multidisciplinar con un diagnóstico certero y rápido en los servicios de urgencias
Situaciones cotidianas de la vida diaria pueden derivar en patologías severas con pronósticos infaustos

P. #2193

LA TROMBOSIS NO VENÍA SOLA

Yesica Milena Buitrago Rocha, Isabel Gómez De Lucas, Juan Pablo Nicolás Sacanambuy Villota, Angie Lizeth Fonseca Beltran, Ángel Cabezas Amurgos, María Del Mar Bances Robles
Complejo Asitencial Universatario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal puede ser causado por una amplia variedad de condiciones, que van desde trastornos benignos hasta enfermedades graves y potencialmente mortales. Su naturaleza y localización son clave para orientar el diagnóstico y determinar el tratamiento adecuado.

OBJETIVO

Presentamos el caso de un paciente con dolor abdominal en el contexto de una trombosis de vena porta y suprahepática izquierda.

MÉTODO

Varón de 86 años que acude porque refiere dolor en hipocondrio derecho y epigastrio de una semana de evolución, junto con sensación de plenitud precoz tras las comidas y vómitos de contenido alimenticio. Niega fiebre. Última deposición hace dos días, de consistencia blanda. Refiere ser habitualmente estreñido. Refiere además cuadro catarral en proceso de resolución de dos meses de evolución, con persistencia de tos con expectoración escasa.
A la exploración física: TA: 140/70 mmHg taquipneico en reposo sin O2. Afebril. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC con crepitantes bibasales. Abdomen: RHA +. Abdomen distendido, ascítico, percusión timpánica. Doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. No signos de peritonismo. No palpo masas ni megalias. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas, no signos de TVP. Sin signos de focalidad neurológica.
TORAX PA ICT normal, derrame basal izquierdo.
ABDOMEN AP dilatación de asas de delgado y presencia de asa en centinela.
Otras pruebas: ECG: ritmo sinusal a 117 lpm, eje normal, qrs estrecho, no alteraciones de la repolarización.
Analítica: Gases arteriales (Fio2 al 21%): pH 7,45 pCO2 41.8 pO2 56.1 HCo3 28.8 láctico 1.2.
Tac abdomen: ausencia de repleción de contraste de la vena suprahepática izquierda y de la vena porta izquierda, hallazgos en relación con trombosis, que asocia una pseudolesión hipodensa de morfología triangular en segmentos II y IV, que en el contexto clínico sugiere área de alteración de la perfusión sin poder descartar lesión subyacente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se solicita Interconsulta al servicio de Digestivo quienes consideran cuadro compatible con trombosis de la Vena suprahepática izquierda subaguda con hipoperfusión hepática. con pruebas de función hepática normales llama la atención la

ingurgitación de vasos venosos mesentéricos por hipoperfusión lo que orienta a daño mesentérico y hepático congestivo por lo que se comenta con cirugía vascular y general sin ser candidato quirúrgico. Se inicio tratamiento anticoagulante por el servicio de Hematología que combino la administración de heparina de bajo peso molecular con anticoagulante oral. Durante el ingreso la evolución clínica ha sido favorable con buen control del dolor y tolerancia oral sin incidencias, por lo que se decide alta a domicilio. Se continuaron estudios complementarios ambulatorios por ascitis, distensión abdominal y plenitud postprandial.
CITOLOGÍA LÍQUIDO ASCÍTICO: Adenocarcinoma compatible con un tumor de páncreas o de pulmón.
Diagnóstico definitivo: Probable Adenocarcinoma de pulmón estadio IV de debut por metástasis pleuro-pulmonares y carcinomatosis peritoneal. Se informa para tratamiento sintomático-paliativo.

CONCLUSIONES

-Desde Urgencias se requirió una intervención rápida de diversas especialidades (digestivo, hematología, cirugía general y vascular), lo que garantizó un manejo adecuado y una evolución favorable en el corto plazo.
-La evaluación del dolor abdominal incluye un análisis detallado de la historia clínica, características del dolor, examen físico y pruebas complementarias, ya que un diagnóstico temprano es crucial para evitar complicaciones graves.
-Una paracentesis en Urgencias nos puede ayudar a un diagnóstico precoz.

P. #2233

ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DEL EUTIROIDEO ENFERMO

Carmen Ángeles Cáliz Rodríguez[1][2], Elena Velasco Prats[1][2], Ana Crespo Oñate[3][2], Victoria Jorge Contreras[1][2], Gabriela González .[1][2]

1. Centro de Salud Galapagar, Galapagar, España
2. Hospital de el Escorial, San Lorenzo de el Escorial, España
3. Centro de Salud Torrelodones, Torrelodones, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años que consulta por diarrea desde hace 4 días, dolor abdominal de tipo cólico y náuseas. No ha tenido fiebre. Menciona que en los últimos días a veces siente rigidez en los dedos (me muestra fotos de sus manos en posición de tetania) y parestesias en forma de hormigueos.
Como antecedentes personales destaca Mieloma Múltiple IgA de alto riesgo, en 3ª línea de tratamiento con lenalidomida, dexametasona y daratumumab.
Se realiza análisis de sangre (AS) en el que se objetiva alcalosis metabólica, hipopotasemia de 1.9 mmol/l e hipocalcemia de 5.6 mg/dl. Ante estos hallazgos se extrae nueva AS y además se solicita magnesio y albúmina, que también están disminuidos, se confirman hipopotasemia e hipocalcemia.
En electrocardiograma (ECG) se observa ritmo auricular mutlifocal (3 ondas P de distinta morfología) a 80 lpm de media, con eje normoposicionado y extrasistolia ventricular.
Se inicia suplementación con suero fisiológico con potasio, magnesio y gluconato cálcico.
Desde el primer momento llama la atención que el trastorno hidroelectrolítico sea tan grave como para que sea debido solo a la diarrea, se considera que probablemente sea multifactorial (lisis tumoral, reacción adversa a lenalidomida, gastroenteritis aguda...). Se comenta con hematóloga de guardia, que mantiene misma línea de sospecha, aconseja suspender de momento la lenalidomida.
A pesar de la suplementación, en analíticas sucesivas persisten tanto la hipopotasemia como la hipocalcemia. Además se solicita determinación de tirotropina (TSH) que está suprimida. Clínicamente se produce una mejoría progresiva de parestesias, no se objetiva focalidad neurológica y permanece monitorizado sin eventos arritmogénicos.
Se considera que la lentitud en la corrección y el mal control de los niveles de electrolitos, probablemente se deba a la supresión de la TSH y a una posible insuficiencia suprarrenal al haber estado el paciente en tratamiento con dexametasona y haber presentado una infección intercurrente. Se decide ingreso en Medicina Interna.
Durante el ingreso se procedió a la reposición intravenosa de calcio y magnesio, con seguimiento electrocardiográfico estrecho por prolongación de intervalo QT. La hipocalcemia se consideró que era secundaria a tratamiento con ácido zolendrónico, además de déficit vitamina D e hiperparatiroidismo secundario y que la hipopotasemia muy probablemente fuera por pérdidas.
Se solicitó valoración por Hematología y también fue valorado

por Endocrinología, por las alteraciones iónicas y de la TSH, concluyéndose que se trataba del síndrome del eutiroideo enfermo y descartándose la insuficiencia suprarrenal. Dada la evolución favorable del paciente y el control de su sintomatología, a pesar de no haberse conseguido cifras óptimas de calcemia, se decide alta con seguimiento estrecho en consulta.

CONCLUSIONES

En enfermedades graves o situaciones de gran estrés, se produce una inhibición de la 5' monodesiodinasa con disminución de la conversión periférica de T4 a T3 y un aumento de la conversión de T4 a rT3, lo que provoca un descenso de la T3 libre y un aumento de la rT3. Es un cuadro frecuente en pacientes hospitalizados graves, especialmente aquellos de cuidados intensivos. Se produce regreso a la normalidad analítica tiroidea en unos 2-3 meses. El diagnóstico del síndrome de eutiroideo enfermo es retrospectivo, al demostrar la normalización de la TSH. Se sabe que su presentación y la disminución de T4 a cifras por debajo de 2 µg/dL aumenta hasta en 80% el riesgo de mortalidad en los pacientes en unidades de terapia intensiva.

P. #2242

SÍNDROME DE MALLORY WEISS: DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO

María Alonso Cortejoso, Diego Serrano Alises, Lucía Suárez Alvariño

Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con los siguientes antecedentes personales; exfumadora, gastritis crónica superficial moderada, presbiacusia e hipotiroidismo. Sin antecedentes familiares de interés. Acude a urgencias por epigastralgia intensa, con sensación de plenitud gástrica y con limitación de la ingesta alimentaria desde hace 4 días, estando en tratamiento con dexketoprofeno un comprimido cada 8 horas. Tras última ingesta de comida, ha presentado cuatro vómitos inicialmente de contenido alimentario, a las 3 de la tarde y seis horas después un vómito con sangre roja, brillante, sin coágulos apreciables. Niega melenas y niega deposiciones con restos hemáticos. Sin otra sintomatología acompañante.

OBJETIVO

Entender que el que no sabe lo que busca, no sabe lo que encuentra, por lo que es importante correlacionar la clínica con la anamnesis y los antecedentes personales.

MÉTODO

Constantes: Sistólica 134mm(hg), Diastólica 80mm(hg), PAM 98mm(hg), FC 78/min, SpO2 99%, Tª 35,9c
A nuestra llegada la paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo, normoperfundida y normohidratada.
Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, depresible, muy doloroso en región epigástrica, sin dolor a la palpación en resto de cuadrantes abdominales, no se palpan masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Al tacto rectal, el dedil sale limpio, con restos de heces marronáceas. En las extremidades inferiores no hay edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Analítica general: Hemograma: Leucocitos 5810 (neutrófilos 69.7%), Hemoglobina 9 g/dL (previa 11), hematocrito 42.7%, plaquetas 129000. Bioquímica: sodio 136 mmol/L, potasio 3.8 mmol/L, creatinina 1.03 mg/dL, filtrado glomerular 88%, PCR 65, perfil hepático sin alteraciones.
Endoscopia: Durante la endoscopia diagnóstica se identificó en la unión esofagogástrica, coágulo adherente a la mucosa de 7 mm, con lo que se diagnosticó un desgarro de Mallory-Weiss.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante su estancia en urgencias se administró vía intravenosa 8 mg de ondansetrón, 2 gr de metamizol y 80 mg de omeprazol. Además se colocó una sonda nasogástrica con aspiración del contenido gástrico, donde se apreciaron restos alimentarios con sangre roja rutilante, clara y brillante, sin coágulos apreciables. Posteriormente se decide interconsulta a endoscopista de guardia, quien realizó durante la endoscopia el tratamiento en el que optó por una inyección local de adrenalina con colocación posterior de liga. Ante estabilidad hemodinámica del paciente, se decide junto al endoscopista, ingreso en Digestivo con reposo gástrico, para control y reevaluación tras perfusión de omeprazol y administración de pantomicina intravenosa.

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente con gastritis crónica, que tras tratamiento con antiinflamatorios por cuadro de abdominalgia, inicia varios episodios de vómitos ocasionando el síndrome conocido como Mallory Weiss, el cuál se diagnostica mediante endoscopia. Como conclusión, es importante correlacionar la clínica con los antecedentes del paciente, así como realizar una correcta anamnesis, para saber exactamente como actuar, que tratamiento pautar y que pruebas complementarias solicitar.

P. #2260

AL LÍMITE DEL COMA

Ester Miravalles Fernández[1], Natalia Miota Hernández[2], Miriam Sánchez Vicente[1], Blanca Ruata Laclaustra[1], Inés Melgar Beltran[1], Naïla Canadell Marcos[2]

1. Hospital La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 65 años con antecedentes de cancer de mama con mastectomia en 2012 e hipotiroidismo, que es traida al Servicio de Urgencias por su familiar por astenia intensa de meses de evolución, asociado a alopecia importante, bradilalia, intolerancia al frío, aumento de 15kg de peso, alteración sueño-vigilia, nicturia abundante y tendencia a la somnolencia. La familiar refiere que desde el fallecimiento de sus padres, de los cuales fue principal cuidadora, no ha podido salir de su domicilio por duelo personal.
Exploración física:
Temperatura(°C):35.7, Presión arterial sistólica(mm Hg):170, Presión arterial diastólica(mmHg):100, Frecuencia cardiaca(bpm):101, Saturación de oxígeno(%):97.
Regular estado general, tendencia a la somnolencia, aspecto descuidado, palidez mucocutánea, datos de deshidratación, facies edematosa. Eupneica en reposo.
AC: rítmica sin soplos
AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, Blumgerg y Murphy negativos. No palpo masas ni megalias. RHA+ no metálicos
MMII: edemas sin fóvea perimaleolares. No signos de TVP
Analítica Urgente:
Hb 12.4, plaquetas 218000, leucocitos 6.32. INR 1. Urea 28, creatinina 1.2. Sodio 139, Potasio 4. LDH 534 B 1.30 GOT 40 GPT 11 GGT 18 FA 75 PCR 1.5. ProBNP: 126
Radiografía de torax: ICT normal, SCF libres, no infiltrados.
EKG: ritmo sinusal a 100lpm, pr normal, qrs estrecho.
Reinterrogamos a la paciente de forma dirigida, ante clínica relatada y antecedentes y refiere que desde hace 4 años ha presentado un abandono total de la medicación habitual y el seguimiento del hipotiroidismo.
Ampliamos TSH y T4L de forma urgente en la analítica: TSH 131 T4L <0.42
Ante hipotiroidismo con muy mal control iniciamos tratamiento dirigido con hidrocortisona iv 75mg cada 8 horas y levotiroxina 250mcg iv.
Cursamos ingreso en Endocrinología para continuar estudio y seguimiento.

CONCLUSIONES

El hipotiroidismo es una patología endocrina muy frecuente en la población actual que puede ser de muy fácil tratamiento y seguimiento con mejoría significativa con un buen diagnósitco, tratamiento y seguimiento.
No obstante no debemos olvidar que es una patología que sin un buen control puede derivar en un muy mal pronóstico y complicaciones como el coma mixedematoso, que aunque no es muy frecuente es muy importante saber identificar.
El coma mixedematoso a una complicación grave del hipotiroidismo, está provocado por deficiencia de la hormona tiroidea que da como resultado una encefalopatía, lo que provoca que el enfermo entre en estado de coma. Es una situación muy poco frecuente en la actualidad, de difícil diagnóstico y alta mortalidad. Es vital el tratamiento agresivo precoz para mejorar la supervivencia.
En este caso clínico la paciente tendía a la somnolencia pero no estaba en estado comatoso por el momento.
Una buena historia clínica junto con prestar atención a los antecedentes nos permitió dirigir el diagnósitco y evitar un desenlace fatídico para la paciente, ya que los síntomas tal y como los contaba y como dirigía la paciente la hisotira relacionada con el fallecimiento de sus padres, podría haberse incluso confundido con una caso grave de depresión.

P. #9

TODO DEL MISMO EJE

María De Los Ángeles López López[1], Vanessa Heras Fernández[2], Ezra Honán Roiz Andino[2], María Dolores Tuñón Leiva[2], Wael Ishaq Humaid Alqadoumi[2], Manuel Espada Zurera[2]

1. Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcala De Henares, España
2. Hospital Universitario Príncipe De Asturias, Alcalá De Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 45 años con AP de obesidad intervenida con bypass gástrico, hipercalcemia moderada crónica 2ª a hiperPTH por adenoma paratiroideo izquierdo pendiente de intervención, dislipemia leve en tratamiento dietético, asma grave persistente e intervenida de colecistectomía por colelitiasis.
Acude a Sº de Urgencias por presentar dolor abdominal de más de 3 semanas de evolución, por lo que fue valorada en 3 ocasiones en distintos centros sanitarios, objetivando hipercalcemia de 16, por lo que se le administró Ac zolendrónico, sin otros hallazgos. En el momento actual presenta dolor abdominal irradiado en cinturón y diarrea desde hace 3 días
Pruebas complemetarias:
AS: 10900 leucos, Hb 15, plaq 465000. Ca2 15.9 (Ca iónico 1.81), Lipasa 120 sin otras alteraciones reseñables. Dada la clínica, se solicita TC abd objetivando datos compatibles con pancreatitis aguda necrotizante que asocia trombosis parcial de la vena esplénica por lo que se cursa ingreso para completar estudio y tratamiento con buena evolución.

CONCLUSIONES

La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario es una causa rara de pancreatitis aguda, con una prevalencia documentada de 1.5 a 8%. La pérdida del mecanismo regulador de paratohormona y la hipercalcemia favorecen el depósito de calcio en los conductos pancreáticos y la activación de enzimas pancreáticas son probablemente los factores precipitantes.
La pancreatitis aguda es un cuadro que puede presentar gran variedad de etiologías. Se acepta que el alcohol y la patología litiásica de la vía biliar están detrás de entre el 80-90% de los casos. Otras causas más raras pero posibles son tóxicos o drogas, obstrucciones neoplásicas de la vía biliar o del esfínter de Oddi, alteraciones metabólicas tales como la hipertrigliceridemia o la hipercalcemia, traumas o lesiones mecánicas, procesos isquémicos, in fecciones, enfermedades autoinmunes, etc. Hasta en un 10% de las ocasiones la causa subyacente queda sin determinar, recibiendo entonces el calificativo de pancreatitis idiopática.
Los pacientes con hiperparatiroidismo e hipercalcemia presentan un riesgo aumentado hasta unas 10 veces sobre la población general de padecer episodios de pancreatitis aguda. No obstante, la afectación pancreática es una complicación rara de entre las que presentan estos enfermos (aproximadamente de un 2%). La asociación de niveles elevados de calcio sérico con ciertas mutaciones en diversos genes podría ser la

responsable de esta predisposición en determinados enfermos con hiperparatiroidismo. A este respecto existen estudios con los genes SPINK1 (inhibidor de la serin-proteasa Kazal tipo I), CFTR (gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) y CASR (gen de los receptores de calcio).
Es importante en estos pacientes tratar de forma intensiva la hipercalcemia y filiar a la mayor brevedad el origen de la misma. El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica del adenoma paratiroideo responsable.

P. #31

MANO TORPE SIN OTRA FOCALIDAD

Adriana Delgado Gantes, Clara Isabel Piqueres Mateu
Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años fumador activo con dislipemia en tratamiento con Atorvastatina.
Motivo de consulta:
Pérdida de fuerza, parestesias e hipoestesia súbita indolora en mano izquierda al despertarse por la mañana (más de 9 horas de evolución hasta su llegada a urgencias). No otra clínica.
Exploración física:
Constantes: Tª 36.2°C; TA 131/87 mmHg; FC 107lpm; SatO2 95% aire ambiente
Buen estado general, consciente y orientado. Acude caminando. Glasgow 15. Lenguaje coherente sin disartria.
Auscultación cardíaca rítmica.
Auscultación pulmonar con crepitantes secos bibasales de predominio izquierdo.
Ligera edematización en mano izquierda sin signos de flogosis, no dolor a la palpación. No signos de artritis. Hipoestesia en región radial y cubital que no cumple trayecto claro desde mitad antebrazo (no inicia en codo). Pérdida de fuerza en mano sin claudicación con balance muscular 4/5 en flexo-extensión y 3/5 en interóseos.
Signos de Tinel, Tinel invertido y Phalen negativos.
No dolor a la palpación en epicóndilo ni tróclea. No dolor cervical ni en hombro. Abducción, rotaciones y balance muscular brazo izquierdo completo.
Miembro superior derecho sin alteraciones.
Pruebas complementarias y evolución:
Bioquímica urgente sin alteraciones salvo PCR 17.2mg/L. No alteración del hemograma y gasometría venosa.
Radiografía de tórax que incluye hombro y radiografía de mano sin hallazgos patológicos.
TC craneal en vacío: exploración sin hallazgos patológicos significativos.
Ante sospecha de cuadro isquémico vs compresivo vs primer episodio enfermedad desmielinizante, se decide antiagregación con aspirina e ingreso a cargo de medicina interna para continuar estudio.
En su evolución en planta tras realización de varias pruebas complementarias, entre las que se realiza TC TAP, RMN cráneo, PET-TC se identifican múltiples adenopatías diseminadas y generalizadas (cervicales, retrofaríngeas, axilares, mediastínicas, preaórticas, paratraqueales, subcarinales y mesentéricas), un mazacote adenopático supraclavicular izquierdo de 8,5 x 4,5 x 6 cm con extensión intratorácica y efecto masa a nivel de yugular interna izquierda sin afectar a la permeabilidad; una gran masa retroperitoneal y esplenomegalia. Se diagnosticó de una neoplasia de tipo linfoproliferativa, confirmándose el diagnóstico por una biopsia ganglionar (proceso linfoproliferativo B de alto grado compatible con linfoma de células del manto variante blastoide). Se relacionó la alteración motora y sensitiva de la mano izquierda secundaria a plexopatía braquial en contexto de adenopatías cervicales.

El paciente comenzó con tratamiento con dexametasona 4mg/12h y solicitó traslado a hospital referente en oncología de nuestra comunidad para iniciar tratamiento dirigido.

CONCLUSIONES

La mano torpe sin otra focalidad presenta un diagnóstico diferencial variado entre los que se incluyen una enfermedad diesmielinizante, accidente cerebrovascular isquémico, lesión ocupante de espacio cerebral o una lesión compresiva. Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración física sistemática para llegar lo antes posible al diagnóstico y solicitar las pruebas complementarias adecuadas.
En este caso, la plexopatía braquial (C5-T1) presenta múltiples causas, la más frecuente en adultos es traumática sobre todo por accidentes de tráfico y en recién nacidos por manipulación obstétrica, pero puede deberse por compresión vascular o tumoral, autoinmune, inflamatoria o infecciosa.
La clínica depende de la localización de la lesión.
- Lesión del tronco superior (C5-C6: parálisis de Erb-Duchenne) afecta a la rotación externa del brazo, flexión del codo y supinación antebrazo. La alteración sensitiva se da en la cara externa de miembro superior y arreflexia bicipital y estilorradial.
- Lesión del tronco medio es similar a la neuropatía radial.
- Lesión del tronco inferior (C8-T1: parálisis de Déjèrine-Klumpke. Signo de Horner si implicación T1 preganglionar) afecta a la musculatura flexora de muñeca y dedos e intrínseca de la mano. Da alteración sensitiva de cara medial de mano y antebrazo.

P. #32

CRISIS EPILÉPTICA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN FÁRMACO-TERAPEUTICA

María Abigail Ubierna González[1], Cristina Callejón Villegas[2]
1. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España
2. CES 061, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años sin otros antecedentes, en estudio de lesiones calcificadas en mama izquierda, citada para realización de BAG por parte de Ginecología. Para realización de la técnica han introducido 28 cc (10+10+8cc) de mepivacaina 20 mg/ml.
Tras la BAG de una de las lesiones, la paciente refiere parestesias y anestesia peribucal y en extremidades inferiores, presentando aparentes movimientos generalizados por lo que se deriva a urgencias.
A su llegada a urgencias se encuentra consciente, responde verbalmente a preguntas sencillas con monosílabos (si /no). Escala de coma de Glasgow 12 puntos (Ocular: 4; Verbal: 3; Motora: 5) ; Frecuencia cardíaca 98 lpm; Tension Arterial: 108 / 44 (60)mmHg;
SpO2 100 %
Tras monitorización y canalización de via intravenosa comienza con movimientos en extremidades derechas, desviación de la mirada y secundariamente movimientos generalizados.
Se adminsitran 5 mg de diazepam iv sin lograr yugular crisis. Se repite bolo de 5 mg diazepam iv seguido de 1000 cc Levetiracetam.
Se logra control de crisis comicial con recidiva precoz. Considerándose estatus epiléptico
Para un peso estimado de 50 kg se calculan 3000 cc Levetiracetam por lo que se completa administración de 2000cc de dicho fármaco.
Ante diagnostico de estatus comicial con sospecha de intoxicación por anestésicos locales vs Lesion ocupante de espacio (LOE) cerebral, en paciente con crisis epiléptica, se comenta caso con medicina intensiva y se decide ingreso a su cargo.
Evolución
Se ingresa en UCI, durante el traslado nueva crisis a la que precede hiperventilación, además de movimientos clónicos en todas las extremidades, sin llegar a perder la consciencia, que finaliza con nuevo episodio de hiperventilación y tendencia al llanto sin periodo postcrítico. Estable hemodinámicamente en todo momento. Dada la sospecha clínica de intoxicación por anestésicos locales se procede a administración en UCI de forma urgente de 1,5mL/kg de intralipid 20% en 1 min y posteriormente perfusión de 0,25mL/kg/min, con cese de los síntomas a los minutos
de duración.
Se realiza TC craneal para descartar patología estructural en paciente con alta sospecha de carcinoma de mama, con resultado dentro de la normalidad.
A su llegada mejoría y recuperación del nivel de consciencia presenta nueva dudosa crisis clónica con nivel de consciencia mantenido, por lo que se administan400mg de lacosamida.
Tras recibir tratamiento con intralipid permanece con GCS15,

sin focalidad neurológica y sin nuevos episodios convulsivos. En todo momento estable hemodinámicamente, eupneica sin precisar oxigenoterapia; analítica sin fallos de órgano, destaca únicamente discreta anemización leve (Hb > 8 g/dL), sin consumo de plaquetas ni coagulopatía.
Por lo que tras completar 24 horas de vigilancia neurológica sin nuevos eventos, se decide alta a planta de Ginecología. Pendiente de completar estudios de los nódulos mamarios.

CONCLUSIONES

El estatus epileptico es una emergencia neurologica que representa aproximadamente el 10% de las crisis urgentes. Su mortalidad se encuentra en torno al 20% y aumenta en los casos refractarios al tratamiento.
El retraso en el inicio del tratamiento y las dosis infraterapeuticas se asocian a mayor refractariedad y peor pronostico. Por lo que se requiere un tratamiento agresivo y precoz.
La intoxicación por anestesicos locales es una situación de escasa frecuencia pero alta gravedad cuya manifestación clinica son alteraciones neurologicas y cardiacas. Pudiendo evolucionar rapidamente al shock y la parada cardiaca.
La ELI tiene indicación en alimentación parenteral. Si bien la evidencia es baja, parece ser un buen antidoto en las intoxicaciones agudas graves en adultos por anestesicos locales.

P. #40

APERITIVO INESPERADO CUERPO EXTRAÑO GÁSTRICO (ALFILER)

José Carlos Sureda Gil[1], Nuria González Alonso[1], Francisco Borja Hernández Moreno[2], Alicia Cardenas García[2], Anna Carolina De Paola Prato[2], Sara García Mateo[2]

1. centro de salud Cerro del Aire, Madrid, España
2. Hospital general de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 47 años que refiere que se ha tragado alfiler que tenía en los labios mientras cosía, hace 1 hora. Notó molestia al tragar, ahora no nota nada. No tos ni dolor faríngeo.
Exploración física sin alteraciones. No se objetiva cuerpo extraño ni heridas en cavidad oral ni faringe. Vía aérea permeable.
Se realiza radiografía de tórax, cervical y de abdomen, objetivando cuerpo extraño lineal opaco en cámara gástrica.
Se solicita valoración por otorrinolaringología. Tras prueba complementaria con Nasofibroscopio se descarta cuerpo extraño en vía aérea superior. Se solicita valoración por digestivo determinando la necesidad de realizar panendoscopia oral urgente, se objetiva alfiler en antro pilórico que se extrae.
Se pauta dosis de omeprazol intravenoso y observación con Tomografía Computerizada abdominal. No se objetivan datos sugestivos de perforación en el estudio descartando hemorragia intrabdominal. Analítica de control sin amenización. Deposiciones sin productos patológicos tras vigilancia.
Se decide alta con observación y vigilancia en domicilio.

CONCLUSIONES

Ante un atragantamiento con cuerpo extraño nuestro primer punto de partida es descartar el compromiso de la vía aérea. Luego intentar objetivar la presencia del cuerpo extraño de forma directa por vía oral y la realización de una radiografía de tórax, cervical y/o abdominal. Es necesario descartar que el cuerpo extraño permanezca en vía aérea superior ni hipofaringe, sobre todo si se sospecha atragantamiento con objeto filoso capaz de perforar solicitando valoración desde Otorrinolaringología realizando la nasofibroscopia se descarta sangrado activo en vía aérea superiror. En la Radiografía abdominal se objetiva el cuerpo extraño que coincide con el alfiler con el que refiere que se ha atragantado la paciente por lo que se decide proceder con una panendoscopia diagnóstica y terapéutica.
Se realiza vigilancia con analítica de control descartando amenización ni deposiciones con sangrado / melenas. Se recomienda vigilancia y seguimiento en medico e cabecera.

P. #41

ALTA TENSION EN CONSULTA

José Carlos Sureda Gil[1], Nuria González Alonso[1], Francisco Borja Hernández Moreno[2], Alicia Cardenas García[2], Anna Carolina De Paola Prato[2], Sara García Mateo[2]

1. centro de salud Cerro del Aire, Madrid, España
2. Hospital general de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 62 años hipertenso sin más antecedentes de interés que acude al centro de salud por dolor lumbar y nerviosismo secundarios a lumbalgia de características mecánicas. Refiere Lumbalgia tras levantarse del sofá. No se ha tomado nada para el dolor. Niega traumatismo.
En triaje se toma la tensión y tiene 200/100mmHg, una crisis hipertensiva. Refiere que se ha olvidado la toma de su antihipertensivo.
Tratamiento habitual con Enalapril 20mg.
Niega síndrome miccional ni cefalea, no alteraciones visuales referidas. Niega presión torácica.
Exploración física : Consciente y orientado, dolorido, afebril. Eupneico. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones.
Lumbar. No apofisalgias, dolor de características mecánicas tipo contractura en musculatura paravertebral derecha. Puño percusión bilateral negativa.
Exploración neurológica sin focalidad neurológica.
Se realiza Electrocardiograma, analítica y radiografía de tórax que resultan dentro de la normalidad, no alteración de la función renal ni elevación de reactantes de fase aguda. Se completa estudio con Radiografía lumbar sin objetivar lesiones óseas agudas.
JUICIO CLÍNICO
LUMBALGIA MECANICA SIN DATOS DE ALARMA
CRISIS HIPERTENSIVA SECUNDARIA A LUMBALGIA
Se decide pautar analgesia con metamizol intravenoso, Enalapril 20mg y Lorazepam oral con control del dolor y monitorización tensional. Mejoría presión arterial 140/90mmHg y mejoría referida del paciente del dolor.
Lumbalgia mecánica sin datos de alarma se pauta tratamiento analgésico de primer escalón en domicilio con seguimiento en medico de cabecera y recomendaciones para volver.
Se dan recomendaciones de vigilancia en domicilio con Hoja de recogida de auto medidas de la presión arterial para atención primaria.

CONCLUSIONES

Paciente hipertenso que no se ha tomado su medicación para la tensión que acude por lumbalgia que en triaje destaca Urgencia hipertensiva. Se decide descartar lesión en órgano diana. Se pauta medicación para control del dolor y antihipertensivos habituales y Lorazepam por nerviosismo.
Tras control del dolor y ansiolítico se normaliza Urgencia hipertensiva.
El primer paso ante una urgencia hipertensiva es descartar lesión en órgano diana como desencadenante. En este caso tenemos 2 desencadenantes, el olvido de toma de antihipertensivo habitual y el dolor. Tras resolverlos se objetiva mejoría tanto clínica y hemodinamica.
Se trata de evitar tratamiento con Antiniflamatorios no esteroides que aumentan la tensión arterial, se procura usar antihipertensivos de misma familia a la habitual a dosis plenas.
No es necesario realizar mas intervenciones ya que disminuir más la presión arterial del paciente puede desembocar en un problema hemodinámico para el mismo.
Lumbalgia de características mecánicas tipo contractura que responde a analgesia de primer escalón, sin datos de alarma.
Se pauta tratamiento en domicilio con Metamizol alterno con Paracetamol y calor local seco protegido.
Se recomienda vigilancia y realización de Hoja de recogida de automedidas de la presión arterial con seguimiento en medico e cabecera.
Dar siempre recomendaciones para volver a consultar.

P. #45

CAUSA PECULIAR DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA

Elena Hernández Sandoval, Juan Muñoz Mingarro
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 82 años con antecedentes de dislipemia, hemorragia subaracnoidea por traumatismo craneoencefálico en 2023, acude a urgencias por parestesias en labio inferior izquierdo desde hace 12 horas. En la exploración física únicamente destaca las parestesias referidas que respetan mejilla y mentón. Se realiza TC craneal sin datos de patología isquémica, y en analítica destaca hemoglobina de 8,6g/dL y 118.000 plaquetas. Se transfunde 1 concentrado de hematíes, con poca mejoría de anemia. Se decide ingresar para estudio de posible ictus isquémico lacunar. Se objetivan además aparición de lesiones purpúricas y petequiales en extremidades. En nueva analítica, haptoglobina <8, con LDH de 1.491, 236.200 reticulocitos, con hemoglobina en descenso (7,6) así como plaquetas (75). En el frotis se visualizan esquistocitos y comienza a realizar melenas. Ante la sospecha de PTT (púrpura trombótica trombocitopénica) se solicitan niveles de ADAMTS13, siendo estos >40% por lo que se descarta PTT. Posteriormente, realiza un vómito en posos de café y sigue anemizándose, por lo que solicitamos gastroscopia. En esta observamos una masa ulcerada con sangrado en babeo, que se biopsia. Se comenta con Hematología, que sugiere probable etiología paraneoplásica de la MAT (microangiopatía trombótica). Ante estos datos, solicitamos TC toraco-abdominal para estudio de extensión, no visualizándose metástasis. Posteriormente, obtenemos el resultado de la biopsia siendo 'adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado'. Por tanto, se comenta con paciente posibilidad de cirugía como única opción de controlar la MAT. Se realiza cirugía sin incidencias, pero sigue sin controlarse la anemia llegando hasta 6.9g/dL de hemoglobina y 25.000 plaquetas. Empeora progresivamente el nivel de conciencia, con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC craneal donde se objetiva otomastoiditis izquierda extensa, por lo que se sospecha posible meningitis. Se plantea a paciente y familia posibilidad de ingreso en UCI, pero deciden limitar el esfuerzo terapéutico.

CONCLUSIONES

En la anemia hemolítica microangiopática los eritrocitos sufren una restricción mecánica al pasar por los vasos pequeños, lo que provoca hemólisis. Puede presentarse de forma aislada debido a un efecto directo (como válvulas mecánicas), pero se presenta más comúnmente como un componente de la MAT. En esta, además encontramos trombocitopenia y afectación de órganos de intensidad variable.
El diagnóstico se hace por biopsia de tejido, normalmente renal. Hay varios tipos como la PTT, el SHU (síndrome hemolítico urémico), etc.
El mecanismo principal son las metástasis microvasculares y/o necrosis fibrinoide de la médula ósea debido a carcinomatosis. También se ha implicado el estado procoagulante producido por las células tumorales y la fibrinolisis alterada. Los tumores sólidos más frecuentemente implicados son los adenocarcinomas mucinosos: gástrico, mama, páncreas. Puede ser la forma de presentación del cáncer, generalmente asociado con metástasis diseminada y mal pronóstico. El pronóstico de los pacientes con MAT asociada al cáncer suele ser extremadamente malo debido al cáncer diseminado, pero se deben indicar terapias anticancerígenas específicas siempre que sea posible ya que en ocasiones se controla si el tratamiento del cáncer es efectivo. Se recomienda iniciar la plasmaféresis hasta que se conozca la actividad de ADAMTS13 ± inmunosupresores (aunque si el diagnóstico es cáncer no tienen ningún beneficio). El uso de transfusiones de plaquetas para la trombocitopenia grave (que normalmente se suspenden en la PTT debido a empeoramiento de las complicaciones microtrombóticas) sería adecuado en la asociada al cáncer. Para finalizar este caso podríamos concluir que es importante tener presente otros tipos de anemia además de las carenciales, ante sospecha de PTT se debe iniciar plasmaféresis, pensar en adenocarcinomas (sobre todo el gástrico) con las MAT paraneoplásicas.

P. #46

CASO CLÍNICO: CÓLICO ABDOMINAL... A VECES SE COMPLICA

Olena Zhygalova Zhygalova[1], Lorena Campo alergia[2], Olga Encinas Rodríguez[1], Leopoldo Sánchez Santos[1], Ilona Zhygalova Zhygalova[3], María Pilar López Díez[1]

1. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España
2. Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander, España
3. Hospital Universitario de Alvaro Cunqueiro, Vigo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha que irradia a zona lumbar acompañado de vómitos de 9 horas de evolución.
Exploración física:
Presión arterial: 148/72mmHg, frecuencia cardiaca: 72lpm, temperatura 36.4°C, SatO2: 98% basal, frecuencia respiratoria: 16rpm.
Consciente y orientado en las tres esferas. Facie álgica.
AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abd: ruidos hidroaéreos presentes, depresible. Doloroso en flanco derecho con Blumberg dudoso. Murphy y PPRD dudosos.
Pruebas complementarias:
Analítica: Leucocitosis con desviación izquierda y PCR 8. Sedimento de orina sin alteraciones.
ECO-TAC abd: Apéndice cecal con trayecto ascendente y engrosado (calibre de 12mm) con realce de su pared, que asocia cambios inflamatorios locorregionales y líquido laminar adyacente a la punta de la misma, que sugiere pequeña perforación. Conclusión: hallazgos en relación con apendicitis aguda con incipiente perforación.
Plan de actuación:
Se ajusta tratamiento analgésico sin clara mejoría clínica.
Diagnóstico diferencial:
Cólico abdominal
Cólico renal vs biliar
Gastroenteritis aguda
Suboclusión intestinal
Apendicitis aguda
Evolución:
A pesar del tratamiento intensivo con analgésicos durante su estancia en el Servicio de Urgencias el paciente no presenta mejoría de los síntomas, por lo que se solicita una prueba de imagen. En la misma, se confirma la etiología del dolor. Posteriormente, es valorado por el equipo de Cirugía General y se decide realizar una intervención quirúrgica urgente.
JC: Apendicitis aguda gangrenosa. Peritonitis purulenta generalizada.

CONCLUSIONES

Conclusiones:
En el ámbito de las Urgencias Hospitalarias, en muchas ocasiones es difícil llegar al diagnóstico definitivo debido a la alta presión asistencial, por lo que es de vital importancia descartar en primer lugar las patologías graves más frecuentes en la población.

P. #51

¿Y SI ES ALGO MÁS?

Lara Lamoneda Gadea, Sofía Rodríguez Ibáñez, Ángela Sánchez-Rojas Torres, Nuria Sellés Galiana

Hospital General de Elche, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 53 años, ex-fumador, con antecedentes de HTA y DM. En seguimiento por ORL por glomus timpánico con Timpanoplastia con mastoidectomía derecha en mayo 2018, reintervenido el 25/06/2020 realizándose mastoidectomía radical derecha, con RMN de 2024, dentro de la normalidad con controles radiológicos cada 3 años.
Consultó en el servicio de urgencias por rinorrea unilateral, intermitente, a través de la narina derecha, que empeoraba con la flexión cervical, con escasa tos no expectorante, de una semana de evolución. No presentaba antecedente traumático. En las visitas a su médico de atención primaria y al SU previas, había sido diagnosticado de cuadro catarral y se había pautado tratamiento sintomático.
La exploración física puso de manifiesto la presencia de rinorrea de las características mencionadas, aunque de cantidad escasa, sin otros hallazgos.
La analítica sanguínea fue normal. Ante la sospecha de fístula de LCR, se recogieron gotas de la secreción nasal en un tubo estéril y su análisis dio como resultado: glucosa 125 mg/ dL, proteínas totales 87 mg/dL y proteína β-traza 70,97 mg/L. El TAC craneal y de senos paranasales evidenció ocupación parcial de la vertiente derecha del seno esfenoidal en mayor grado que en el estudio previo y nivel hidroaéreo en el seno maxilar derecho.
El paciente permaneció en urgencias hasta valoración por Neurocirugía y se realizó una RMN preferente donde se objetivó mastoides llena de LCR, silla turca vacía y espacios subaracnoideos muy prominentes, con RMN previas dentro de la normalidad, con diagnóstico final de fístula de LCR. Finalmente, se realizó un sellado por vía endonasal de la base temporal.

CONCLUSIONES

El diagnóstico final fue de fístula de LCR, el cual requiere de una alta sospecha clínica, principalmente en los pacientes con fístulas idiopáticas. Es fundamental distinguir entre rinorrea por otros motivos, como una infección de las vías respiratorias superiores o rinitis y una fuga de LCR, especialmente porque el tratamiento de una fístula de LCR es completamente diferente al de otras causas de rinorrea, ya que generalmente implica intervención quirúrgica.
Un diagnóstico preciso y temprano mejora significativamente el pronóstico del paciente, reduciendo el riesgo de infecciones y daños neurológicos severos.

P. #56

HIPONATREMIA GRAVE, ¿POR SÓLO 3 VÓMITOS?

Audrey Morales Rodríguez, Noiva Díaz García, Mario Ernesto Ágreda Fernández, Julieta Zlatkes Kirschheimer, Susana Pérez Antón, Paloma Gallego Rodríguez

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 87 años con antecedentes de HTA y DM2 con buen control, que consulta con su médico de atención primaria por mal estado general y vómitos, le realiza analítica en la que objetiva sodio 112 y la deriva a urgencias. En urgencias se confirma hiponatremia grave, en principio secundaria a pérdidas digestivas y se ingresa para reposición y completar estudio. No presenta datos que sugieran SIADH, presenta crisis hipertensivas y cefalea que ceden con paracetamol, debido a ello se realiza TC craneal en el que se objetiva imagen compatible con macroadenoma hipofisario de 20 mm con invasión del seno cavernoso izquierdo y efecto de masa sobre el quiasma óptico. Asocia hipotiroidismo central e hipogonadismo hipofisario con niveles de prolactina discretamente elevados en probable relación con efecto tallo y eje adrenal-somatotropo conservados.
Valorada por neurocirugía se desestima intervención quirúrgica en el momento actual dada la edad de la paciente y la ausencia de afectación del campo visual.
La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento sustitutivo con levotiroxina y restricción hídrica. Es dada de alta con seguimiento en consultas de endocrinología, oftalmología y neurocirugía.

CONCLUSIONES

Recalcar la importancia de completar el estudio, si no es durante un ingreso, al menos de manera ambulatoria si la situación clínica lo permite, para así poder ampliar y llegar al diagnóstico etiológico, que puede cambiar el tratamiento definitivo del paciente.

P. #59

ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: UNA ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA

Carlota Higueras Sánchez, María Gijón Rodríguez, José Piernagorda Copado, Inés Álvarez Granda, Raquel Hijar Jiménez, Ana Federica Soto Telles

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 46 años hipertenso sin tratamiento que acude por cuarta vez a Urgencias, esta vez con un cuadro de progresión significativa de los síntomas que finalmente motiva su ingreso en Neurología para estudio y manejo.
El paciente había presentado en consultas previas retención aguda de orina (RAO), disfagia progresiva, odinofagia y lumbalgia, atribuibles inicialmente a cuadros no específicos como infección respiratoria viral. Sin embargo, en esta ocasión refirió deterioro neurológico severo con oftalmoparesia, ptosis palpebral bilateral, sialorrea, signos de piramidalismo y progresión de la disautonomía (sudoración profusa, hipertensión de difícil control). Durante el ingreso, desarrolla afectación bulbar que requiere traslado a la UCI e intubación orotraqueal para soporte avanzado. Destaca también la pérdida de peso significativa (8 kg en un mes) y sudoraciones nocturnas, lo que subrayaba la gravedad del cuadro sistémico asociado.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica: Leucocitosis con neutrofilia, PCR normal.
- Punción lumbar: LCR sin alteraciones.
- TAC Body: Masa mediastínica compatible con timoma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- Encefalitis de tronco inmunomediada: Justificada por la clínica y normalidad del LCR.
- Miastenia gravis asociada a timoma: Considerada por los síntomas bulbares y el hallazgo de timoma.
- Síndrome de Guillain-Barré y sus variantes: Incluido el síndrome de Miller-Fisher, que puede presentar oftalmoparesia, ataxia y arreflexia, aunque menos consistente con los hallazgos actuales.
- Infecciones por neurotoxinas: Botulismo descartado por ausencia de clínica digestiva o parálisis flácida.
- Síndrome paraneoplásico: Apoyado por la confirmación de timoma como posible origen.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar un abordaje multidisciplinar ante cuadros clínicos complejos con afectación neurológica progresiva. La encefalitis de Bickerstaff, especialmente en el contexto de un síndrome paraneoplásico asociado a timoma, es un diagnóstico que debe considerarse en pacientes con alteraciones de pares craneales, piramidalismo y disautonomía.
La detección precoz de estas entidades permite iniciar tratamientos inmunomoduladores efectivos, como las inmunoglobulinas intravenosas utilizadas en este caso, que lograron estabilizar parcialmente la progresión de los síntomas. Además, la correlación entre hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio subraya la importancia de descartar etiologías

infecciosas e identificar mecanismos inmunomediados.
El presente caso también destaca la relevancia de detectar y tratar de manera integral patologías subyacentes como el timoma, con especial atención a sus manifestaciones paraneoplásicas. Esto enfatiza el papel del TAC de tórax en la identificación temprana de neoplasias asociadas y su impacto en el manejo del paciente.
Además, este caso resalta la necesidad de implementar protocolos que favorezcan la detección temprana de cuadros similares, especialmente en pacientes con signos de disautonomía y afectación neurológica progresiva. La coordinación entre neurología, oncología y medicina interna es esencial para garantizar un manejo óptimo y evitar complicaciones mayores.
Finalmente, el análisis de este caso permite reflexionar sobre la interconexión entre el sistema inmune y las neoplasias, lo que subraya la relevancia de investigaciones futuras para comprender mejor los mecanismos paraneoplásicos. Este enfoque no solo mejora la atención al paciente, sino que también puede abrir puertas a nuevas terapias dirigidas. Asimismo, la educación continua del personal sanitario es clave para identificar estas entidades poco frecuentes pero potencialmente tratables, promoviendo así diagnósticos tempranos y precisos.

P. #70

VAYA CON LA VIRIASIS

Carmen Adelaida Gavilán Casado[1], Yolanda Casillas Viera[2], Ana Belén Romero Fernández[3], Carlos García Parra[1]

1. Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
3. Cs Periana, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 46 años con antecedentes de migraña, que refiere desde hace 1 semana cuadro compatible con viriasis consistente en: cefalea, mialgias, hiporexia, odinofagia a la deglución y fiebre de 38°C. En las últimas 48 horas se añade diaforesis, intenso malestar general (MEG), 2 vómitos sin productos patológicos y pérdida de 3kg de peso.
EXPLORACIÓN
TA: 1116/71 FC: 127lpm, Tª: 37,4°C eupneica. SpO2: 95% y sequedad de mucosas
Cabeza y cuello, cardio-pulmonar, abdomen y neurológico normal.
Faringe hiperémica sin exudados, úvula centrada no edematosa.
En abdomen y espalda presenta de forma salpicada 4 pápulas eritematosas de 2mm de tamaño con costra superficial y una pústula en costado derecho.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
TEST DUAL: NEGATIVO
ECG: taquicardia sinusal a 120lpm,
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Normal
BIOQUÍMICA: GGT 356, proteína C reativa (PCR) 23,36mg/dL, resto normal
HEMOGRAMA: Leucocitos 14.38 10^3/microL, 80.4%N, resto normal
COAGULACION y GASOMETRIA VENOSA normales
PAUL BUNNEL: Negativo
INTERCONSULTA DERMATOLOGÍA: Lesiones inespecíficas. Posible foliculitis
EVOLUCIÓN EN URGENCIAS: Se repite la analítica a las 6 horas persistiendo elevación de PCR sin leucocitosis. Dado el buen estado general de la paciente, y que se mantiene afebril durante su estancia en el servicio, se decide ALTA y se cita la mañana siguiente para nueva analítica de control y valoración en urgencias.
La paciente refiere durante la noche persistencia de febrícula y MEG, al presentar en analítica de control PCR 24,37mg/dL y persistir leucocitosis leve, se decide INGRESO para estudio, solicitando desde urgencias analítica completa por hospitalización, donde se objetiva TSH 0,009µU/mL, T4 libre 4.87ng/dL, Anticuerpos antitiroideos (Anti TPO) 2UI/mL y SEROLOGIA HIV, VHB, VHC, Epstein Barr y Citomegalovirus negativo.
JUICIO CLÍNICO: TIROTOXICOSIS POR PROBABLE TIROIDITIS SUBAGUDA EN FASE DE HIPERTIROIDISMO. INFECCIÓN VÍRICA RECIENTE COMO DESENCADENANTE.
EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO: mejoría clínica tras iniciar tratamiento con antiinflamatorios y atenolol para control sintomático

CONCLUSIONES

La tiroiditis subaguda es una enfermedad tiroidea de origen viral o posviral. Se presenta con dolor moderado en región tiroidea, que se puede irradiar a oídos, mandíbula y garganta. El 50% se manifiesta por una fase inicial de tirotoxicosis debido a la liberación de hormona tiroidea preformada. Los niveles de TSH están suprimidos y los de T4L pueden estar elevados. Posteriormente se produce una fase de hipotiroidismo con restauración gradual de función tiroidea, Aunque algunos pacientes pueden desarrollar hipotiroidismo permanente. La relación entre tiroiditis y gripe está documentada, así como la relación con enfermedades virales del tracto respiratorio superior. También existen casos publicados tras infección por SARS CoV 2.

P. #82

DOLOR ABDOMINAL EN UN VARÓN JOVEN, UN DIAGNÓSTICO VINCULADO AL USO DE ANABOLIZANTES

Alejandro Becerra Wong, José Herrera Díaz, Laura Royuela Del Olmo, Christian A Tsouroukdissian Alcalá, Inés Jiménez Viseu-Pinheiro, Ramón Martín Arregui

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años sin antecedentes médicos relevantes ni hábitos tóxicos conocidos. Es usuario de sustancias anabolizantes desde hace aproximadamente 7 años, relacionadas con la práctica de culturismo. Consulta por dolor abdominal de inicio súbito. Doce horas antes el paciente experimentó dolor punzante en el hipocondrio derecho, acompañado de mareo y sudoración profusa, sin fiebre, alteraciones del estado de conciencia, diarrea ni vómitos. Debido a la persistencia de los síntomas, decidió acudir al hospital.

Exploración física

El paciente se encuentra consciente, orientado, pálido, sudoroso y diaforético. TA de 90/60 mmHg, FC de 110 lpm. Abdomen en tabla con defensa generalizada.

Pruebas complementarias

Analítica

Hemograma: Leucocitos 16.400/µL con desviación izquierda, hemoglobina 11,3 g/dL, plaquetas 406.000/µL.

Bioquímica: GPT 183 U/L. Resto sin hallazgos significativos.

Coagulación: En rango

Gasometría Venosa: pH: 7.29; PCO2: 47.8 mmHg; HCO3: 22.9 mmol/l; Lactato: 2 mmol/l

Estudio de imagen

Se realizó tomografía abdominal debido a la sospecha de abdomen agudo con inestabilidad hemodinámica. Los hallazgos encontrados fueron:

Múltiples lesiones focales hepáticas en ambos lóbulos compatibles con adenomas, una de ellas en el lóbulo hepático derecho con signos de sangrado activo.

Gran hematoma subcapsular de 16 × 6 × 15 cm con niveles hematocrito en su interior y extravasación de contraste al espacio subcapsular.

Con el diagnóstico de adenomas hepáticos múltiples con hemorragia activa y formación de hematoma subcapsular. El paciente fue derivado en UVI móvil a un centro hospitalario especializado con equipo de cirugía hepática para manejo definitivo.

CONCLUSIONES

Los adenomas hepáticos constituyen tumores benignos poco frecuentes del hígado, su incidencia se estima entre 1,3 y 5 casos por millón de habitantes (1). Son más frecuentes en mujeres de entre 20 y 44 años (2). Histológicamente se definen como masas formadas por la proliferación de hepatocitos bien diferenciados, sin la presencia de células de Kupffer, conductos biliares ni fibrosis (3). Entre el 70-80 % de los casos se presentan como lesiones únicas. La aparición de múltiples adenomas es poco común, se define como adenomatosis hepática a la presencia de 10 o más

tumores (2).
El consumo de anticonceptivos orales se asocia con un mayor riesgo de desarrollar adenomas hepáticos, se han descrito varios mecanismos metabólicos involucrados (2). Los estrógenos y progestágenos incrementan la angiogénesis en el tejido hepático y estimulan la actividad de enzimas involucradas en el metabolismo de los lípidos, como la acetil-CoA carboxilasa y la ácidos grasos sintasa, lo que favorece el almacenamiento de lípidos en los hepatocitos (4).
El uso de anabolizantes, fundamentalmente esteroides androgénicos como la testosterona, común en el fisiculturismo por su efecto hipertrófico sobre la musculatura, también incrementa el riesgo de desarrollar adenomas hepáticos (5). Un estudio del National Institute on Drug abuse de los Estados Unidos estimó que la prevalencia del consumo de estas sustancias entre estudiantes de último grado de bachillerato se encontraba en torno al 1.3 % (5). Los anabolizantes aumentan la síntesis de lípidos, promueven la angiogénesis y la proliferación de los hepatocitos (6). De igual manera aumentan la síntesis de la -catenina, una proteína con capacidad de inhibir la apoptosis celular (1). Hasta el 60 % de los adenomas hepáticos se diagnostican de forma incidental en una prueba de imagen (2). Entre un 15 y 33 % de estas lesiones son diagnosticadas al producirse una rotura de las mismas, pudiendo llegar a producir un shock hemorrágico, la mortalidad en este escenario se estima entre un 5 y 10 %. El manejo varía en cada caso, dependiendo del tamaño de la lesión y de la situación hemodinámica del paciente, variando desde el tratamiento conservador, la hepatectomía de los segmentos afectos, hasta el trasplante hepático (6).

P. #87

ME HE LEVANTADO ESTA MAÑANA VIENDO DOBLE... ¿QUÉ PODRÁ SER?

Gabriel Rivera Saltos[1], Lucía Pérez García[1], Glenda Herbozo Alvarado[2], Luis-Alejandro Santoyo Contreras[1]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España
2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 17 años, sin alergia a medicamentos, ni antecedentes médicos, ni quirúrgicos de interés. Acude al servicio de urgencias por diplopía binocular a la mirada vertical de aparición brusca al levantarse de la cama en la mañana, acompañado de mareo, náuseas que culminan en vómito y cefalea localizada en región parietotemporal bilateral, tipo opresiva, intensidad 5/10, sin atenuantes, ni exacerbantes. Se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, eupneica, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno basal dentro de la normalidad; a la exploración física a nivel cardiovascular, pulmonar y abdominal no presentaba alteraciones, pero a nivel neurológico al explorar los pares craneales presenta parálisis a la aducción de ojo izquierdo, con nistgamo en ojo derecho al realizar abducción (sugestivo de oftalmoplejía internuclear izquierda), sensibilidad y motricidad normales, dismetría bilateral en miembros superiores, marcha: con tándem inestable y prueba de Romberg negativa. Se pauta tratamiento sintomático con paracetamol y metoclopramida intravenosas (IV) y se solicitan pruebas complementarias; el hemograma, la bioquímica y la coagulación eran normales, el electrocardiograma y la radiografía de tórax no tenían alteraciones. Se solicita tomografía computarizada cerebral sin contraste IV que tampoco sugería patología aguda intracraneal.
Dada la sospecha de enfermedad desmielinizante se solicita valoración a servicio de Neurología, acuden a valorarla y se decide ingreso en planta. Durante el ingreso se realiza estudio infeccioso, de autoinmunidad, de marcadores tumorales que son negativos. Se realiza punción lumbar visualizándose en líquido cefalorraquídeo mínimo incremento de células nucleadas 6/mm3 (referencia: 0-5 mm/3) con 80% de linfocitos junto a bandas oligoclonales IgG positivas. Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona de un gramo durante 3 días, con mejoría posterior de la sintomatología. Posteriormente, se realiza resonancia magnética nuclear cerebral y de columna cervical visualizándose: 28 lesiones a nivel yuxtacortical sin realce, 14 lesiones a nivel periventricular sin realce, 2 lesiones a nivel infratentorial (vermis y colículo facial izquierdo) con realce y 1 lesión medular en cordón posterior derecho de C2 sin realce; cumpliendo criterios de diseminación temporal y espacial para esclerosis múltiple., se decide alta hospitalaria con tratamiento corticoideo en pauta descendente y se cita en consulta externa de neuroinmunología para seguimiento.

CONCLUSIONES

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune del sistema nervioso central que afecta la vaina de mielina, de etiología desconocida. Más frecuente en mujeres jóvenes, en la raza blanca, aunque también se relaciona con factores ambientales. Presenta cuatro formas evolutivas: 1) remitente-recurrente, 2) secundariamente progresiva, 3) primaria progresiva y 4) progresiva-recurrente. Entre sus manifestaciones clínicas lo más frecuente son los síntomas sensitivos (parestesias e hipoestesias), visión borrosa, diplopía, neuritis óptica, oftalmoplejía internuclear izquierda, debilidad muscular y otros síntomas motores, ataxia, signos de Lhermitte, etc. Para el diagnóstico se utilizan los criterios de McDonald en la resonancia magnética, aunque también es de utilidad la presencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo y los potenciales evocados. El tratamiento del brote se realiza con corticoides a dosis altas, posteriormente para la fase de mantenimiento se usan fármacos modificadores de la enfermedad (acetato de glatiramer, interferón beta, etc.).

P. #100

VÓMITOS CON SORPRESA

María Eugenia López Gómez, William López Forero, Nuria Almeida Molina, Fermín Talavera Díaz-Alejo, Pablo Sánchez Sayago

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No RAMc, no AP de interés. Niega tratamiento habitual
Enfermedad actual: Varón de 39 años que ayer comenzó con cefalea holocraneal con náuseas y un vómito y que no ha cedido con enantyum iv, aumenta con el valsalva.
El hermano refiere que lleva 3 días quejándose de dolor de cabeza. No fiebre ni crisis. No otra clínica relevante
Exploración física: PA: 119/55 mmHg, FC 63 lpm, FR 13, saturación de oxígeno 99%, temperatura 36.6°C. Consciente, alerta, colaboradora y en buen estado general, adecuada coloración mucocutánea. ACP: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: no distendido, con RHA+, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda sin signos de irritación peritoneal .
Evolución: A su llegada a Urgencias se realiza TAC craneal que objetiva hidrocefalia aguda no comunicante con dilatación severa de los ventrículos laterales y obliteración del IV ventrículo sin clara causa que lo justifique. No HSA. Durante la administración de contraste presenta agitación por lo que no es valorable la imagen contrastada. Durante su estancia en urgencias va deteriorando nivel de conciencia con glasgow 12 (O 3 V4, M 5). En pruebas complementarias, hemoglobina de 13'6 g/dl, 364.000 plaquetas, 12100 leucocitos con fórmula normal. Estudio de coagulación básico sin alteraciones. Bioquimica normal. Dado el cuadro clínico y la disminución del nivel de consciencia, se avisa a UCI para ingreso a su cargo, con diagnóstico de Hidrocefalia aguda con severa dilatación ventricular de predominio supratentorial, a expensas de los ventrículos laterales, con III ventrículo no visualizado y que no se identifica causa obstructiva en estudio actual. Durante su ingreso en UCI precisa dos cirugías. Buena evolución tras ingreso en planta convencional de hospitalización (16/01/2024), con atención y orientación cada vez mejor. Se constata posible ceguera cortical, con incongruencias en la exploración, siendo el paciente capaz de deambular con relativa autonomía pero negando visión a media distancia, congruente con las secuelas isquémicas apreciadas en ambos territorios de ACP y de colículos superiores. Se realiza RMN cerebral el 18/01/2024 en la que se evidencia lesión compatible con quiste coloide de III ventrículo, con correcta resolución de la hidrocefalia conocida. Finalmente, 11 días más tarde, se decide dar alta, ante correcta evolución clínico-radiológica, para seguimiento ambulatorio
Diagnóstico final: Hidrocefalia obstructiva. Quiste coloide de III ventrículo. Secuelas isquémicas en territorio de ACP y colículos superiores.

CONCLUSIONES

Los quistes coloides generalmente se detectan cuando los síntomas de hipertensión intracraneal secundaria a hidrocefalia obstructiva son evidentes, aunque pueden permanecer sin síntomas y encontrarse incidentalmente. Debe considerarse en pacientes con cefaleas bifrontales o bioccipitales intermitentes severas. Es característica, aunque no muy común, la presentación de cefalea \"posicional\", acompañada de náuseas y/o vómitos (cuando el quiste, al obstruir intermitentemente el agujero de Monro, actúa como una válvula, el paciente experimenta alivio de la cefalea al ponerse de pie). Ocasionalmente pueden causar muerte súbita, debido a la herniación de las amígdalas cerebelosas durante una hidrocefalia aguda. En este caso específico, se pudo documentar que el quiste coloide del tercer ventrículo causó obstrucción del drenaje del líquido cefalorraquídeo, provocando hidrocefalia aguda obstructiva, edema cerebral severo y herniación de las amígdalas cerebelosas, lo que comprime el tronco cerebral y las estructuras vitales, resultando en la muerte.

P. #103

DESVANECIMIENTO EN LA VÍA PÚBLICA

Inés Casar Ruz
Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
Varón de 60 años con síndrome metabólico (Hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y obesidad)
Motivo de consulta:
Acude a urgencias como código ICTUS (accidente cerebro vascular) traído por la ambulancia, ante pérdida de conocimiento con caída súbita en la vía pública, hace dos horas. Ha recuperado la consciencia pero presenta hemiparesia derecha y afasia.
Constantes vitales:
Hipertensión 210/120 mmHg, FC 89 lpm, saturación 97%
Exploración física:
Regular estado general, presenta vómitos, buen nivel de consciencia aunque orientación no valorable por afasia
Auscultación cardíaca rítmica sin soplos
Auscultación pulmonar sin hallazgos
Exploración neurológica:
Desviación oculocefálica hacia la izquierda que no vence línea media, hemiparesia derecha con plejía braquial, paresia facial supranuclear derecha, afasia mixta severa, emite escaso lenguaje y este es ininteligible, no comprende órdenes sencillas, hemihipoestesia derecha.
Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 89 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización
Analítica sanguínea con hiperglucemia de 270 mg/dl, resto normal
Tomografia axial computerizada cerebral con perfusión: colección hiperdensa en región fronto-temporal y ganglios basales izquierdos, compatible con hematoma intraparenquimatoso agudo. Se encuentra abierto al sistema ventricular con hemorragia tetraventricular que se extiende hasta las cisternas perimedulares, generando efecto expansivo intracraneal con borramiento de los surcos adyantes hemisféricos izquierdos y cierto componente de edema vasogénico alrededor que desvía la línea media hacia la derecha unos 7 mm. No se identifican malformaciones vasculares.
Diagnóstico: ICTUS hemorrágico con hematoma intraparenquimatoso fronto-temporal izquierdo y en ganglios basales
Diagnóstico diferencial: ICTUS isquémico y otras causas de síncope (síncope cardiogénico, síncope neuromediado, crisis epiléptica con periodo post-crítico, intoxicaciones...)
Plan de actuación:
En el manejo inicial se procede a la estabilización hemodinámica normalizando la tensión con media ampolla de Urapidilo intravenosa y ante la sospecha de empeoramiento neurológico dada la lesión en pruebas de imagen, se avisa a neurocirugía y unidad de cuidados intensivos para sopesar destino del paciente, ya que se trata de un paciente jóven y con vida activa, subsidiario a medidas agresivas. Ingreso en unidad de cuidados intensivos para estabilización y evolución hasta cirugía.

CONCLUSIONES

Se denomina código ICTUS al procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas de un ICTUS con el objetivo de traslados lo antes posible a cada paciente al centro idóneo para que pueda beneficiarse de una terapia de reperfusión y de cuidados especializados en una Unidad de ICTUS.
Criterios de inclusión: síntomas iniciados de forma brusca en las últimas 24 horas, situación basal previa del paciente sin gran dependencia, déficit neurológico focal que persiste en el momento del diagnóstico, debilidad o parálisis repentina de la cara, brazo o pierna, confusión repentina, dificultad para el habla o para entender, pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos, cefalea intensa, brusca y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos y dificultad repentina de caminar, pérdida del equilibrio o de la coordinación.
Criterios de exclusión: síntomas que no se han instaurando de forma brusca, más de 24 horas de evolución desde el inicio de los síntomas y paciente con gran dependencia o enfermedad terminal.
El código ICTUS es una patología prevalente que atiende mayor actividad en las urgencias extrahospitalarias en comparación con el resto de códigos (infarto, politrauma...)

P. #111

HIPERTRANSAMINASEMIA EN URGENCIAS, A PROPÓSITO DE MI CASO

Pablo Rodríguez Fuertes, Myriam Serrano García, Olvido García Salgado, Cristina Gómez Moreno
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 31 años sin antecedentes de interés, médico de urgencias por vocación, que consulta en el servicio de urgencias por alteración analítica en analítica de rutina realizada por astenia. Presenta en analítica AST 180 UI/L, ALT 74 UI/L, GGT 16 UI/L, bilirrubina total 0,75. Resto de parámetros dentro de la normalidad.
Se realiza anamnesis detallada, el paciente niega fiebre ni dolor abdominal. No alteraciones hepáticas previas. No ha realizado cambios bruscos de alimentacion. Niega consumo de tóxicos, alcohol, setas o productos de herbolario. No ha tomado fármacos los días previos.
En la exploración física se encuentra afebril y hemodinamicamente estable. Bien hidratado, bien perfundido y normocoloreado. Auscultacion cardiopulomnar sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, signo de Murphy negativo.
Realizamos revision de causas de hipertransaminasemia asintomática. Dentro de las mismas se encuentra el deporte extremo y rabdomiolisis. Reinterrogamos al paciente que habia realizado ejercicio intenso hacia 3 dias, con ascension en bicicleta a la Bola del Mundo, con desnivel positivo de 1300 metros.
Se procede a ampliar la analítica con CPK que resuelta 6230 UI/L, por lo que finalmente se confirma impresiones.
Debido al excelente estado del paciente, comprobando función renal y hepática sin alteraciones, se procede al alta del paciente del servicio de urgencias, con control analitico los meses posteriores por su medico de atención primaria

CONCLUSIONES

- Debemos de conocer las principales causas de hipertransaminasemia
- La rabdomiolisis es una causa más infrecuente de hipertransaminasemia
- Debido al aumento de la practica deportiva es necesario tener en cuenta dicha causa dentro del diagnostico diferencial de la hipertransaminasemia

P. #119

EVOLUCIÓN DE UN HEMATOMA EPIDURAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Tomas Andrés Costa Ferrero, Gonzalo Aguilar Cruz
Consorci Sanitari De Terrassa, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de 81 años con antecedentes relevantes de hipertensión arterial, depresión, migraña,Fibrilación auricular(FA) desde 2018 en tratamiento con Acenocumarol y posteriormente con Edoxaban, Alergia documentada a Tramadol y fumadora de 15 cigarros/día.
Mediación habitual: Edoxaban 60 mg/24 hrs, Dapagliflozina 10 mg/24 hrs, Bisoprolol 1,25 mg/24 hrs, Enalapril/Hidroclorotiazida 20mg/12,5 mg/día, Quetiapina 25mg/dia
La paciente Consulta en el servicio de urgencias de nuestro centro traída por su hija por presentar disminución del nivel de conciencia desde hace algunas horas luego de tener una discusión familiar, explican además, dolor a nivel cervical posterior (musculatura paravertebral cervical bilateral más en derecha). Familiares niegan la ingesta de medicación, contusión u otra sintomatología infecciosa días previos. No refiere dolor torácico asociado ni dolor cervical anterior.
A la exploración física:Tensión arterial 120/80 mmhg, Frecuencia cardiaca 60 lpm temperatura 36.3 °C, saturación aire ambiente 96% , Frecuencia respiratoria 18 ,Glucemia 186 .Glasgow 13/15 (ocular 4 verbal 4 motriz 5).Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones relevantes. Abdomen blando depresible indoloro sin masas ni megalias. Sin focalidad neurológica aparente.
Se realizan estudios complementarios que revelan lo siguiente: Electrocardiograma, FA 80 lpm. Analítica sanguínea: destaca un filtrado glomerular (FG) de 55 ml/min (filtrados con previos > 90 ml/min). Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo: No se evidencian signos de sangrado agudo. Radiografías de columna cervical frente y perfil sin fracturas por acuñamiento y sin signos de artrosis avanzada. No se aprecia disminución de espacios interdiscales. Radiografía tórax frente: Marco óseo conservado con fractura de 2 arcos costales izquierdo (previamente descritos) No condensaciones en parénquima pulmonar, senos costofrénicos libres.
Durante su estancia en urgencias al permanecer la paciente con fluctuación de nivel de consciencia y tendencia a somnolencia se administra bolus flumazenilo 0.25mg endovenoso con parcial respuesta al estado de conciencia, además de Paracetamol 1 gramo endovenoso para tratamiento del dolor cervical y sueroterapia 1500 ml/24 hrs por sospecha de insuficiencia renal aguda grado 3 de tipo prerrenal (Disfunción sin daño) con mejoría parcial de síntomas sin presentar focalidad neurológica.
Se deja en evolución, la paciente recupera estado de conciencia (Glasgow 15/15) pero paciente presenta focalidad neurológica en forma de hemiparesia braquiocrural izquierda y reaparición de la cefalea occipital así como dolor cervical. Dado lo expuesto, se orienta como código Ictus y se decide traslado a hospital de tercer nivel para completar estudios y tratamiento especializado.
A su llegada al centro de referencia se administra reversión de anticoagulación con complejo protrombínico y se completa estudio con angio TAC craneal- cervical que evidencia hematoma epidural cervical C3-C6, por lo que se realiza intervención quirúrgica urgente para drenaje del hematoma. La cirugía transcurrió sin incidencias y se realizó rehabilitación con ingreso en larga estancia, permaneciendo la paciente con sintomatología motora.

CONCLUSIONES

La paciente presentó un cuadro clínico complejo que incluyó disminución del nivel de conciencia, cefalea y hemiparesia secundaria a un hematoma epidural cervical, asociado probablemente al tratamiento anticoagulante con edoxaban , En el cual, esta descrito una incidencia de hemorragias intracraneales del 0.3% en tasa de eventos/año, en los estudios de seguridad en pacientes tratados con 60 mg durante un mínimo de 3 meses y a una insuficiencia renal aguda prerrenal que pudo haber contribuido a la acumulación del fármaco. La activación temprana del código ictus permitió el manejo quirúrgico oportuno mediante laminectomía para evacuación del hematoma. A pesar de una evolución postoperatoria favorable y la rehabilitación, permanecieron secuelas neurológicas. Este caso subraya la importancia del monitoreo estrecho de pacientes anticoagulados, especialmente en el contexto de disfunción renal, y destaca la relevancia de una evaluación rápida y coordinada para optimizar el pronóstico en complicaciones hemorrágicas graves.

P. #126

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A TORMENTA TIROTÓXICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Rodríguez Fuertes, Carmen Del Río García, Lucía Azcue Beholi, Daniel Rodríguez Castro, Myriam Serrano García, Juan Martín Pilares Barco

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina 160 mgr al día, que consulta en urgencias por ansiedad y nerviosimo asociado a sensación de palpitaciones desde hacía 2 horas. Refiere dolor torácico asociado. No nauseas. No vómitos. Episodios previos de palpitaciones estudiados por cardiología, les impresiona de taquicardia paroxistica supraventricular.
En la exploración física llama la atención el estado de nerviosismo y ansiedad que presenta. Hemodinamicamente estable, afebril. Taquipneica con frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto. Auscultacion cardiopulmonar sin alteraciones. No edemas en miembros inferiores.
En cuanto a las pruebas complementarias, en el electrocardiograma realizado presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida 170 latidos por minuto sin alteraciones en la repolarización. Analítica sin alteraciones. Gasometria venosa muestra alcalosis respiratoria.
Durante su estancia en box de urgencias, la paciente presenta episodio de hipotensión y dolor torácico, por lo que es trasladada a box de REA, donde se procede a monitorización de la paciente y se amplia analítica con hormonas tiroideas debido a la sospecha de tormenta tiroidea.
Realizamos una revisión de los criterios disponibles, siendo los criterios de BURCH WARTOFSKY y de la Sociedad Japonesa de Tiroides los mas aceptados. Comprobamos que en ambos casos, la paciente cumplía criterios para tormenta tiroidea, por lo que se decide iniciar tratamiento dirigido con metimazol 30 mg/6 horas via oral, propranolol 40 mg cada 8 horas, dexametasona 2 gr cada 6 horas intravenosa y enoxaparina 40 mg cada 24 horas. Rápidamente la paciente presentó mejoría sintomatologica, revirtiendo en 2 horas a ritmo sinusal, manteniéndose hemodinámicamente estable.
Posteriormente se revisaron las hormonas tiroideas solicitadas, presentando unos niveles séricos de TSH 0.09 µUI/mL y T4L 3.19 ng/dL. Ingreso en medicina interna para estudio y tratamiento definitivo del cuadro

CONCLUSIONES

La tormenta tirotóxica es una entidad relativamente frecuenten en nuestros servicios de urgencias que tenemos que reconocer y tratar dado que se trata de una verdadera emergencia y es una entidad que pone en peligro la vida de nuestros pacientes.
La sospecha clínica junto a unos criterios de BURCH WARTOFSKY positivos deben de llevarnos a iniciar un tratamiento contra esta entidad, sin esperar el resultado de las hormonas tiroideas
Dentro de las alteraciones que un urgenciólogo debe de descartar ante una fibrilación auricular de novo son las alteraciones endocrinas, en concreto la tiroidea según las ultimas guias propuestas sobre el tema.

P. #140

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO SECUNDARIO A HIPERCALCEMIA GRAVE: DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE

María Del Carmen Maldonado Ramos[1], Ana María Bernabé Sánchez[2]

1. Servicio Urgencias Hospital Universitario Poniente, El Ejido, España
2. Servicio Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 66 años que consulta en Urgencias Hospitalarias por debilidad generalizada de extremidades progresiva acompañado de hiporexia y alteración del comportamiento (bradipsiquia, lenguaje incoherente, obnubilación, confusión) junto con torpeza en los movimientos e inestabilidad de la marcha de intensidad progresiva de 10 días de evolución. Niega fiebre u otra sintomatologia asociada.
Se trata de un paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, jubilado (ex-camionero) que vive con su esposa.
Entre sus antecedentes personales figuran Hipertensión Arterial (HTA) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) fenotipo enfisematoso (exfumador de un paquete/día desde hace más de 10 años). En tratamiento crónico con Enalapril 20mg/24h, Bisoprolol 5mg/24h, y Formoterol 5mcg/Glicopirronio 7,2 mcg/Budesonida 160 mcg inhalados cada 12h.
A la exploración física presenta Tensión Arterial (TA) 132/81 mmHg, Frecuencia Cardiaca (FC) 89 lpm, Tª 36.1°C, Saturación oxígeno basal 95%. Glucemia capilar 103 mg/dl. Destaca un estado general regular, con deshidratación mucosa y palidez cutánea. A nivel neurológico presenta Glasow 15 estando el paciente consciente pero desorientado en tiempo y espacio, con bradipsiquia y bradilalia. Los pares craneales están centrados y simétricos, y presenta fuerza, movilidad y sensibilidad de extremidades conservada pero reducida en intensidad de forma simétrica. La marcha es inestable con dificultad para la bipedestación, precisando ayuda. No hay alteraciones en el resto de la exploración por aparatos y sistemas.
Se solicitan Electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax, sin alteraciones, junto con Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal sin contraste intravenoso, no objetivándose datos de patología intracraneal aguda. En analítica sanguínea y gasometría venosa solicitadas destacan fracaso renal agudo (Creatinina 1.96 mg/dl con valores previos de Creatinina inferiores a 1 mg/dl) junto con anemia normocítica (Hemoglobina 10.4 g/dl, Volumen Corpuscular Medio 88 fL) e hipercalcemia iónica (10.29 mg/dl). Se amplía estudio con valores de albuminemia (2.3 g/dl), con calcemia corregida por albúmina de 18.10 mg/dl. Destaca, a su vez, proteinuria en sedimento de orina. Se realizan punción lumbar y ecografía de vías urinarias sin objetivarse alteraciones.
Dado el fracaso renal agudo y la hipercalcemia severa se interconsulta con Nefrología indicando, inicialmente, tratamiento con sueroterapia intensiva junto con diuréticos intravenosos, sin corrección de calcemia y presencia de oligoanuria, por lo que se realiza hemodiálisis urgente. Se amplía tratamiento con bifosfonatos (Ácido Zolendrónico 4mg iv) y corticoterapia

intravenosa (Hidrocortisona 100mg/8h iv). Se interconsulta, a su vez, con Hematología, quien, ante sospecha de mieloma múltiple, realiza proteinograma y punción-aspiración de médula ósea. El paciente ingresa en planta de hospitalización, confirmándose diagnóstico de Mieloma Múltiple IgA Lambda, precisando sesiones de hemodiálisis junto con tratamiento con Bortezomib-Dexametasona. En estudio radiológico de extensión figura afectación ósea lítica a nivel vertebral, pélvico y costal izquierdo. Tras corrección de hipercalcemia y mejoría de parámetros de función renal y anemia, el paciente recupera su estado neurológico basal siendo alta hospitalaria tras 15 días de hospitalización. Continúa en seguimiento por Hematología y Nefrología.

CONCLUSIONES

Mediante el presente caso clínico se pretende mostrar la importancia de la valoración de las alteraciones iónicas que pueden sufrir nuestros pacientes, las cuales pueden tener múltiples manifestaciones clínicas (alteración neurológica, en este caso) y no siempre verte afectadas la natremia y potasemia (a pesar de ser las más frecuentes). Por ello cabe destacar la necesidad de valoración de calcemia, estando asociados sus niveles (en caso de hipercalcemia) a deshidratación, enfermedades neoplásicas, hiperparatirodismo primario e inmovilización prolongada, entre otras.

P. #145

MIGRALEPSIA

Paula Lluís Griñó[1], Francisco Andrés Romero Cortez[2], Lila Corominas García[1], Joan Armengol Alegre[3], Marta Casanovas Riumbau[3]

1. UDMAFiC Catalunya Central, EAP Artés, Institut Català de la Salut, Artés, España
2. UDMAFiC Catalunya Central, EAP Plaça Catalunya, Institut Català de la Salut, Manresa, España
3. EAP Artés, Institut Català de la Salut, Artés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años con antecedentes de migraña con auras afásicas y vestibulares que presenta nuevo episodio migrañoso con alteración visual derecha, mareo y cefalea progresiva, sin focalidades neurológicas a la exploración, por lo que se inicia tratamiento antimigrañoso. Posteriormente, se produce un empeoramiento de la cefalea acompañado de desorientación, nerviosismo, ausencia de contacto ocular, lenguaje repetitivo y afasia, junto con marcha inestable y dismetría en extremidades superiores e inferiores.
Se realiza analítica de sangre, tomografía computarizada craneal y angiografía de troncos supraaórticos, todas con resultados anodinos. Posteriormente, se registra un pico febril, por lo que se procede a realizar una punción lumbar, cuyos resultados también son anodinos. Al día siguiente, se realiza electroencefalograma (EEG) urgente que muestra actividad epileptiforme focal compatible con estatus epiléptico no convulsivo (EENC), que mejora tras la administración de clonazepam y levetiracetam.

CONCLUSIONES

La migralepsia se define como una crisis epiléptica desencadenada por un episodio de migraña. Debemos sospechar esta entidad ante pacientes con clínica migrañosa con aura y episodios compatibles con crisis epiléptica, siempre que no exista otra causa justificada.
El EENC representa una condición muy heterogénea y de difícil diagnóstico en algunas ocasiones, con riesgo vital o una morbilidad significativa.
El EEG es la prueba de elección para su diagnóstico, aunque no siempre está disponible en los servicios de urgencias, o su acceso puede estar muy limitado.

P. #154

CEFALEA PULSATIL Y ALTERACIÓN VISUAL

Juan Jiménez Oyonarte, Antonia Llinares Esquerdo, Axel Muñoz Valls, Luca Ponzini, Luisana Rosas Marcano, Rachida Soultana .

Hospital de Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73a dislipemica, asmàtica, hipotiroidismo, insuf renal crònica estadio IIB, sd. depresivo, anemia ferropènica, que reconsulta por cefalea hemicraneal izquierda de 6 meses de evolución tipo pulsatil asociado a visión borrosa, dolor retrocular, irgurgitación y proptosis de ojo izquierdo progresivo desde entonces, asociado a acúfeno pulsatil en oido ipsilateral.
TAC y angioTAC sin alteraciones, RMN y angiografia cerebral por RMN informada sin alteraciones sol·licitada por Neurología en consultes de cefaleas.
A la exploración GCS 15, MOEs conservados, Campimetría por confrontación sin alteraciones. Edema palpebral OI, leve proptosis e epiescleritiis/esclertitis.
Revalorado por oftalmologia, fondo de ojo con "posible cabeza de medusa" y PIO 24 pulsatil.
Ante la sospecha de fístula carótido-cavernosa se completa estudio con arteriografia cerebral que muesta fístula carótido-cavernosa izquierda con aportes arteriales de pequeñas ramas de laACI derecha (tronco inferomedial) con un punto de fístula al seno intercavernoso, ramas de ambas arterias carótidas externas (pequeñas ramas meníngeas de ambas ACE y ramas etmoidales de la ACE izquierda) y ACI izquierda también a través del tronco inferolateral al seno cavernoso izquierdo

CONCLUSIONES

Ante la confirmación de fístula carótido-cavernosa tipo D de Barrow, se realiza de forma programada embolización por vía transvenosa sin complicaciones con buena recuperación y con cese de la sintomatología posteriormente.

P. #155

PRESENTACIÓN PSIQUIÁTRICA AGUDA DE UNA ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTIRRECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO

Rosario Hernández Ramos[1], Joao Marco Rodrigues Santana[1], Miriam Pérez Almarcha[1], Diego Javier Fuster González[1], Ciprian Mihai Chirca Leac[1], Carlos Ureña Caballero[2]

1. Hospital Vega Baja, Orihuela, España
2. Hospital Universitario de Torrevieja, Orihuela, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años, sin antecedentes psiquiátricos de relevancia, que consulta en urgencias por alteraciones conductuales de una semana de evolución, que se iniciaron de forma súbita, coincidiendo con el primer día de menstruación, caracterizándose por euforia intensa, discurso acelerado y sensación de extrañeza del entorno y alucinaciones auditivas no estructuradas (con plena conciencia de su irrealidad).
Se diagnosticó de episodio hipomaníaco y se indicó tratamiento con olanzapina y seguimiento ambulatorio.
Horas después, la paciente regresa al servicio de urgencias con agravamiento del cuadro: impulsividad, pensamientos de autolesión y heteroagresividad. Durante su estancia en urgencias, presenta una crisis tónica con cianosis y pérdida de conciencia. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde persistieron alteraciones neuropsiquiátricas junto con movimientos peribucales anormales, compatibles con discinesias. Dada la evolución del cuadro, se realizaron estudios complementarios que evidenciaron la presencia de un teratoma ovárico con focos de endometriosis.
Ante la sospecha de encefalitis autoinmune, se inicia corticoterapia y Rituximab, a la espera de confirmación mediante estudio de anticuerpos antineuronales en líquido cefalorraquídeo (LCR) y suero.

CONCLUSIONES

La encefalitis autoinmune antirreceptor N-metil-D-aspartato (anti-NMDA) es una patología que se manifiesta con alteraciones neuropsiquiátricas, disfunción autonómica y crisis epilépticas. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales, que pueden simular trastornos psiquiátricos primarios. La identificación precoz y el inicio temprano del tratamiento inmunomodulador mejoran el pronóstico y reducen la mortalidad. Su asociación con tumores, especialmente teratomas ováricos, resalta la importancia de un abordaje interdisciplinar. Debe considerarse en pacientes jóvenes sin antecedentes psiquiátricos previos que presentan alteraciones conductuales atípicas, alucinaciones y síntomas afectivos sin un factor desencadenante claro.

P. #163

TIENE UNA HERNIA, NO ES LA QUE TE ESPERAS

Miguel Gónzalez Ureña, Juan Carlos Ríos Pérez, María Calvo-Villamañan Pérez, Sabina Aranda Guerrero, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 86 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, pancreatitis aguda de origen enólico y EPOC tipo enfisematoso, que acude a nuestro servicio de Urgencias presentar desde hace 24 horas con malestar general, sensación distérmica con fiebre termometrada de hasta 39ºC comenzando con tos con expectoración y disnea. Refiere que en los dias previos presentaba molestias abdominales difusas que relacionaba con una hernia inguinal ya conocida. En el día anterior empeoramiento progresivo con disminución del ritmo deposicional, siendo la última deposición hace 48 horas. Niega dolor torácico, no nauseas ni vómitos ni clínica miccional.
Se realizó la exploración física destacando desaturación del 92% aire ambiente, mal estado generalizada con roncus en ambos campos superiores. A nivel abdominal presenta una zona indurada a nivel abdominal doloroso a la palpación.
Se solicito analítica de sangre con gasometría arterial destacando pH arterial 7.651, Bicarbonato arterial 17.300 mmol/L, un ácido láctico de 2.4 y una proteína C reactiva de 119.
Se solicitaron radiografía torácica y abdominal donde se objetivo una consolidación en base pulmonar derecha y un patrón de pila de monedas. Dados estos hallazgos se solicitó al servicio de radiología un TAC abdominal que objetivo una hernia de Garengeot con datos de apendicitis aguda con burbujas de gas extraluminal, en el interior del saco herniado, siendo sugestivo de una perforación contenida. En los cortes torácicos se observó una consolidación pulmonar ya visualizada en la radiografía de tórax.
Con las pruebas realizadas se inició cobertura antibiótica con piperacilina/tazobactam para cubrir ambos focos infecciosos. Se inicia además corticoterapia y nebulizaciones dada la bronconeumonía de nuestro paciente con antecedentes de EPOC.
Se contacto con el servicio de Cirugía General quienes realizaron de manera urgente una apendicetomía laparoscópica en quirófano.

CONCLUSIONES

- Ante un abdomen agudo siempre es esencial una buena anamnesis y exploración ya que la analítica no siempre puede ser concluyente. El TAC es la prueba gold standard para descartar patologia en situaciones de abdomen agudo.
- El apéndice puede encontrarse en este tipo de hernias sin alteraciones, con distintos grados de apendicitis o de congestión por la incarceración, debiendo usarse el epónimo de hernia de Amyand para calificar un apéndice dentro de una hernia inguinal irreductible, y de Garengeot para describir la incarceración del apéndice dentro de un saco femoral.
- Es importante iniciar de manera precoz una buena cobertura antibiótica, asociando analgesia.

P. #164

VACUNA DE LA GRIPE FINAL INESPERADO

Juan Carlos Ríos Pérez, Francisco Torres Bautista, Sabina Aranda Guerrero, José Oya Martínez, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 71 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo e hipertensión en tratamiento con 5 mg de enalapril diarios. Consulta por edema con fóvea hasta raíz de miembros inferiores (MMII) de 10 días de evolución. Valorada previamente en otra Urgencia Hospitalaria donde diagnostican de insuficiencia cardiaca comienza tratamiento con Furosemida. Según refiere presentaba buen control de cifras de tensión arterial en domicilio según refiere. No disnea ni ortopnea. No disminución de ritmo de diuresis. No náuseas ni vómitos. No cambios en ritmo intestinal. No nueva mediación, ni antibioterapia ni semiología infecciosa a ningún nivel, no otra clínica reseñable a la anamnesis.
A la exploración física: hemodinámicamente estable (TA 161/91 mmHg FC 65 lpm Saturación oxígeno basal 96%) y afebril. Destaca edema bilateral con fóvea hasta rodillas, resto sin interés (auscultación cardiaca, pulmonar y abdomen normal).
Se solicitan pruebas complementarias con hallazgo de proteinuria en rango nefrótico (8.82 g/24 horas), sin deterioro de función renal; en analítica de ingreso se detecta hipoalbuminemia de 2.4 g/dl, hipercolesterolemia de 449 mg/dl. Se inicia tratamiento depletivo con furosemida intravenosa previa reposición de albúmina con buena evolución clínica.
En proteinograma se objetiva aumento de beta2 hipogammaglobulinemia con cadenas ligeras kappa sin banda monoclonal en suero, por lo que se plantea diagnóstico diferencial con mieloma múltiple (descartándose tras realización de aspirado y biopsia de médula ósea) y biopsia renal sin lesiones morfológicas en microscopía óptica ni inmunofluorescencia; que muestra finalmente mediante técnicas de microscopía electrónica dos glomérulos con fusión pedicelar difusa compatible con enfermedad de cambios mínimos.
Ante el diagnóstico de enfermedad de cambios mínimos, se inicia tratamiento con corticoterapia a dosis de mg/kg y se realiza despistaje de etiología mediante estudio inmunológico y pruebas de imagen (todo esto negativo).
Se rehistoria a la paciente evidenciando vacunación antigripal 5 días antes del inicio de cuadro de edema en MMII, por lo que se diagnostica una enfermedad de cambios mínimos secundaria a la vacunación antigripal.
La paciente presenta buena evolución clínico-analítica, siendo dada de alta con corticoide y diurético oral.

CONCLUSIONES

La enfermedad de cambios mínimos es una patología que afecta a los vasos de menor calibre del riñón.
Debemos pensar en esta enfermedad si nuestro paciente presenta alguno de los síntomas principales como son los edemas generalizados que pueden ir acompañados de ascitis y derrame pleural o, si en los resultados analíticos, encontramos una proteinuria brusca y evidente en rango nefrótico, los niveles bajos de albúmina en sangre y la posibilidad de niveles altos de colesterol y triglicéridos acompañando a lo anterior. Una vez tengamos la sospecha de enfermedad por cambios mínimos, es necesario para su diagnóstico es una biopsia renal.
Se han descrito nefropatías de cambios mínimos entre 4 y 18 días postvacunación frente a Influenza. Parece que la vacunación aumenta la producción de citoquinas a nivel renal mediadas por linfocitos

P. #165

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO

María Calvo-Villamañan Pérez, Francisco Torres Bautista, Miguel Gónzalez Ureña, Juan Carlos Ríos Pérez, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 45 años con antecedentes personales de litiasis renal derecha, migrañas con aura episodia y paresia del músculo oblicuo superior (foria vertical) que acude al servicio de Urgencias por comenzar desde hace 48 horas con un cuadro de parestesias a nivel de ambas plantas de los pies; refiere presentándolo de manera continuada presentando progresión hacia los muslos, tanto anterior como posterior, llegando hasta la región abdominal a nivel inframamario; refiere de manera concomitante comenzar con dificultad para la micción en las últimas 24 horas. No ha presentado pérdida de fuerza, pero si refiere presentar dificultad para posicionar la pierna para caminar. No pérdida de peso, no fiebre ni sudoración nocturna. Resto de la anamnesis anodina.
En los meses previos acudió en dos ocasiones al servicio de Urgencias por dolor en flanco derecho diagnosticado en ambas de cólico renoureteral no complicado. Refiere además dos semanas antes presentar infección respiratoria por COVID.
En la exploración física auscultación cardiopulmonar normal, abdomen anodino. En la exploración neurológica destaca: Leve hipertropia de ojo izquierdo. No diplopia, ptosis o nistagmo. En miembros superiores flexo-extensión de muñeca (5/5), interóseos (3/5), ABD (4/5), pinza (3/5). Sensación disestésica en ambos miembros inferiores. En miembros superiores es capaz de discernir entre punta-romo, salvo en cara lateral y 4o-5o dedo mano derecha. Marcha atáxica al inicio de la marcha que luego corrige.
Se realizaron pruebas complementarias, una analítica sanguínea donde solo destaca una elevación de la LDH 442 U/L y proteína C reactiva 17.80 mg/L. En las pruebas de imagen una radiografía de tórax y un TAC cerebral urgente sin alteraciones significativas. Ante la sospecha clínica de mielitis se realizó una resonancia magnética completa del neuroeje. A nivel cervical, dorsal y lumbar se objetivaron masas intrarraquídeas epidurales en todos los segmentos espinales, con extensión foraminal y mínima paravertebral en algunos niveles, que ocasionan disminución de la amplitud del canal raquídeo con deformación y disminución del calibre del cordón medular, datos compatibles con un proceso linfoproliferativo.
Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide tratamiento neuroquirúrgico urgente para la descompresión medular mediante laminectomía con estudio anatomopatológico intraoperatorio con hallazgos compatibles con linfoma B de alto grado por lo que se cursa ingreso en Hematología para completar estudio y tratamiento.
Tras confirmación de diagnóstico de síndrome linfoproliferativo de alto grado
tipo linfoma B difuso de célula grande se realiza resonancia cerebral y PET-TAC para valorar extensión presentando infiltración

del SNC por lo que se incia tratamiento con esquema R-DA-EPOCH (rituximab, etpósido , adriamicina , ciclofosfamida).

CONCLUSIONES

El linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) de alto grado es una entidad heterogénea con características clínicas y moleculares diversas que afectan su pronóstico y tratamiento.
Ante parestesias de novo, afectación esfinteriana o clínica de compresión medular sin aparente etiología, debemos realizar RMN de columna completa para descartar patología neoplásica
El tratamiento de estos linfomas sigue siendo un desafío, ya que no existe un estándar de cuidado establecido. Sin embargo, se ha observado que los regímenes de quimioterapia intensificados pueden ofrecer mejores resultados en comparación con la quimioinmunoterapia estándar. Además, se está investigando el uso de agentes dirigidos y terapias inmunológicas, como las terapias con células CAR-T, para mejorar los resultados en estos pacientes

P. #166

HEPATITIS AGUDA FULMINANTE

María Calvo-Villamañan Pérez, José Oya Martínez, Clara García Justicia, Miguel Gónzalez Ureña, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años con antecedentes personales de gastritis crónica antral, anemia ferropénica de causa ginecológica debido a metrorragias, útero miomatoso en tratamiento con primolut, acido tranexámico y hierro oral.
Paciente que acude al servicio de Urgencias por malestar general, dolor abdominal difuso y fiebre; refiere haber sido dada de alta tras la realización de histerectomía presentando como complicaciones postquirúrgicas un hematoma vaginal y hemoperitoneo por lo que tuvo que ser reintervenida.
Se realiza una analítica sanguínea presentando leucocitosis, dados los antecedentes de la paciente se decide la realización de un TAC de abdomen y pelvis donde se objetivo únicamente enfisema subcutáneo bilateral extenso alcanzando el plano muscular sin identificar el origen del mismo.
Se decide iniciar cobertura antibioterapia de manera empírica; se realizan analíticas seriadas destacando una alteración en el perfil hepático con hiperbilirrubinemia y citólisis, por lo que se decide retirar los fármacos hepatotropos. La paciente persiste con dolor abdominal y tendencia a la hipotensión por lo que se realizó un TAC de control donde destaca la aparición de ascitis y derrame pleural bilateral. A las 24 horas la paciente presenta empeoramiento clínico y analítico; leve coagulopatía, anuria con fracaso renal con creatinina 2.68mg/dl y acidosis metabólica, lactato 5, GOT 14.598UI/L, GPT 9567 UI/L, GGT 26 UI/L, LDH 12.230UI/L, Br 2.94mg/dl.
La paciente es valorada por trasplante hepático inculyendose en lista con prioridad nacional para trasplante.
Ingresada en UCI se inició monitorización hemodinámica invasiva, resucitación con cristaloides y soporte vasoactivo con noradrenalina así como corticoides a dosis de shock; todo ello como tratamiento de la hipotensión refractaria. En la analítica de control destaca coagulopatía severa e hipofibrinogenemia, se inició optimización de la coagulación con vitamina K y plasma fresco congelado. En la gasometría arterial se observó acidosis metabólica grave, para lo que recibe varios bolos de bicarbonato. Se inició perfusión de N-acetilcisteína como prevención por si la etiología fuese sobredosis de acetaminofen y rifaximina, como prevención de recurrencia de la encefalopatía hepática.
Durante su estancia en la UCI, presentó deterioro hemodinámico y metabólico progresivo, con una presión arterial media persistente <60 mmHg, hiperlactacidemia severa >20 y acidosis metabólica severa a pesar de la terapia de reemplazo renal continuo y la administración de bicarbonato exógeno. Además, presentó coagulopatía severa con sangrado mucoso y anemia a pesar de las transfusiones. También experimentó una convulsión tónico-clónica. Los ETT mostraron un ventrículo izquierdo hiperdinámico con disfunción progresiva. La paciente requirió dosis crecientes de norepinefrina y vasopresina para mantener la PAM >60 mmHg sin éxito, y desarrolló lividez ascendente desde las extremidades

inferiores hasta el abdomen. Dada la inestabilidad persistente a pesar de todos los tratamientos, el equipo médico decidió retirar las medidas de soporte vital.
Se realizó necropsia a la paciente donde se confirmó la sospecha de hepatitis aguda masiva secundaria a virus herpes

CONCLUSIONES

La hepatitis aguda fulminante es una condición clínica caracterizada por una rápida y severa pérdida de la función hepática en un paciente previamente sano. Esta condición se manifiesta típicamente con encefalopatía hepática y coagulopatía, y puede evolucionar rápidamente hacia la insuficiencia multiorgánica y la muerte.
Las causas más comunes de hepatitis aguda fulminante incluyen la toxicidad por acetaminofén, hepatitis viral, daño hepático inducido por fármacos, hepatitis autoinmune y otras etiologías menos frecuentes
En nuestro caso, al tratarse de una primoinfección herpética, las serologías son negativas, y la única manera que habría para detectar el virus seria mediante larealización de una PCR en sangre.
El manejo de la hepatitis aguda fulminante requiere una atención intensiva y la consideración temprana de un trasplante hepático, que es la única terapia que ha demostrado mejorar significativamente la supervivencia.

P. #167

TUMOR GLIAL ALTO GRADO

María Rodenas Baquero, Sabina Aranda Guerrero, Miguel Gónzalez Ureña, María Calvo-Villamañan Pérez, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 43 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de Urgencias por cuadro de bradipsiquia de unas 3 semanas de evolución asociado a sensación de torpeza e inseguridad, con dificultad para ciertas actividades como cálculos matemáticos complejos, ejercicios de lógica con cifras numéricas, o el manejo del automóvil. Según refiere presentó tos sin clara expectoración previo al inicio de este cuadro y cefalea epicraneal que se resolvió por completo con analgesia de primer escalón. Posteriormente episodios de cefalea intermitentes y localizados, sin ninguna otra clínica de interés.
A la exploración física, ligeramente hipertenso, con cuadrantanopsia izquierda y marcha en tándem inestable, resto de la exploración anodina.
Se realizó una analítica sanguínea sin alteraciones significativas y se solicita un TAC craneal urgente en el que se objetiva un proceso expansivo intraparenquimatoso hemisférico derecho en región temporoparietal sugestiva de tumor glial de alto grado, que asocia edema perilesional y condiciona efecto de masa con desplazamiento de la línea media. Se realiza una RM donde se confirma lo previo.
Se inicia tratamiento con dexametasona 4mg cada 8 horas y levetiracetam 500mg intravenosos cada 12 horas y se traslada al paciente a su hospital de referencia, donde se realiza extirpación quirúrgica de la lesión. En la anatomía patológica se obtiene el diagnóstico definitivo de Glioma difuso hemisférico H3G34 mutado, grado 4 de la OMS 2024.

CONCLUSIONES

- El glioma de alto grado o glioma grado IV, también conocido como glioblastoma es el tumor cerebral primario más común en adultos. Es un tumor de crecimiento rápido que puede aparecer en cualquier momento, pero su incidencia aumenta con la edad avanzada.
- La cefalea es el síntoma inespecífico más frecuente. Cuando se añaden síntomas derivados del incremento de presión u otros signos/síntomas más específicos que dependen de la localización de la enfermedad, es necesario un estudio más exhaustivo que nos permita llegar al diagnóstico.
- El diagnóstico inicial se realiza con pruebas de imagen. Pero la obtención de tejido y su análisis por un neuropatólogo es necesaria para establecer un diagnóstico preciso del tipo y grado de tumor.
- El pronóstico varía en función de la posibilidad de realizar una resección quirúrgica radical y de utilizar otras terapias adyuvantes.

P. #171

EL PANCREAS NO AVISA

José Oya Martínez, María Rodenas Baquero, Juan Carlos Ríos Pérez, Francisco Torres Bautista, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 74 años procedente de Venezuela y recién llegado a España hace un mes que acude a Urgencias por aumento de perímetro en ambos miembros inferiores que han ido en aumento desde hace una semana y anuria de 24 horas de evolución; refiere además dolor abdominal y lumbar difuso, disnea de moderados esfuerzos que mejoran con el decúbito y pérdida ponderal de 12 Kg en los últimos dos meses. Como antecedentes personales de interés destacan hipertensión arterial, tabaquismo e hiperplasia benigna de próstata.

A su llegada al servicio de Urgencias el paciente presenta mal estado general, se encuentra sudoroso y taquicárdico, con leve tinte ictérico; presenta una marcada tendencia a la hipotensión con TA medias de 70/40 mmHg. A la exploración destaca una auscultación pulmonar con hipofonesis en ambas bases y un abdomen globuloso, distendido y doloroso a la palpación en epigastrio, pero sin datos de irritación peritoneal, así como edema con fóvea en ambos miembros inferiores hasta las rodillas.

En la analítica sanguínea destaca Lactato venoso de 7.4 mmol/L, Creatinina 3.0. mg/dL, Bilirrubina total 5.1 mg/dL, PCR 121.0 mg/L, Procalcitonina 7.97 ng/mL, leucocitosis con neutrofilia y datos de coagulopatía. En la analítica de orina destaca leucocituria con bacteriuria abundante. Se realiza Ecografía abdominal a pie de cama en la que no se evidencia retención aguda de orina, pero sí contenido hiperecoico en la cara inferior vesical sugestiva de masa.

Dados los hallazgos analíticos y la evolución tórpida del paciente se realiza TC abdominal urgente, en el que se observan incontables lesiones hipodensas en todos los segmentos hepáticos sugestivas de metástasis, una lesión en cola de páncreas de 2,7 cm hipodensa, mal definida, sugestiva de neoplásica (metástasis vs. primario) en contacto con segmento de arteria esplénica, lesiones hipodensas periféricas en bazo, lesiones nodulares suprarrenales heterogéneas que en su contexto sugieren afectación metastásica, próstata aumentada de tamaño, masas adenopáticas retroperitoneales y adenopatías patológicas en cadenas ilíacas y obturatrices, abundante líquido libre intraperitoneal y lesiones blásticas difusas en todo el esqueleto axial.

Se decide ingresar al paciente para completar el estudio; con los diagnósticos de shock séptico de probable foco urinario, FRA secundario y fallo hepático grave con coagulopatía secundaria probablemente en contexto de bajo gasto.

Las 24 horas siguientes el paciente presenta una mejoría de su estado general y un mejor control del dolor, aunque continúa con tendencia a la hipotensión con TA medias en torno a 85/55 mmHg a pesar de sueroterapia intensiva, con escasa diuresis, por lo que se comunica a sus familiares el mal pronóstico y se decide junto con la familia la adecuación del esfuerzo terapéutico.

CONCLUSIONES

- La presencia de lesiones hipodensas en todos los segmentos hepáticos, junto con lesiones metastásicas en bazo, suprarrenales y el esqueleto axial, indica una enfermedad oncológica avanzada y diseminada. La masa en cola de páncreas de características neoplásicas sugiere un tumor primario agresivo (probablemente adenocarcinoma pancreático), conocido por su mal pronóstico incluso en estadios localizados y mucho peor en etapas metastásicas.
- El paciente permaneció hipotenso (TA media de 85/55 mmHg) tras la administración de 4 L de suero fisiológico, lo que indica un shock séptico refractario con probable bajo gasto debido a compromiso multiorgánico. La incapacidad de revertir la hipotensión, un indicador de mal pronóstico en el shock séptico, reduce la efectividad de medidas avanzadas como el soporte vasopresor.
- Con múltiples fallos orgánicos (hepático, renal y posiblemente cardiopulmonar), la posibilidad de recuperación significativa era extremadamente baja. Este balance clínico justificó la limitación del esfuerzo terapéutico como una decisión paliativa ética.

P. #172

DISTENSIÓN ABDOMINAL COMO MANIFESTACIÓN DE ALGO MÁS

María Rodríguez Armas
HOSPITAL SANTA CREU I SANT PAU, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin alergias medicamentosas conocidas, enol ocasional, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. Enfermedad de Graves desde 2017 con anticuerpos positivos y gammagrafía compatible, en seguimiento por Endocrinología hasta unos meses que pierde seguimiento tras haber vuelto a su país de origen, dond eno ha realizado su tratamiento habitual.
Consulta en Urgencias por distensión abdominal progresiva de unas 4 semanas de evolución que le impide el descanso nocturno las últimas 72 horas. Niega dolor abdominal, síndrome miccional o alteración del ritmo deposicional. A la anamnesis más dirigida refiere disnea a moderados esfuerzos con palpitaciones, que actualmente se reproduce en reposo, asociando ortopnea y disnea paroxística nocturna.
A la exploración física en Urgencias se encuentra eupneico al aire con saturación parcial de oxígeno del 97%, sin trabajo respiratorio. tensión arterial 124/85, frecuencia cardíaca de 180 latidos por minuto (lpm). En la exploración física destaca situación de anasarca con distensión abdominal y semiología ascítica, edemas con fóvea hasta raíz de miembros, ingurgitación yugular y reflujo hepatoyugular. A la exploración física destacan crepitantes en 2/3 de ambos campos pulmonares y taqui-arritmia a 180 lpm.
Se realiza un electrocardiograma (ECG) inicial que muestra fibrilación auricular (FA) a 170lpm. Analíticamente presenta iones en rango, función renal normal, hemoglobina 133g/L, sin alteraciones de la fórmula leucocitaria, INR espontáneo 1,66. NT-proBNP 865ng/L, troponina 29ng/L. A destacar hipertiroidismo con TSH <0,01, T4 56. En la radiografía de tórax presencia de cardiomegalia y signos de congestión pulmonar. Se realiza ecografía transtorácica (ETT) a pie de cama que muestra una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) severamente reducida (25-30%), sin dilatación ventricular, e insuficiencia mitral de grado II.
Se orienta como debut de insuficiencia cardíaca congestiva en contexto de taqui-miocardiopatía secundaria a tormenta tiroidea por abandono de su tratamiento habitual con FA rápida de novo alternada con flutter típico 2:1.
Se inicia tratamiento con dexametasona y propiltiouracilo para el control del hipertiroidismo, además de furosemida para manejar la insuficiencia cardíaca y la congestión. Tras 48 horas de tratamiento, se inicia esmolol con buena tolerancia hemodinámica y posteriormente se substituye por bisoprolol, que se va titulando progresivamente. El paciente experimenta una correcta respuesta diurética y mejora clínica significativa. Posteriormente, por mal control de FC, se decide realizarse durante el ingreso una cardioversión eléctrica (CVE) con reversión a ritmo sinusal. Se añade tratamiento neuro-hormonal con Eplerenona y Dapaglifozina, además de anticoagulación con Rivaroxabán.
En los controles posteriores el paciente se mantiene estable desde el alta, encontrándose asintomático. No ha presentado disnea de esfuerzo, ortopnea, dolor torácico ni palpitaciones. Además, se observa una resolución completa de los edemas con mejoría progresiva y recuperación de la FEVI hasta el 49%.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la relación entre la tormenta tiroidea y la insuficiencia cardíaca aguda en un paciente joven sin cardio-neumopatías conocidas, junto con la complicación en forma de FA rápida y la taqui-miocardiopatía secundaria. La corrección de la función tiroidea y el control de la frecuencia cardíaca mediante cardioversión eléctrica y tratamiento neuro-hormonal favorecieron la recuperación de la fracción de eyección ventricular, mejorando la condición clínica del paciente. El seguimiento a largo plazo será crucial para monitorizar la evolución del hipertiroidismo y la función cardíaca, por lo que es muy importante recalcar la importancia del seguimiento de pacientes con tratamiento crónico de forma ambulatoria y hospitalaria para evitar complicaciones graves como en este caso.

P. #173

DOCTOR ME DUELE LA CABEZA

Francisco Torres Bautista, Clara García Justicia, Sabina Aranda Guerrero, Juan Carlos Ríos Pérez, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 78 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía hipertrófica y cáncer de mama izquierdo infiltrante en remisión en tratamiento con enalapril, metformina y simvastatina.

Acude a urgencias por presentar cefalea de predominio frontal irradiada hacia occipucio en casco de 1 mes y medio de evolución, con palpitaciones en sienes. De manera concomitante, presenta dolor en ambos brazos y cintura pélvica matinalmente que mejoran con el ejercicio; además de en muñecas y rodillas. Refiere además en los últimos 4 días pico de fiebre de 38° ; ha perdido 5kg en los últimos 2 meses.

A la exploración, presentaba TA 170/80mmHg, FC 98, afebril. A nivel neurológico, presentaba hiperalgesia en cuero cabelludo, pero no se detectó debilidad proximal a nivel de miembros superiores e inferiores, ni otras alteraciones. Los pulsos de ambas arterias temporales eran simétricos y palpables. A la auscultación cardiaca se encontraba rítmica con un soplo sistólico aórtico. El resto de la exploración fue anodino.

Se solicitaron pruebas complementarias urgentes y se observó analíticamente una VSG 114mm, PCR de 79mg/L y fibrinógeno de 694mg/dL, sin otros hallazgos relevantes. Además, se solicitó un TAC craneal sin hallazgos significativos.

Ante una alta sospecha de vasculitis de células gigante con polimialgia reumática asociada se ingresó en reumatología para completar el estudio, donde le realizaron una ecografía de ambas arterias temporales siendo compatibles con dicha sospecha. Se inició el tratamiento con bolos de metilprednisolona 250mg, 1 diario durante 3 días. Tras finalizar la corticoterapia mejoría de la cefalea y las molestias en cintura pélvica y escapular; analíticamente, los reactantes de fase aguda se normalizaron. Finalmente, la paciente fue dada de alta con diagnóstico de vasculitis de células gigantes con prednisona en pauta descendente y pendiente de iniciar Tocilizumab subcutáneo

CONCLUSIONES

El diagnóstico de vasculitis de células gigantes debe considerarse en un paciente mayor de 50 años que tenga uno o más de las siguientes características (cefalea de novo o cambios en cefalea habitual, alteraciones visuales bruscas, claudicación mandibular, fiebre inexplicable, dolor a la palpación arteria temporal o disminución de su amplitud de pulso), particularmente en el contexto de una velocidad de sedimentación globular elevada y/o proteína C reactiva

El diagnóstico de sospecha de ACG debe confirmarse mediante una biopsia de la arteria temporal o una ecografía Doppler color de la arteria temporal.

Se recomienda un tratamiento inicial con glucocorticoides sistémicos en dosis altas que debe iniciarse de inmediato una vez que se confirme el diagnóstico o exista un alto índice de sospecha de ACG.

P. #176

ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE UNA HEMATEMESIS:

HEMOBILIA POST-BIOPSIA HEPÁTICA

Sabina Aranda Guerrero, María Rodenas Baquero, Clara García Justicia, Juan Carlos Ríos Pérez, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 25 años, sin reacciones adversas a medicamentos, alérgica a pelo de animales y olivo, sin factores de riesgo cardiovascular, no fumadora y con hábito enólico esporádico. Antecedente de alopecia androgénica en tratamiento con Minoxidil y Bicalutamida y hepatitis subaguda secundaria a tratamiento con esta última, por lo que lo abandonó.

Refiere que la semana previa a su visita a Urgencias presentó un episodio de hematemesis siendo atendida en otro centro, en el que se le transfundió por anemia y se le realizó una gastroscopia con vaciamiento de los conductos biliares con diagnóstico de obstrucción biliar secundaria a coágulo post-biopsia hepática.

Acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho y mareo. A su llegada la paciente se encontraba hemodinámicamente estable con constantes en rango y afebril, normocoloreada, bien perfundida e hidratada y eupneica en reposo. Exploración física anodina. Durante su estancia en la sala de espera, realiza un vómito en posos de café y sufre un síncope con hipotensión con recuperación de la conciencia tras inicio de sueroterapia.

La paciente ingresa para estudio de la hematemesis. En la analítica de sangre se objetiva una anemización de un punto y reticulocitosis. Tras lo sucedido la semana previa a la atención en este centro, se realiza una angiotomografía computerizada en la que se puede ver una ocupación del conducto hepático común y del conducto hepático derecho en su porción proximal por material denso en relación con hemobilia, así como en el conducto colédoco y su desembocadura duodenal. Asimismo, se observó aerobilia izquierda. No se identifican signos de sangrado activo. La paciente se vuelve a anemizar, requiriendo esta vez la transfusión de un concentrado hemático. Se programa consecuentemente una arteriografía en la que destaca como hallazgo una fístula arterioportal que se emboliza, mejorando analíticamente la función hepática sin nuevos episodios de anemización.

Al objetivarse mejoría clínico-analítica, estabilidad hemodinámica y resolución del cuadro sin nuevos episodios de sangrado se decide alta con seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

1. Hemobilia como complicación post-biopsia hepática. La hemobilia es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave de procedimientos invasivos hepáticos, como la biopsia. La lesión vascular resultante puede conducir a la formación de fístulas arterioportales o arterio-biliares, responsables del sangrado activo en el sistema biliar. Este caso destaca la importancia de sospechar hemobilia en pacientes con antecedentes recientes de procedimientos hepáticos que presenten clínica de hemorragia digestiva alta (1).

2. Diagnóstico por imagen en hemobilia. El uso de angiotomografía computerizada es fundamental para identificar el origen de una hemorragia y valorar su extensión, mientras que la arteriografía permite, no solo confirmar el diagnóstico, sino también tratar la causa del mismo, como en este caso, con una embolización exitosa (2).

3. Tratamiento intervencionista: arteriografía y embolización. La embolización arterial dirigida es el estándar de tratamiento para fístulas arterioportales o arterio-biliares asociadas a hemobilia. Este enfoque permite un control rápido y efectivo del sangrado con mínimas complicaciones (3). El manejo conservador en casos menos severos también es posible, pero no fue indicado en esta paciente debido a su rápida anemización.

4. Importancia del soporte hemodinámico temprano. La pronta reposición de fluidos y transfusión de sangre fueron esenciales para estabilizar a la paciente, especialmente tras el síncope asociado a hipotensión, una manifestación clásica de hipovolemia.

P. #179

PENFIGO AMPOLLOSO OTRA CAUSA POSIBLE

Francisco Torres Bautista, Sabina Aranda Guerrero, María Calvo-Villamañan Pérez, Miguel González Ureña, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 71 años con antecedentes personales de enfermedad renal crónica de causa desconocida (probablemente secundaria a nefroangioesclerosis) en hemodiálisis (desde hacía dos meses), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Recibía tratamiento habitual con: amlodipino 10 mg un comprimido cada 12 horas, furosemida 40 mg dos comprimidos al día, ezetimiba 10 mg un comprimido diario, omacor 1000 mg dos comprimidos al día, linagliptina 5 mg un comprimido al día (iniciada hacía 4 meses) y atorvastatina 20 mg un comprimido en la cena. Acudió a urgencias por padecer lesiones ampollosas distribuidas de forma asimétrica por toda la superficie corporal de dos meses de evolución, ligeramente pruriginosas. Refirió que las lesiones iniciaron en forma de placa eritematosa en el miembro inferior izquierdo con formación posterior de ampolla sero-hemorrágica. Se realizaron pruebas complementarias con una analítica sanguínea rigurosamente igual.

El paciente fue valorado por el servicio de Dermatología con diagnóstico clínico de penfigoide ampolloso probablemente secundario a toma de iDPP-4. Se realizó biopsia y, ante diagnóstico clínico de posible penfigoide ampolloso, se inició prednisona oral a dosis de 30 mg al día. Tras valoración por su nefrólogo, se decidió retirar linagliptina. La biopsia de la lesión mostró posteriormente ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio crónico (linfocitario con algunos neutrófilos); el estudio IFD mostró depósito lineal de complemento e IgG compatible con penfigoide ampolloso. Tras el retiro de la linagliptina e inicio de tratamiento oral con corticosteroides en pauta descendente, se observó mejoría clínica significativa con alivio completo de las lesiones ampollosas.

CONCLUSIONES

Debido a la creciente prescripción de los inhibidores de la DDP-IV en pacientes diabéticos, debe sospecharse el diagnóstico de penfigoide ampolloso ante la aparición de lesiones ampo llosas en pacientes de edad avanzada que han introducido un nuevo fármaco recientemente.

La realización de una correcta anamnesis y comprobación de la medicación habitual es crucial para el correcto diagnostico y evitar incurrir en errores.

P. #180

LO QUE EL OTORRINO NO ESPERABA

Juan Carlos Ríos Pérez, Clara García Justicia, María Calvo-Villamañan Pérez, Francisco Torres Bautista, Giuseppe Dominijanni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a Urgencias varón de 58 años como antecedentes personales de interés: hipertensión arterial y diabetes mellitus. Fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom. En tratamiento inmunosupresor tras trasplante hepático hace 6 meses.

El paciente refiere tras la realización de una tomografía computarizada (TAC) hace 10 dias para control de trasplante hepático comenzar con sensación distérmica intermitente comenzando ayer con malestar general y fiebre de hasta 38.5°C. De manera concomitante comienza con molestias a nivel de la garganta y la orina algo más oscura en los últimos dias, no otros síntomas.

A la exploración física presenta aceptable estado general, auscultación cardiopulmonar rítmica con murmullo vesicular conservado. A la exploración abdominal no datos de irritación peritoneal con puñopercusión renal bilateral negativa. En la exploración neurológica sin focalidad neurológica con signos meníngeos negativos. En la exploración del área ORL destaca una garganta hiperémica, pero sin exudados, se palpa ligero aumento de las partes blandas a nivel cervical anterior sin palparse adenopatías a dicho nivel.

Se realizo una analítica sanguínea destacando Leucocitos 4.850 ng/ml, Proteína C reactiva 80.5 mg/L resto de la analítica fue anodinada; se solicitó también una analítica de orina siendo el resultado de la misma negativo para infección.

Ante los hallazgos analíticos y exploratorios se solicitó una ecografía urgente de partes blandas cervical donde se objetivo una imagen nodular

Se realiza test de antígenos siendo negativo y una tira de orina sin alteraciones. Se derivo a Urgencias Hospitalarias para la realización de pruebas complementarias en la analítica de sangre: Leucocitos 4.850 ng/ml, Proteína C reactiva 80.5 mg/L. Se solicitó una ecografía de partes blandas a nivel de cuello en la que se objetivo una imagen nodular supratiroidea y se pidió valoración por Otorrinolaringología; siendo diagnosticado de saloiadenitis submaxilar bilateral en relación con la administración de contraste yodado

CONCLUSIONES

- El riesgo de desarrollar sialoadenitis por contraste se asocia con niveles elevados de yoduro sérico (>10 mg/100 ml) y es más probable que ocurra con insuficiencia renal debido a la reducción de la eliminación del material de contraste
- La alta concentración de colorante de yodo en las glándulas salivales produce inflamación local y edema que conduce a la obstrucción del conducto salival.
- Los síntomas suelen resolverse rápidamente, en cuestión de horas o unos días. El tratamiento incluye hidratación y, si es necesario, fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE)
- Para pacientes con síntomas graves que no se resuelven rápidamente, se pueden utilizar glucocorticoides sistémicos

P. #181

SÍNDROME SEROTONINERGICO UN CASO URGENTE

Miguel González Ureña, José Oya Martienez, María Rodenas Baquero, María Calvo-Villamañan Pérez, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 32 años, previamente sano sin antecedentes médicos de interés con reciente inicio con Sertralina, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) hace 7 dias con una pauta progresiva.
Acude a Urgencias acompañado por su familia tras comenzar hace 12 horas con un cuadro de nerviosismo; según refiere su familia le encuentran muy intranquilo con sudoración excesiva comenzando con un cuadro de agitación severa motivo por el cual lo trasladan a nuestra urgencia.
A la exploración el paciente se encuentra agitado pero orientado en tiempo y persona. Presentaba una tensión arterial de 150/85 mmHg, frecuencia cardiaca de 130; temperatura de 39.5°C. Se encontraba diaforético. En la exploración neurológica presenta unos reflejos tendinosos profundos exacerbados con clonus en los pies. Presentaba rigidez siendo más notable en los músculos del cuello y de la espalda junto con una ligera ataxia, sin otra sintomatología neurológica asociada.
Se realizaron pruebas complementarias, donde destacaba a nivel de la analítica sanguínea: Leucocitosis de 12.000/mm^3, Creatina quinasa (CPK) elevada (450 U/L), función renal y hepática dentro de los parámetros normales con gasometría normal.
Se complemento con una tomografía computarizada (TAC) de cráneo sin hallazgos significativos, una radiografía de tórax dentro de la normalidad y un electrocardiograma con taquicardia sinusal, sin alteraciones significativas.
Se inicio tratamiento con administración de líquidos intravenosos para la rehidratación y normalización de la temperatura corporal. Debido a la imposibilidad de controlar la agitación que presentaba el paciente se administró Midazolam para el control de la misma y reducir la rigidez muscular. Se inicio también tratamiento con clonidina para el control de la hipertensión arterial y de la taquicardia permaneciendo el paciente baja monitorización.
En casos más graves, podría haberse considerado el uso de antagonistas de serotonina como el ciproheptadina, pero la respuesta inicial al tratamiento conservador fue positiva.
Tras 24 horas de evolución, el paciente presento una mejoría clínica significativa con disminución de la temperatura corporal, de la agitación, rigidez muscular y de la taquicardia. Siendo valorado por psiquiatría para ajuste de la medicación.

CONCLUSIONES

El síndrome serotoninérgico es una reacción adversa rara pero grave a la sobrecarga de serotonina en el sistema nervioso central, que puede ser provocada por fármacos como los ISRS.
En la atención de urgencias, es crucial identificar tempranamente los signos y síntomas característicos para iniciar un tratamiento adecuado.
El manejo incluye la suspensión del fármaco implicado, tratamiento sintomático y, en casos graves, la administración de fármacos que bloqueen la serotonina. El pronóstico es generalmente favorable si se reconoce y trata a tiempo.

P. #183

WEGOVY Y LA NUEVA PANDEMIA

Sabina Aranda Guerrero, Francisco Torres Bautista, María Rodenas Baquero, José Oya Martínez, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 32 años con antecedentes personales de sobrepeso sin otras patologías previas.
Acude al servicio de Urgencias por presentar sensación de debilidad generalizada, nauseas con vómitos asociando dolor abdominal tipo difuso de inicio insidioso que ha ido empeorando en las últimas 24 horas. Refiere sensación de sequedad de boca con coloración de la orina más oscura de lo habitual, además sus familiares refieren que la notan de manera progresiva más confusa.
Al preguntar sobre el inicio del cuadro clínico nos cuenta la familia que en las últimas semanas había comenzado en tratamiento con Wegovy (semaglutida) pautado por su médico para ayudarla a perder algo de peso; revisando en las prescripciones observamos que comenzó hace un mes y medio con una perdida aproximada de 5 kg
A la exploración física la paciente estaba con un estado de alerta disminuido y signos de deshidratación importantes. Su tensión arterial era de 95/55 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, y una temperatura corporal de 37.2°C. Presentaba sequedad de mucosas y aliento con un olor característico a acetona. En la exploración abdominal dolor leve en la zona epigástrica sin signos de irritación peritoneal
Se solicito una analítica sanguínea donde destacaron: Glucosa en sangre: 290 mg/dL, pH arterial: 7.16 (acidosis metabólica), Bicarbonato en sangre: 14 mEq/L, Cetonas en orina: 3+, Hiponatremia y leve hipokalemia. Hemoglobina glicosilada: 5.6%
Con todo esto se diagnostica a la paciente de Cetoacidosis metabólica inducida por semaglutida en paciente no diabética.
La paciente fue ingresada de urgencia a la unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a la gravedad de su cuadro. Se comenzó con una administración intravenosa de fluidos isotónicos para corregir la deshidratación, seguida de insulina intravenosa para reducir los niveles elevados de glucosa en sangre y corregir la acidosis metabólica. La monitorización continua de electrolitos y función renal fue esencial debido a los riesgos de alteraciones metabólicas y deshidratación severa
Tras 24 horas de tratamiento intensivo, la paciente mostró una mejoría en su estado de conciencia y los niveles de glucosa en sangre comenzaron a disminuir a cifras dentro de los rangos normales. La acidosis metabólica fue parcialmente corregida, aunque continuó bajo observación debido a la evolución de la cetoacidosis. Se le administraron suplementos de potasio para corregir la hipokalemia y se continuó con el ajuste en los líquidos intravenosos.

CONCLUSIONES

Este caso resalta un fenómeno poco frecuente, pero grave, que se puede observar en pacientes no diabéticos que inician tratamientos con semaglutida, un fármaco aprobado para el tratamiento de la obesidad.
Aunque semaglutida es generalmente bien tolerada y eficaz en la reducción del peso corporal y en el control del apetito, su uso en personas sin diabetes puede inducir complicaciones metabólicas si no se hace un manejo adecuado y con un monitoreo estrecho.
Se debe de tener en cuenta como diagnostico diferencial ante el aumento de la paciente con tratamiento con semaglutida para la pérdida de peso
Se recomienda que los pacientes reciban una educación adecuada sobre los efectos secundarios potenciales y los signos de advertencia de deshidratación y alteraciones metabólicas, y que el tratamiento sea supervisado de manera rigurosa.

P. #186

DIARREA Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Glenda Herbozo Alvarado[1], Adrián Tapia Cobos[1], Katherine Pesantez Vasquez[1], Gabriel Rivera Saltos[2], María Bayon Carrascal[1]

1. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España
2. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 54 años que acude a urgencias por presentar cuadro clínico de 72 horas caracterizado por fiebre de 39 grados, dolor abdominal difuso, diarrea osmótica sin productos patológicos (<6 episodios/días) de tipo amarillo verdoso, asociado a náuseas y vómitos. Se recoge coprocultivo que fue positivo para Campylobacter jejuni (CJ). Se pauta ciprofloxacino, refiriendo mejoría. No alergias medicamentosas ni antecedentes familiares de interés. Antecedente personal de enfermedad de Still en tratamiento con Canakinumab. Tratamiento actual: prednisona 2,5 mg cada 24h, alprazolam 0,5 cada 24 horas.

Regresa a urgencias por episodio de parestesias en extremidad superior izquierda (ESI) que posteriormente progresa a nivel distal de miembros inferiores (MMII) y luego se acompaña de pérdida de fuerza de ESI a nivel distal. Se acompaña de debilidad en ambos MMII. Niega imposibilidad para la deglución. No disnea ni dolor torácico. La diarrea cedió tras antibioterapia.

En la exploración física cardiovascular, abdominal y respiratorio no presentaba alteraciones. A nivel neurológico impresionaba de parálisis facial izquierda. A nivel de fuerza muscular de cabeza y cuello: flexión cuello 1/5, extensión cuello 1/5. Miembros superiores derechos: deltoides 0/5, pectorales 1/5, bíceps 0/5, tríceps 1/5, flexión/extensión carpo 0/5, flexores dedos 1/5, extensores dedos 1/5, abductor pulgar 1/5, aductor pulgar 1/5. Miembros superiores Izquierdos: deltoides 0/5, pectorales 1/5, bíceps 0/5, tríceps 0/5 flexión/extensión carpo 0/5, flexores dedos 0/5, extensores dedos 0/5, abductor pulgar 0/5, aductor pulgar 1/5. Miembros inferiores derechos: psoas 2/5, extensor pierna 2/5, cuádriceps 0/5, isquiotibial 0/5, tibial anterior 1/5, flexión plantar 1/5, eversión plantar 0/5, inversión 0/5. Miembros inferiores Izquierdos: psoas 2/5, extensor pierna 2/5, cuádriceps 1/5, isquiotibial 1/5, tibial anterior 2/5, flexión plantar 3/5, eversión plantar 1/5, inversión 1/5. Reflejos: +/++++ bíceps y tríceps bilateral y simétrico; rotuliano y aquíleo abolidos. A nivel de sensibilidad: anestesia distal de ambos MMII y miembros superiores, hipoestesia en resto de extremidades. Las pruebas complementarias eran normales.

Dada la sospecha de enfermedad de placa motora se solicita valoración por el servicio de Neurología. Durante su estancia se realiza punción lumbar con LCR de aspecto transparente, proteínas 60 mg/dl (15-45 mg/dl), células nucleares 3/mm3 (0-5 mm/3), glucosa 64 mg/dl (30-60 mg/dl), lactato 2.1 mmol/L, hematíes 2 uL (0-5 u/L) leucocitos 1 u/L (0-5 u/L). La electromiografía (EMG) muestra severa polirradiculoneuropatía hiperaguda desmielinizante generalizada de predominio motor con presencia de bloqueos de la conducción e importante degeneración axonal secundaria compatible con síndrome de Guillain Barré (SGB). Se decide tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) 400 mg/kg para 52 kg. Luego de mejoría sintomática se decide alta hospitalaria y seguimiento posterior en consulta externa.

CONCLUSIONES

El SGB es un trastorno neuroinmunológico causado por una reacción autoinmune contra componentes de la membrana de mielina o del axolema. Suele desencadenarse por una infección gastrointestinal o pulmonar previa, por vacunación, o por otras afecciones no infecciosas. El agente infeccioso desencadenante más común es la bacteria CJ. El subtipo mas frecuente a nivel hemisferio occidental, es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA). Otros subtipos incluyen el síndrome de Miller-Fisher (MFS) (oftalmoparesia, ataxia, ausencia de reflejos tendinosos). En la mayoría de los casos, el SGB se presenta con debilidad progresiva de los músculos ascendentes de las extremidades con o sin afectación de fibras sensoriales o autónomas. En ocasiones, también se ven afectados los músculos axiales, faciales o respiratorios. Los reflejos tendinosos suelen estar reducidos. Para su diagnóstico se utiliza el estudio de LCR donde puede haber el patrón de "disociación citoalbúmina", un sello distintivo del SGB. También se utiliza la EMG. Las IGIV y el intercambio plasmático (PE) son los tratamientos principales del SGB, especialmente en las primeras cuatro semanas después del inicio de la debilidad.

P. #187

DEBILIDAD CERVICAL COMO SÍNTOMA DEBUT,UN RETO DIAGNÓSTICO

Glenda Herbozo Alvarado, Adrián Tapia Cobos, Katherine Pesantez Vasquez, María Bayon Carrascal

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 80 años sin alergias medicamentosas con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (fumador activo, IPA > 100) y enolismo crónico. Acude a urgencias por debilidad cervical de dos semanas de evolución con empeoramiento vespertino, acompañado de inestabilidad sin ilusión rotatoria. Refiere que en la semana previa presentó disartria fluctuante, asimetría facial con desviación de la comisura hacia la derecha. Siendo el TC cerebral normal, es dado de alta con diagnóstico de ataque isquémico transitorio. Se mantuvo antiagregación plaquetaria profiláctica. Nuevamente consulta por el mismo motivo sin alteraciones durante la exploración neurológica. Se amplía a TC cervical que solo mostró cambios degenerativos a nivel C5-C6 y C6-C7. En su centro de salud era despachado con diagnóstico presuntivo de tortícolis. Un mes después vuelve a urgencias por persistencia de dolor e imposibilidad para la extensión cervical, refiriendo ahora cuadro constitucional de pérdida de peso de hasta 10 kg, astenia, adinamia y tos sin expectoración. Se realiza Rx de tórax que muestra una lesión pseudonodular en base izquierda y nódulo subcentimétrico izquierdo.

A la exploración física, a nivel cardiovascular y abdominal, no presentaba alteraciones. A nivel respiratorio presentaba murmullo vesicular conservado con crepitantes en base derecha. A nivel neurológico, impresionaba de leves fasciculaciones en hemilengua izquierda y de ptosis del ojo derecho tras maniobras de fatigabilidad, motor flexión de cuello 4/5, extensión del cuello 4/5, apertura y cierre mandibular 5/5, fuerza conservada en las cuatro extremidades, no claudicación con maniobras antigravitatorias, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, no clonus, sensibilidad conservada, no dismetría en prueba dedo nariz, no Romberg y marcha no explorada por fatiga. Se solicitaron pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normales. El paciente es ingresado en planta de Medicina Interna con IC abiertas a NML y NRL. Posteriormente se ampliaron pruebas. Inmunoglobulinas 11/10 normales, complemento 11/10 sin alteraciones, marcadores tumorales 11/10: CA 72,4 HE-4 161. El estudio neurofisiológico muestra signos de denervación aguda/ subaguda multisegmentaria compatibles con una enfermedad de placa motora, ACs anti-receptor de acetilcolina positivos (>3), ACs anti-receptor canales de calcio negativos, ACs anti-receptor-MUSK negativos, ACs anti-receptor LRP4 negativos, autoinmunidad negativa, serologías negativo, ACs anti-receptor onconeuronales: positivos para antígeno Titin y resto negativos. Fibrobroscoscopia/Biopsia pulmonar: se observa enfermedad pulmonar instersticial tipo neumonía organizada o en contexto de cambios reactivos de áreas periféricas de tumoración (con sospecha de malignidad neoplasia pulmonar tipo M1).

Dada la sospecha de enfermedad de placa motora, se inicia ensayo terapéutico con piridostigmina y corticoides, obteniéndose una buena respuesta y mejoría clínica. Desaparece la disartria, la disfagia, la diplopía. Es capaz de levantar la cabeza y deambular. Se decide alta hospitalaria y consulta externa para seguimiento posterior.

CONCLUSIONES

La miastenia gravis (MG) es el desorden neuromuscular más común, de tipo autoinmune que se caracteriza por presentar debilidad muscular fluctuante y fatiga de distintos grupos musculares. Tiene predilección por mujeres entre los 20 y 40 años. El sello distintivo del trastorno es la combinación variable de debilidad en los músculos oculares, bulbares, de las extremidades y respiratorios. La debilidad es el resultado de un ataque inmunológico dependiente de células T mediado por anticuerpos dirigido a proteínas en la membrana postsináptica de la unión neuromuscular (receptores de acetilcolina o proteínas asociadas a receptores). Los exámenes de laboratorio, específicamente la electromiografía y los anticuerpos autoanticuerpos contra el receptor de acetilcolina (AChR-Ab), o contra una proteína asociada al receptor, tirosina quinasa específica de músculo (MuSK-Ab), representan el Gold Standar como método de diagnóstico. El tratamiento se basa en la inmunoterapia con plasmaféresis o inmunoglobulinas, corticoides e inhibidores de la acetilcolinesterasa.

P. #191

PARAPLEJIA SÚBITA

Juan Jiménez Oyonarte, Antonia Llinares Esquerdo, Axel Muñoz Valls, Luca Ponzini, Luisana Rosas Marcano, Rachida Soultana .
Hospital De Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años dislipemica, sin otros FRCV, con artropatia degenerativa, mRs 0; que acude por dificultad para movilización de las dos piernas, siendo capaz de sedestarse pero no de mantener bipedestación al despertarse, encontrándose previamente asintomática (salvo exacerbación de lumbalgia habitual, con buena respuesta a analgesia). A su llegada marcadamente hipertensa evidenciandose paraplejia flàccida con reflejos musculares profundos conservados y sin nivel sensitivo con pulsos pedios bilaterales presentes. Presenta ràpida progresión con hipoestesia temoalgésica bilateral hasta nivel inguinal y reflejos musculares profundos abolides. Se realiza angioTAC abdominal que descarta patologia aórtica y ante la sospecha se síndrome medular se traslada a hospital terciario de referencia.
En la exploración destaca síndrome medul·lar anterior agudo con shock medul·lar sin claro nivel sensitivo. Exploración neurológica: consciente y orientada. Funciones superiores conservadas. Pares craneales sinalteraciones. No déficit motor ni trastorno sensitivo en extremidades superiores (reflejos musculares profundoshipercinéticos con pectoral izquierdo presentes, no Hoffmann). Paraplejia flácida con afectación grave desensibilidad termoalgésica hasta nivel con nivel T12-L1, sensibilidad profunda conservada. Arreflexia en extremidades inferiores. Reflejo cutáneo plantar indiferente bilateral.NIHSS = 0.0.0.0.0/0(0.0)(4.4)0.2.0.0.0 = 10.

CONCLUSIONES

Se realiza RMN medul·lar urgente que muestra grave espondiloartrosis cervical sin clara miopatia asociada y alteración de señal medul·lar cordonal posterior a nivel T9-T12 sugestivo de isquèmia medul·lar, orienantándose como infarto medul·lar a nivel T9-12 de etiologia indeterminada.
En cuanto al estudio etiológico LCR claro sin signos inflamatorios con estudio de inmunidad negativos, ecocardiograma con leve hipertrofia de ventrículo izquierdo y HOLTER sin alteraciones.
Al alta manteniendo estable a nivel neurológico con NIHSS=10, mRs 4, se pautó tratamiento antiagregante, estatinas e IECA, realizando ingreso en centro sociosanitario para rehabilitación.
Como complicaciones presentó vejiga neurógena que requirió sonda vesical durante 4 meses con infecciones urinarias recurrentes con posterior intervención urológica, úlceras por presión y tendinopatía por flexo en ambas rodillas y caderas aductas bilateral que requirió cirugía traumatológica (Eggers bilateral + tenotomíade aductoresbilateral)con buena evolución. Tras meses de rehabilitación en centro especifico en neurorehabilitación, buena evolución siendo independiente, con deambulación assistida con muletes o caminador de forma autònoma con marcha espàstica (precisando silla de ruesdas para largas distancias), buen control de esfínteres y sin alteración sensitiva.

P. #198

UN VÉRTIGO CON INDIRECTAS

David Cabañas Moreno
SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de 75 años con hipertensión arterial (HTA), osteoporosis y vértigo periférico paroxístico benigno (VPPB) como antecedentes de interés, que avisa al servicio de emergencias extrahospitalarias SUMMA 112 (Madrid) por un mareo de instauración brusca que le despierta de madrugada. A mi llegada al domicilio la paciente se encuentra sentada, con mal estado general, pálida y refiriendo persistencia del mareo, que describe como de tipo vertiginoso (con giro de objetos), de duración continua y que no empeora con los movimientos cefálicos o los cambios posturales. Asocia náuseas y cefalea occipital. El episodio actual es similar a los previos suyos relacionados con el VPPB, pero de mayor intensidad y duración. No ha presentado fiebre ni síntomas infecciosos; tampoco hipoacusia.
A la exploración física se encuentra levemente hipertensa (157/89 mmHg) y con glucemia capilar de 89 mg/dl. La auscultación cardiopulmonar es anodina. En la exploración neurológica destaca un signo de Romberg dudosamente positivo hacia la derecha sin dismetrías, disdiadococinesias, alteraciones de los pares craneales, fuerza o sensibilidad. En la exploración otoneurológica observamos ausencia de nistagmo, maniobra oculocefálica normal (head impulse test: HIT) y cover test (Skew test) normal.
Con los datos exploratorios y semiológicos, me pongo en contacto con el centro coordinador para activar Código Ictus y procedo al traslado de la paciente en soporte vital avanzado a un centro de referencia. En urgencias se realiza una tomografía computarizada (TC) multifásica sin alteraciones sugerentes de ictus. La paciente ingresa en la unidad de ictus y se realiza una resonancia magnética preferente, en la que se ve una obstrucción casi completa de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA).

CONCLUSIONES

El síndrome vertiginoso requiere una evaluación minuciosa. Es muy importante hacer un diagnóstico diferencial entre el vértigo de origen periférico y el de origen central. Existe un protocolo llamado HINTS en el que se analizan tres maniobras exploratorias:
1) HIT: en caso de ser normal (en el contexto de un cuadro vertiginoso) orienta hacia patología central. Si es patológico (sacadas correctoras) orienta a causa periférica.
2) Nistagmo: suele ser unidireccional en caso de patología periférica y bidireccional o vertical cuando la patología es central.
3) Skew Test: es positivo cuando aparece nistagm vertical. En caso de aparecer una corrección rápida o nistagmo horizontal se considera normal.
El vértigo periférico se diagnostica cuando las tres maniobras tienen características de origen periférico y obliga a descartar origen central si una de esas maniobras lo sugiere.
La escala Madrid-Direct, ampliamente utilizada en el código

ictus extrahospitalario, no es de gran utilidad en caso de ictus cerebelosos.
Los ictus de fosa posterior deben ser estudiados mediante resonancia magnética pues en ocasiones el TC resulta poco sensible para su diagnóstico.

P. #215

CRISIS ADRENAL AGUDA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CON HIPOTENSIÓN PERSISTENTE

Rosa Luna Zamora[1], Flora Luna Zamora[2], Ana María Moyano Sánchez[3]

1. Hospital Costa del Sol, Málaga, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
3. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica estadio IV y diabetes tipo II, acude a urgencias por hipotensión persistente (70/40 mmHg) en el contexto de fiebre y malestar general, sin respuesta adecuada a líquidos y vasopresores. El paciente refiere un cuadro de debilidad generalizada y vómitos desde hace 48 horas. Refiere también un uso irregular de su medicación antihipertensiva y antidiabética.
A la exploración, Tensión arterial 70/40 mmHg, frecuencia cardiaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 24 rpm, temperatura 38.1°C. Consciente, orientado, signos de confusión leve debido a la hipotensión. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, buen murmullo vesicular. Abdomen: anodino, sin dolor, sin masas ni megalias. Extremidades: pulsos periféricos son débiles, con un llenado capilar lento de aproximadamente 5 segundos.
Se solicita analítica sanguínea: sodio 128 mEq/L, potasio 5.8 mEq/L, glucosa 112 mg/dL, creatinina 2.1 mg/dL, y hemoglobina 10.8 g/dL. Además, los leucocitos están elevados en 15,000/µL. Orina: leucocitos >20 células por campo, nitritos positivos y hematuria microscópica. Además, el cortisol plasmático matutino es de 1.2 µg/dL (bajo, normal >5 µg/dL) y la ACTH está elevada a 650 pg/mL (normal 10-60 pg/mL). Ante estos resultados, se sospecha insuficiencia adrenal primaria, por lo que se inicia tratamiento precoz y se solicita interconsulta urgente con Medicina Interna para valorar la necesidad de realizar un test de estimulación con ACTH, confirmando así la insuficiencia adrenal aguda.
En el servicio de urgencias, comenzamos la administración de líquidos intravenosos a razón de 1000 mL de solución salina fisiológica en las primeras dos horas, con el fin de corregir la hipotensión y el desequilibrio electrolítico, iniciamos antibioterapia ante la posible infección con toma de cultivo y antibiograma. Se inició tratamiento empírico con hidrocortisona intravenosa (100 mg) para tratar la crisis adrenal aguda. Además, el paciente fue ingresado en la unidad de observación para un seguimiento estrecho de su presión arterial, glucosa y función renal.
Tras un seguimiento y estabilización en urgencias, el paciente fue derivado a consultas de endocrinología, dónde fue diagnosticado el paciente de enfermedad de Addison, una causa autoinmune de insuficiencia adrenal.
Juicio clínico: Crisis adrenal aguda secundaria a insuficiencia adrenal primaria (enfermedad de Addison) no diagnosticada previamente.
Diagnóstico diferencial:
-Shock séptico
-Insuficiencia renal aguda
-Hipotiroidismo severo

Bibliografía:
1. Arlt W, et al. Adrenal crisis: Diagnosis and management in adult patients. Endocrinol Metab Clin North Am. 2020; 49(2): 199-211.
2. Chanson P, et al. Acute adrenal insufficiency: Etiology, diagnosis, and management. Nat Rev Endocrinol. 2021; 17(4): 211-223.

CONCLUSIONES

La crisis adrenal aguda es una emergencia médica que ocurre cuando las glándulas suprarrenales no producen suficiente cortisol en situaciones de estrés, como infecciones o deshidratación. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a su presentación clínica inespecífica, que se solapa con otras condiciones graves como el shock séptico o la insuficiencia renal. Los signos típicos incluyen hipotensión refractaria, hiponatremia e hiperkalemia, junto con un cuadro de malestar general. En este caso, la combinación de estos hallazgos y las pruebas específicas, como la medición de ACTH y el test de estimulación con ACTH, permitieron confirmar la insuficiencia adrenal primaria. La administración temprana de glucocorticoides es esencial para estabilizar al paciente y evitar complicaciones graves. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con comorbilidades y factores de estrés, ya que la crisis adrenal aguda puede ser fatal si no se maneja de manera adecuada. Un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir el colapso cardiovascular y las complicaciones multiorgánicas que pueden derivarse de esta condición.

P. #222

DESCENSO DEL ST POR HIPOGLUCEMIA

Iris Livia Mar Hernández, María José Frias Leirado, Daniel Martínez Jiménez, Miguel Collado Nuñez, Gabriel Cozar López, Elena Rebolledo Cotillas

SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 53 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo I con muy mal control (retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y enfermedad renal crónica), consumo enólico, pancreatitis crónica e insuficiencia pancreática. Último ingreso hace un mes por hematoma subdural, insuficiencia suprarrenal e hiperpotasemia.

Avisan de domicilio por hipoglucemia de 50 mg/dL. Refieren encontrarlo más somnoliento y apático, con nauseas. No refieren disminución de la ingesta, ni errores en la administración de insulina. No clínica infecciosa concomitante.

Constantes: Frecuencia cardiaca 105 lpm, Saturación 92%, glucemia 30 mg/dL, Tensión Arterial 92/52 mmHg.

Exploración: paciente caquéctico, pálido, sudoroso, ligeramente taquipneico, afebril. Exploración cardiopulmonar sin alteraciones. Exploración neurológica en la que destaca disartria y desorientación temporoespacial y tendencia a la somnolencia.

Se realiza electrocardiograma (ECG) por antecedente de hiperpotasemia, en el que se objetiva descenso del ST en V4-V5-V6.

Se administra dos viales de glucosa 50% (10g en 20ml) corrigiendo la glucemia hasta 170 mg/dL. Tras corregir la glucemia, se vuelve a realizar un ECG en el que se rectifican los cambios en el ECG.

Se deriva a urgencias para su posterior estudio y estabilización. En urgencias se realizan troponinas que son negativas, se repite ECG, sin cambios y se mantiene en observación para control glucemia, dándose de alta posterior.

CONCLUSIONES

La hipoglucemia se define como el síndrome clínico caracterizado por un descenso de glucosa en sangre, por debajo de <70mg/dL. Es común en pacientes diabéticos, especialmente en aquellos tratados con insulina y sulfonilureas, aunque no exclusiva de los mismos. Dado la alta prevalencia de diabetes tipo I y II (en adelante DMT1 y DMT2), 14,8% en España, 5,1 millones de adultos, es un motivo de asistencia a Urgencias cada vez más frecuente (1).

El mecanismo fisiopatológico concreto que define la muerte por hipoglucemia es desconocido, sin embargo, se plantea que las alteraciones cardiacas pueden tener un papel importante. En un metaanálisis en el que se incluyen 903,510 pacientes con DMT2, se demostró que la hipoglucemia severa estaba asociada con un alto riesgo de enfermedad cardiovascular (2). Cada vez se reconoce más a la hipoglucemia como un potencial arritmogénico. Las alteraciones electrocardiograficas y arritmias asociadas se describen en la literatura como un proceso multifactorial, en el que pueden tener relación la hipopotasemia mediada por insulina, la liberación de catecolaminas, la

afectación de la hipoglucemia en el sistema autónomo, con la respuesta simpaticoadrenal (3). Las arritmias pueden verse inducidas por un cambio transitorio en el balance del sistema autónomo. En el estudio de Limberg et al. observaron que los cambios en el QT y la amplitud de la onda T estaban relacionados con los cambios en la cantidad de adrenalina secretada (4). Se ha descrito también el efecto de los niveles bajos de glucemia en el canal de potasio clonado (Ether-à-go-go Related Gene), directamente relacionado con la repolarización en la fibra miocárdica (5).

- Alteraciones del ST

Lindstrom et al. realizaron, un estudio experimental en 1992, en el que se administró insulina a 6 pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular para producir hipoglucemia. Se observó un descenso del ST de V2 a V6, en 5 pacientes y 4 presentaron aplanamiento de la onda T, sin presentar isquemia miocárdica. En otro estudio en 2013, Larsen et al, encontraron que de 9 pacientes a los que se les administró insulina, 6 presentaron prolongación y aplanamiento del ST(6).

Limberg et al observó que la amplitud de la onda T descendía en todos los pacientes a los que se les sometía a hipoglucemias. También se han descrito 5 casos de miocardiopatía de Takosubo en el contexto de hipoglucemia por falta de ingesta en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (7,8).

P. #224

BURBUJAS TERAPÉUTICAS: COCA-COLA Y SU UTILIDAD EN LOS TRICOBEZOARES

Blanca Gómez Del Río, Elena Calvín García, Isabel Arroyo Rico, Marta García Lorenzo, Elena Romero Gismera, Beatriz García-Borregón Domonte

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años de edad, anticoagulada con Rivaroxabán por fibrilación auricular, derivada de residencia tras caída no presenciada. Anamnesis limitada por nerviosismo y patología de base de la paciente (síndrome ansioso-depresivo). Niega mareo, dolor torácico, palpitaciones, cortejo vegetativo ni pérdida de consciencia previa a la caída. Refiere 72 horas antes un episodio de vómito oscuro. Niega dolor abdominal. No fiebre en días previos. En estudios endoscópicos previos ERGE erosivo grave.

A su llegada a Urgencias tendencia a la hipotensión TA 90/60 y heces pastosas melénicas al tacto rectal. En gasometría venosa destaca Hemoglobina de 7 g/dL (previa de 12 g/dL). Ante anemización e inestabilidad hemodinámica, se canaliza acceso venoso central yugular y se transfunden 3 concentrados de hematíes.

En gastroscopia urgente se visualiza en esófago medio un cuerpo extraño sugestivo de tricobezoar de gran tamaño y compactado que se extiende por todo el esófago, y tras pasar a su través, el mismo se extiende por toda la curvatura mayor. No se observan restos hemáticos. Se realiza extracción con asa de Roth en fragmentos y en múltiples pases, extrayendo cabello y restos alimentarios. Se consigue su extracción completa de esófago mediante asa e infusión de Coca Cola, visualizando un esófago totalmente a peristáltico con múltiples úlceras de fondo fibrinoso, ocupando el 100% de la circunferencia en probable relación a decúbito.

Al alta se ajusta tratamiento con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) a dosis dobles y se recomienda, basándose en la última evidencia científica publicada, la ingesta de 2 latas de Coca-Cola diarias.

CONCLUSIONES

El manejo del tricobezoar, una masa de pelo ingerido que puede causar complicaciones gastrointestinales, ha demostrado que intervenciones como el uso de Coca-Cola pueden ser útiles en su tratamiento. La Coca-Cola, debido a su acidez y propiedades efervescentes, puede ayudar a descomponer el bezoar y facilitar su eliminación. Si bien este tratamiento no es una solución definitiva en todos los casos, su aplicación puede ser efectiva en situaciones leves o como parte de un enfoque integral que incluya otras opciones terapéuticas, como la endoscopia o incluso la cirugía en casos más graves. No obstante, se requiere un manejo clínico adecuado y una evaluación individualizada de cada paciente para determinar la mejor estrategia terapéutica.

P. #225

ASCITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN CASO COMPLEJO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

Blanca Gómez Del Río, Berta Alonso González, Isabel Arenas Berenguer, Elena Romero Gismero, Manuel Luis Gómez Blanco, Pablo Salgado Rodríguez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años con antecedentes de enolismo crónico, esquizofrenia paranoide e ingreso reciente por artritis séptica por SAMS intervenida en dos ocasiones por mala evolución. Acude al servicio de urgencias por aumento del perímetro abdominal así como tórpida evolución de la rodilla intervenida, presentando tumefacción dolorosa con limitación funcional.

A su llegada al servicio de urgencias, estable hemodinámicamente, afebril. En la exploración, se objetiva distensión del abdomen con oleada ascítica positiva y lesiones purpúricas bilaterales en miembros inferiores. Se realiza paracentesis diagnóstico-terapéutica ecofacilitada con extracción de 4500cc de líquido seroso.

El análisis del líquido ascítico descarta peritonitis bacteriana espontánea (aspecto translúcido, PMN < 250/mm3, Proteínas totales <2 g/dL, LDH 55 UI/L, Albúmina <1 g/dL). Se calcula el gradiente de albúmina sérica-ascitis (GASA) (> 1) que permite orientar el diagnóstico hacia etiologías con hipertensión portal secundaria.

Analíticamente, destaca anemización (Hb 9.1 g/dL), alteración del perfil hepático (AST 186 UI/L, ALT 84 UI/L, FAlc 156 UI/L, GGT 115 UI/L, BRT 1.27 mg/dL) y deterioro de la función renal (creatinina 1.7, FG 40 mL/min) junto con alteraciones hidroelectrolíticas severas, hiponatremia hipoosmolar grave (Na+ 121 mmol/L, Osmolalidad medida 258 mOsm/kg) e hiperpotasemia moderada (K+ 6 mmol/L). Elevación de reactantes de fase aguda (PCR 59 mg/L, PCT 0.52 ng/mL). No coagulopatía.

Ante sospecha de primer episodio de descompensación edemoascítica de probable etiología multifactorial (hepatopatía no filiada, probable cirrosis +/- artritis séptica) se inicia tratamiento con espironolactona, albúmina, antibioterapia empírica y se completa estudio con serologías de virus hepatotropos. Ingresa por primer episodio de descompensación edemo-ascítica.

En las siguientes horas, el paciente presenta empeoramiento franco:

- Deterioro de la función renal en el contexto de probable cirrosis, por lo que se realiza el diagnóstico de síndrome hepatorrenal.
- Microhematuria de probable origen glomerular (cilindros hemáticos).
- Hemoptisis asociada a desaturación brusca y anemización progresiva (Hb 6.9 g/dL) con escasa rentabilidad transfusional sin datos de hemólisis, por lo que se realiza TAC urgente con hallazgos de hemorragia alveolar y es trasladado a unidad de cuidados intensivos.

Se diagnostica al paciente de cirrosis hepática por virus C no tratado (VHC + con carga viral 1.68 e5) y se confirma vasculitis leucocitoclástica de miembros inferiores por biopsia punch. Crioglobulinas positivas.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos, junto con la presentación clínica, sugieren un cuadro de crioglobulinemia mixta secundaria al VHC con afectación pulmonar, así como primer episodio de descompensación edemoascítica en paciente con cirrosis hepática por hepatitis C con síndrome hepatorrenal como causa de los síntomas que presenta el paciente. Tras estos hallazgos, se inició tratamiento con Sofosbuvir / Velpatasvir para el VHC, administración de bolos de metilprednisolona, plasmaféresis e inicio de rituximab con buena evolución siendo dado de alta con tratamiento oral ambulatorio.

El diagnóstico diferencial de una primera descompensación edemo-ascítica en urgencias supone un reto que abarca un amplio abanico de posibilidades. El GASA identifica con precisión la presencia de hipertensión portal y es más útil que el concepto de exudado/trasudado basado en proteínas. La presencia de un gradiente ≥1,1 g/dL predice que el paciente tiene hipertensión portal con una precisión del 97%. Un gradiente <1,1 g/dL indica que el paciente no tiene hipertensión portal. La causa más frecuente de ascitis es la hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática.

La prevalencia de crioglobulinemia clínicamente significativa se ha estimado en aproximadamente 1 en 100.000. Por lo general, sigue un curso crónico y latente. Las principales manifestaciones observadas en este escenario son: glomerulonefritis de curso rápidamente progresivo, isquemia digital o úlcera(s) cutánea(s) necrosante(s), neuropatía progresiva y vasculitis.

P. #258

ME DUELE LA CABEZA Y NO MUEVO EL BRAZO DESDE HACE TRES DÍAS

Pablo Trigo Millán, Clara Eugenia Valero Fernández, Noelia Arroyo Pardo, Alma Pardo Ribera, Sergio López Anguita, Luis Vicente Sáenz Casco°

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1- Motivo de consulta: déficit motor izquierdo.
2- Antecedentes personales: migraña.
2- Episodio actual: mujer de 33 años que acude por cuadro de 3 días de evolución que comienza como debilidad de ESI y EII, posteriormente hemiplejia facial izquierda que se acompaña de cefalea occipital. Niega otra clínica acompañante.
3- Exploración física:
Constantes: PA 114/73 mmHg. FC 98 llm. SpO2 99% basal Febril
Buen estado general, consciente y orientada, hemodinámicamente estable, eupneica en reposo, bien hidratada y normocoloreada. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos, abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Lenguaje coherente y fluido, leve déficit motor orbicular izquierdo, desviación de comisura labial izquierda, no otras alteraciones en pares craneales. No nistagmo. Pupilas isotópicas normorreactivas. Extremidad superior izquierda en postura de flexión de carpo y codo con escasa movilización voluntaria. Extremidad inferior izquierda con leve díficit motor con respecto a contralateral (moviliza sobre plano y contra gravedad). Reflejo cutáneo plantar indiferente bilateral. No alteraciones sensitivas en las extremidades ni cara. Marcha no explorada.
4- Pruebas complementarias:
· Analítica de sangre: glucosa 149, creatinina 0.81, perfil hepático normal, ionograma normal, hemograma sin alteraciones, coagulación sin alteraciones.
· Gasometria venosa: sin alteraciones del metabolismo ácido base ni iónicas.
o AngioTC craneo: se observan hipodensidades corticosubcorticales frontoparietales derechas en probable relacional con lesiones isquémica establecidas de cronología incierta. Pequeño defecto de repleción en ACI distal derecha a nivel del segmento oftálmico/comunicante con recanalización inmediatamente distal y adecuada pacificación de ramas distales. Lesiones subcorticales derechas inespecíficas.
5- Evolución: ante cronologia y estabilidad del cuadro se decide ingreso a cargo de neurología para completar estudio.
6- Juicio clínico: ictus isquémico a estudio.
7- Plan: ingreso a cargo de neurologia.
8- Resolución: durante el ingreso se realiza ecocardiograma transesofágico que descarta forman oval permeable, en RM se observan lesiones isquémicas agudas y subagudas tanto a nivel corticosubhcortical frontoparietal derecho, como en cabeza de núcleo caudado. En electroencefalograma se observan signos de disfunción cerebral en regiones anteriores del hemisferio derecho acompañado de actividad epileptiforme de muy baja persistencia y baja expresividad en región front-parietal derecha. En analítica de sangre se observa posibilidad para anticuerpos anticardiolipina y antibeta2. Ante síndrome antifosfolípido se decide inicio de anticoagulación con acenocumarol, seguimiento en consulta de enfermedades autoinmunes y rehabilitación.

CONCLUSIONES

El síndrome antifosfolípido es un cuadro autoinmune raro pero presente en la población que cursa con un estado protrombótico. Aunque no es frecuente, una de las manifestaciones más habituales es la trombosis arterial como es el caso de esta paciente.
Si bien este síndrome no debe ser la primera opción diagnóstica en un déficit neurológico agudo, debe estar presente en el diagnóstico diferencial en personas jóvenes con escasos factores de riesgo cardiovascular.

P. #262

EL BUDA DESDE HACE MESES ME SONRÍE

Ester Guilló Quiles, Germán Garberí Juan, Carmen María Hermida Carbonell, Asunción Mínguez Cebrian, Vanesa Ayelen Krompiewski Fernámdez, Marco Lerma Lucas

Hospital Sant Joan D'alacant, Sant Joan D'alacant, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente de 41 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude por cuadro de ansiedad de 2-3 meses. Consumo ocasional de cocaina
Comenta que tiene sueños muy vividos y que el buda de su casa le sonrie y no tiene dientes. También cuadro catarral en los ultimos dias.
A la exploracion destaca FC 146 lpm, resto de constantes dentro de la normalidad.
A la exploracion cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones
Neurologicamente sin focalidad
Analitica : elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos 14.7 10e9/L , PCR 10 mg/dl)
Tóxicos en orina: Positivo a Metadona
RX TORAX infiltrado basal derecho
Ante clinica neurologica larvada de 2-3 meses pero analitica con elevacion de RFA se decide realizacion de TAC craneal que no mostró alteraciones.
Se decidió realización de puncion lumbar también con valores en rango.
Durante su estancia en urgencias, sin presentar fiebre, el paciente inicia cuadro agudo de delirio de grandeza (Sus fans le miran por la ventana) asi como confusión aguda intentado comerse el manguito del tensiometro.

CONCLUSIONES

Se planteó la duda de si realmente se trataba de un cuadro psicótico por drogas, un debut de patologia psiquiatria o si se trataba de un perfil infeccioso dada la neumonia.
En urgencias no es siempre sencillo alcanzar un diagnostico definitivo en pocas horas.
Se descartó que el paciente no tuviera un cuadro séptico con afectacion neurologia ni una posible meningitis virica o bacteriana.
Durante el ingreso fue valorado por psiquiatria que no objetivó clinica psicótica ni alucinatoria y valorado por neurologia con RMN, TAC, Puncion lumbar y serologias negativas que descartan organicidad.
Tras mas de una semana de ingreso, con múltiples pruebas complementarias, el paciente fue dado de alta sin un claro diagnostico de lo sucedido.

P. #270

DOCTORA, NO VEO BIEN Y ME DUELE LA CABEZA

Sara Mohamed Sánchez, Nieves Prieto Esparza, Luis Manuel Gordillo Resina

Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 20 años acude al servicio de Urgencias por visión borrosa desde hace 3 días. Refiere astenia y mareo. Comenta leve cefalea en senos. Sensación nauseosa sin vómitos. Comenta sensación de hormigueo en mano izquierda de forma intermitente. No fotopsias, no miodesopsias, sin otros síntomas visuales. No fiebre, no pérdida de peso. Sin otra clínica de interés.
En la exploración física: Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general, eupneico en reposo, afebril, normohidratado y normoperfundido.
Tensiones 162/55 mmHg, frecuencia cardiaca 93 lpm, saturación de oxígeno basal 99%.
En la exploración oftalmológica:
Motilidad ocular conservada, pupilas isocóricas normorreactivas. Córneas transparentes sin precipitados queráticos.
Fondo de ojo de ambos ojos con: papila de bordes netos y bien definidos, buena coloración, excavación 0.3-0.4. Mácula normal. Red vascular conservada. Retina aplicada.
En la exploración neurológica:
Pares craneales sin alteraciones. Sensibilidad y fuerza 5/5 en todos los miembros. No alteración de la marcha. No dismetría ni diadococinesia. Romberg negativo. No nistagmo. No visión doble al forzar el campo visual.
Como pruebas complementarias, se solicitan analítica de sangre, radiografía de tórax, electrocardiograma y TC de cráneo.
- Analítica de sangre anodina con PCR <2.9.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico <50%, sin datos de consolidación pulmonar. Senos costofrénicos libres.
- Electrocardiograma: 93lpm, ritmo sinusal, eje normal, no datos de isquemia ni alteración de la repolarización.
- TC de cráneo sin contraste intravenoso:

El estudio muestra en fosa posterior una lesión nodular con bordes lobulados, mal delimitada en algunas zonas, localizada en región del vermis cerebeloso-hemisferio cerebeloso izquierdo que presenta una atenuación heterogénea con áreas isodensas con la corteza e hipodensas en su interior (probable componente quístico) así como calcificaciones groseras y edema perilesional asociado.
La lesión tiene unos diámetros aproximados de 22x29x20 mm y condiciona compresión de la porción inferior del IV ventrículo. Plantea como diagnostico un ependimoma como primera opción. Otros diagnósticos diferenciales para valorar serían astrocitoma pilocítico y meduloblastoma. Sistema ventricular mínimamente dilatado a nivel supratentorial.
Normal diferenciación entre sustancia blanca y sustancia gris.
Estructuras de la línea media centradas.
No se evidencia sangrado intra ni extra axial.
No se identifican alteraciones óseas.
Conclusión:
-Masa en fosa posterior que plantea como diagnóstico de primera opción un ependimoma.

-Provoca obliteración del IV ventrículo con sutil dilatación del sistema ventricular supratentorial.
Ante estos hallazgos se contacta con Neurocirugía que acude a valorar al paciente.
Se solicita posteriormente para completar estudio RM y estudio de perfusión previa planificación de tratamiento del paciente.

CONCLUSIONES

Los tumores ependimarios se clasifican como ependimoma (benigno o de bajo grado) versus ependimoma anaplásico (maligno o de alto grado).
Los ependimomas representan del 5 al 10% de las neoplasias intracraneales en niños.
La supervivencia tumoral en adultos en el rango entre 5 y 10 años es de 57.1 % y 45% respectivamente.
La clasificación anatomopatológica, la ubicación del tumor y el método de tratamiento influyen en los resultados y evolución de este.
La TC es sensible a la detección y caracterización de este tipo de tumores; el componente sólido de la lesión es de aspecto iso-hipodenso respecto al parénquima cerebral adyacente, y muestra un realce heterogéneo tras la administración de contraste endovenoso. En algunos casos se pueden observar áreas de calcificación o sangrado.

P. #272

DE LA NEUMONÍA A LA VESÍCULA: UN VIAJE DE ALTA DEFINICIÓN

Diego Sebastián Yanel Meiriño, Andrea Ramírez Fernández, Cristina Tello Sánchez, Ioana Stefan Tica
CUAP Casernes, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Datos del paciente:
• Edad: 47 años
• Sexo: Masculino
• Antecedentes médicos relevantes:
o Hipertensión arterial controlada con medicación.
o Fumador.
o Obesidad.
o Sin antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas.
Motivo de consulta: Paciente masculino de 47 años que, a pesar de estar siendo tratado por neumonía con amoxicil·lina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas ,mas tratamiento sintomático, no presenta mejoría. Acude a consulta de seguimiento con persistencia de fiebre, malestar general, y dolor toracoabdominal derecho de características mecánicas.
Historia de la enfermedad actual: El paciente inició síntomas hace aproximadamente 10 días con fiebre alta, escassa tos no productiva y disnea progresiva. Fue diagnosticado de neumonía, y recibió tratamiento empírico. A pesar de la medicación, no muestra mejoría clínica.
Exploración física:
• Frecuencia cardíaca: 118 latidos por minuto
• Tensión arterial: 130/85 mmHg.
• Temperatura: 38.6°C.
• Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.
• Saturación de oxígeno: 94% en aire ambiente.
• Exploración abdominal: Dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho, con ligera defensa.
Pruebas diagnósticas:
• Radiografía de tórax (Rx): No se observa consolidación pulmonar ni signos de neumonía.
• Pruebas de laboratorio:
o Hemograma: Leucocitosis moderada (18,800/uL), con predominio de neutrófilos.
o Transaminasas: Levelemente elevadas: ALT 85 U/L. Bilirrubina: Levelemente elevada, 1.9 mg/dL
o Resto sin alteracions destacables.
• Ecografía abdominal: Se observa ligera dilatación de la vesícula biliar, con paredes engrosadas y la presencia de un pequeño cálculo de 1 cm de diametro en su interior, sin signos de complicación aguda como perforación o absceso.
Diagnóstico diferencial:
1. Colecistitis aguda: Los hallazgos en la ecografía abdominal, junto con la leucocitosis, elevación de transaminasas y dolor en el cuadrante superior derecho, son sugestivos de una colecistitis aguda, probablemente desencadenada por la presencia del cálculo biliar.
2. Neumonía persistente: Aunque la radiografía no muestra consolidación, los síntomas respiratorios no mejoran, lo que lleva a sospechar que la causa principal de los síntomas podría no

ser neumonía.
Tratamiento: Se decide derivar al paciente a un hospital de tercer nivel, dada la sospecha de colecistitis aguda en donde se completa estudio y fué intervenido al día siguiente.
Evolución clínica: El paciente se recupera satisfactoriamente tras la cirugía. Los síntomas respiratorios y abdominales mejoran significativamente, También mejoran los parametros analíticos y se normalizan transaminases.

CONCLUSIONES

Conclusión: Este caso pone de manifiesto la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva en pacientes con presentaciones clínicas atípicas o no respondientes al tratamiento inicial. A pesar de un diagnóstico inicial de neumonía viral, los hallazgos clínicos y la falta de mejoría sugirieron la presencia de una patología concomitante. La ecografía abdominal resultó ser una herramienta diagnóstica crucial para el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa, un trastorno que no es inmediatamente evidente en la evaluación radiológica del tórax. La ecografía permitió identificar la dilatación de la vesícula biliar y el cálculo, facilitando la decisión de derivar al paciente para intervención quirúrgica. Este caso resalta la importancia de no descartar otras patologías en pacientes con signos y síntomas complejos, y la utilidad de la ecografía como una herramienta accesible y efectiva para la evaluación abdominal, en particular en situaciones en las que los hallazgos radiológicos torácicos no son concluyentes.

P. #300

CÓDIGO "CONSTIPATION"

Pablo Galindo Ballesteros, Belén González Iglesias, Elena López De Las Heras, Sara María Parrondo Rebollo, Elena Dieste Ballarín, Pablo Matías Soler

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años alérgica a los beta-lactámicos y sulfamidas, con acalasia tipo II intervenida mediante miotomía; meningioma frontal intervenido, en tratamiento anticomicial con perampanel y lamotrigina; diverticulosis; enfermedad de Crohn con afectación ileocólica, en tratamiento de mantenimiento con mesalazina oral y ciclos de budesónida con buena respuesta; y en tratamiento crónico con duloxetina y paracetamol/tramadol por fibromialgia, acude a urgencias traída por su marido por dolor abdominal generalizado que ha ido en aumento en las últimas 12 horas, asociando mayor estreñimiento en los últimos 3 días. Niega fiebre ni otra clínica.
A su llegada se encuentra con estupor, sudorosa, pálida y fría, tensión arterial de 80/40 mmHg y frecuencia cardiaca de 102 lpm. Afebril. Se traslada al cuarto de shock, donde comenzamos la resucitación con sueroterapia intensiva. Se extraen analítica de sangre, hemocultivos y gasometría venosa. Se realiza electrocardiograma que resulta normal. Y en la gasometría venosa, pH en rango y lactato de 1.5 mmol/L. Terminamos de explorar a la paciente, destaca dolor abdominal generalizado a la palpación con signos de irritación peritoneal. Se contacta con el servicio de Radiología para realizar TAC abdomino-pélvico urgente tras la estabilización hemodinámica.
En el TAC se aprecia distensión de asas de intestino delgado con contenido en colon, sin identificar cambios de calibre luminal, con escaso contenido de líquido libre abdominal y pélvico, hallazgos compatibles con cuadro suboclusivo/íleo/estreñimiento.
Se descarta razonablemente una complicación de la enfermedad de Crohn y la diverticulosis. Interpretamos el cuadro en el contexto de suboclusión/íleo de origen farmacológico (anticomiciales y opioides). Se coloca SNG con abundante salida de material fecaloideo y se pautan enemas de limpieza.
En la analítica se obtienen 15000 leucocitos con desviación izquierda y PCR de 15.3 mg/L, por lo que se pauta antibioterapia empírica con gentamicina y metronidazol, y se cursa ingreso hospitalario.
La paciente permanece ingresada 3 días. Estable, afebril, y con restauración del tránsito intestinal. Se obtienen hemocultivos negativos. Finalmente se va de alta con diagnóstico final de cuadro suboclusivo de origen farmacológico.

CONCLUSIONES

En un primer momento nos planteamos el diagnóstico diferencial entre una perforación u oclusión intestinal secundaria a un brote de su enfermedad de Crohn o secundaria a una complicación de la diverticulosis; y, ante un paciente ya estabilizado, con signos de irritación peritoneal que impresionaba de gravedad solicitamos el TAC abdomino-pélvico.
Entre las complicaciones a descartar en un abdomen agudo en pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal se encuentran el megacolon tóxico, el sangrado masivo, la perforación, el absceso y la obstrucción, todas ellas se diagnostican mediante la realización de un TAC de abdomen. Lo mismo ocurre con las complicaciones secundarias a la diverticulosis (absceso, perforación, obstrucción y rectorragia)
En caso de no haber podido estabilizar a la paciente previo al TAC, en nuestro hospital, hubiésemos contactado con la UCI para iniciar medidas más invasivas y Cirugía General para una laparotomía exploradora.
Con el resultado del TAC se descartaron nuestras principales sospechas, no obstante, ante los resultados de la analítica fue correcto iniciar cobertura antibiótica. Basándonos en la evidencia actual, faltó administrar glucocorticoides e iniciar tromboprofilaxis con HBPM hasta descartar con la evolución clínica, radiológica y analítica que se tratase de un brote de enfermedad de Crohn. Se hizo posteriormente durante el ingreso.
Como reflexión, quiero destacar la gran variabilidad en la presentación clínica de un cuadro frecuente como la suboclusión intestinal, desde distensión abdominal a delirum o cuadros más inespecíficos con inestabilidad hemodinámica, como este caso.
Para terminar, quiero recalcar que, tanto médicos como pacientes, debemos ser conscientes de los efectos adversos de los fármacos prescritos, especialmente los crónicos, y revisar periódicamente la indicación de éstos.

P. #303

EPIGASTRALGIA: EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Carmen Marlet Farfán Hermoza[1], María Del Mar Blanco Magdaleno[2], María Neira Calama[2]

1. UDMAFYC Valladolid Este, Valladolid, España
2. Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varon de 80 años, diagnosticado de dislipidemia, diabetes mellitus 2, hipertension arterial, en tratamiento con adiro, acude a urgencias con dolor abdominal localizado en epigastrio intenso de 1 dia de evolucion irradiada a hemitorax izquierdo, acompañado de vomitos, al examen fisico presenta dolor a la palpacion en epigastrio, se realiza electrocardiograma y laboratorio con parametros normales, y se interconsulta con cardiologia, tras revision le dan de alta diagnosticado de dolor toracico. El paciente vuelve a urgencias 24 horas después, con persistencia de la epigastralgia asociado a vómitos, no cuenta otros síntomas, al examen físico leve distensión abdominal, dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, en la analítica sanguínea no hay alteraciones significativas, y a pesar de tratamiento analgésico el dolor continua con la misma intensidad, entonces se decide realizar una tomografía abdominal, que según informe, presenta: Vesícula biliar distendida con contenido hiperdenso en su interior en relación con barro biliar/litiasis, en contacto con el borde inferior del lóbulo hepático derecho se observa desestructuración de la pared que no permite descartar perforación contenida, siendo el diagnostico imagenológico final: colecistitis aguda litiásica con dudosa perforación en fundus. Se interconsulta al servicio de cirugía, deciden su ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico, vigilancia y opción de cirugía.

CONCLUSIONES

La epigastralgia en urgencias frecuentemente supone un reto diagnostico, dada la amplia variedad etiologica; se debe tomar en cuenta los factores de riesgo atribuibles al paciente y la evolucion de la clinica en su estancia en urgencias. Transcurrido un periodo de observacion minimo de 12 h, si el dolor remite y los examenes auxiliares no presentan alteraciones, puede proceder al alta. La persistencia del dolor aun con examenes sin alteraciones, es motivo para continuar con las herramientas diagnosticas necesarias, debido a las complicaciones que suponen un diagnostico errado. En este caso, la falta de alteraciones en la analítica en un paciente con dolor persistente a pesar de analgesia llevo a la decisión de realizar una prueba de imagen, que fue acertada, y finalmente pudo permitir manejar al paciente de acuerdo a la etiología del dolor epigástrico que aquejaba, y reconocer la complicación que presento por la demora en el diagnostico.

P. #308

ASTENIA Y PÚRPURAS A ESTUDIO

Ángela Pedreño Lorente, Patricia Martínez Cañavate, Ingrid María Muñoz Serrano, Fernando Guil Giménez, Elena Belda López, Oleg Kyrychenko X

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

La trombocitopenia se define como una disminución del número de plaquetas por debajo de 150x10^3/uL. Una entidad clínica que cursa con trombocitopenia son las MAT (microangiopatías trombóticas). Estas son un grupo de enfermedades que se caracterizan por una lesión endotelial con formación de microtrombos, que ocasionan trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática con detección de esquistocitos en el frotis sanguíneo; y clínica sistémica según los órganos implicados. Dentro de las MAT primarias se incluyen la PTT (púrpura trombocitopénica trombótica) y las variedades del SHU (síndrome hemolítico urémico).

Este caso trata sobre una paciente de 66 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2. Como tratamiento crónico toma amlodipino, metformina, vildagliptina y atorvastatina. La paciente refiere astenia, inestabilidad a la marcha y hematomas espontáneos en miembros inferiores y superiores desde hace 3 semanas. En las últimas 2 semanas comienza con lesiones purpúricas no pruriginosas en miembros inferiores, por lo que finalmente consulta en Urgencias. Niega exteriorización de sangrado y otra clínica en la anamnesis dirigida por aparatos.

En la exploración, la paciente se encuentra estable hemodinámicamente y afebril. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal son anodinas. Destaca una ictericia cutánea y lesiones petequiales hasta raíz de piernas, brazos y abdomen. Presenta inestabilidad a la marcha con fuerza 4/5 en miembros inferiores, el resto de la exploración neurológica es normal.

Se realiza una analítica sanguínea, que muestra anemia (hemoglobina 7,6 g/dL) y trombocitopenia grave (plaquetas 10x10^3/uL). Se repite la analítica obteniendo plaquetas en citrato 6.0x10^3/uL. La función renal estaba conservada (Creatinina 0,7 mg/dl, ecuación CKD-EPI 90 ml/min/1.73m^2). En cuanto a marcadores de hemólisis, presenta lactato deshidrogenasa 1071 U/L, bilirrubina total 2.1 mg/ld y bilirrubina indirecta 1,7 mg/dL.

En la extensión de sangre periférica se observa anisopoiquilocitosis intensa con 4-5 esquistocitos por campo, eliptocitos y eritroblastos aislados; y se confirma la trombopenia severa. El test de Coombs directo es negativo. El hematólogo de guardia indica transfusión de 1 pool de plaquetas y 1 concentrado de hematíes. En la analítica postransfusión encontramos hemoglobina 7.8 g/dl y plaquetas 30x10^3.

Se ingresa en la planta de Hematología. De la nueva analítica destacan unos valores de haptoglobina <30mg/dl y reticulocitos 352.800/uL (13%, anemia regenerativa) y niveles enzimáticos de ADAMTS13 (A Disintegrin And Metalloprotease with a ThromboSpondin type 1 motif, member 13) de 0.2%.

Se realiza plasmaféresis con recambio plasmático y se inicia tratamiento con corticoides y caplacizumab, un anticuerpo anti-factor de von Willebrand (FvW). Continúa con niveles de ADAMS13 de 0.5%, por lo que se asocia rituximab.

Es dada de alta con el diagnóstico de PTT, presentando plaquetas 474.4x10^3/uL y hemoglobina 11.9 g/dl.

CONCLUSIONES

La PTT es una enfermedad rara con una mayor incidencia en mujeres de raza negra. Se estima una incidencia de 1,7 casos/millón de habitantes por año.

La enzima ADAMTS13 es una metalopoteasa que fragmenta multímeros de muy alto peso molecular del FvW, que se sintetiza en las células endoteliales. La deficiencia de ADAMTS13 impide la escisión de los multímeros de FvW ocasionando agregación plaquetaria y produciendo trombos en la microcirculación.

Es típica la presentación con la pentada de anemia hemolítica, trombocitopenia, clínica neurológica, insuficiencia renal y fiebre.

- La PTT y el SHU se consideran emergencias hematológicas y no debe retrasarse su tratamiento empírico cuando se sospechen pues son potencialmente graves.
- El impacto docente de este caso radica en que la PTT es una patología poco frecuente, pero que hay que conocer por su severidad.
- Importancia de la interpretación de alteraciones analíticas.
- Importancia de la comunicación con otros especialistas.
- La transfusión en Urgencias es determinante para el manejo del paciente.

P. #311

BAILANDO, BAILANDO, HEMATOMA ESPONTÁNEO

Clara Ponce Aceituno, María Sol González Bennike, Hernán Pérez-Bengoa Rodríguez, Alicia Cardenas García, Alfredo Piris Villaespesa, Paula Frades Ortiz

HUGV, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Acude a urgencias en ambulancia por dolor dorsal y cervical repentino mientras bailaba. Refiere que tras inicio brusco de dolor ha comenzado a sentir parestesias en brazos y piernas, así como sensación de debilidad y pérdida de fuerza, tras esto ha comenzado con temblores en extremidades y sensación de disnea. Presentaba disfonía fluctuante.

A su llegada a Urgencias tendencia a la somnolencia, Tensión arterial 137/75mmHg, frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto y necesidad de aporte de oxígeno por desaturación, saturación 92%.

Exploración; Somnolienta con apertura parcial ocular bilateral a estímulos verbales. orientada en las tres esferas. Responde a estímulos verbales con habla disfónica, nomina y repite. Obedece ordenes simples de forma parcial ya que refiere imposibilidad para movilización de extremidades por dolor cervical. Respiración superficial tipo Kussmaul.

Pupilas isocóricas y normorreactivas, con reflejo fotomotor directo e indirecto. Pares craneales normales.

Fuerza 3/5 de forma simétrica en las 4 extremidades, con reflejo bicipital simétrico, Rotuliano disminuido en extremidad inferior izquierda, Respuesta cutánea plantar abolida bilateralmente. Sensibilidad propioceptiva conservada.

Auscultación cardio pulmonar rítmica sin soplos y murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Cervicalgia sin clara contractura paravertebral establecida. No valoración dorsolumbar por dolor.

Primeras pruebas complementarias solicitadas;

-Analítica de sangre con acidosis respiratoria e insuficiencia respiratoria global (Pco2 54 pO2 61). Resto de parámetros normales. Tóxicos negativos. Dimero D negativo.

-Radiografía torácica sin alteraciones.

-Radiografía cervical, dorsal y lumbosacra sin lesiones óseas agudas.

-ECG Ritmo sinusal FC 79 lpm, QRS estrecho sin alteración de la repolarización.

Durante su estancia en urgencias, clínica fluctuante, persiste con sensación de debilidad y fuerza 3/5 bilateral con reflejos presentes, aunque disminuidos en hemicuerpo izquierdo. Somnolencia vs dudosa ptosis palpebral bilateral, ante sospecha de patología autoinmune subyacente, se amplía analítica, se administran corticoides de forma empírica, se aprecia ligera mejoría y se comenta con neurología y radiología.

Diagnostico diferencial,

- infarto de médula espinal
- mielopatía compresiva
- absceso epidural espinal tumor intradural-extramedular
- esclerosis múltiple aguda
- trombosis venosa espinal
- lesión traumática de la médula espinal

Ante el rápido y alternante deterioro clínico de la paciente se realizó tomografía computarizada cerebral donde se apreció un extenso hematoma epidural, desde C2 hasta D4, que condicionaba un efecto de masa sobre la médula.

JUICIO DIAGNÓSTICO; HEMATOMA EPIDURAL CON EDEMA MEDULAR.

Tras esto fue ingresada en la UCI y se realizó laminectomía C2-C5 por parte de neurocirugía, al alta presentaba buen pronóstico con mejoría progresiva del déficit neurológico previo. Deambulaba con bastón.

CONCLUSIONES

- El hematoma espinal epidural espontáneo es una patología con poca incidencia, pero gran morbilidad y mortalidad. Los factores de riesgo incluyen patologías como trombofilias, malformaciones vasculares, hipertensión o tratamientos con anticoagulantes o antiagregantes. Los síntomas oscilan desde un dolor cervical/dorsal o lumbar hasta parálisis completa. El diagnóstico por imagen se realiza con resonancia magnética y el tratamiento es quirúrgico. La bibliografía muestra una clara mejoría en los pacientes que son diagnosticados rápidamente e intervenidos antes de las primeras 36 horas.
- Concluimos enfatizando en que el hematoma espinal epidural es una patología reversible, con mejor pronóstico, si se diagnostica y trata rápidamente de ahí la importancia de reconocer los síntomas y valorar la evolución clínica para guiar nuestra actitud, a parte de las pruebas complementarias, para evitar un daño neurológico permanente.
- No todos los dolores cervicales, dorsales o lumbares son miofasciales o traumáticos. A veces, son emergencias neurológicas que tenemos que tener en mente.

P. #312

DEL DOLOR ABDOMINAL A LA PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE CON FRACASO MULTIORGÁNICO

Paula López De La Pena, Manuel Pérez Figueras, Manuel Manzano Luque, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz, Paula Rodas Bordallo

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso, embolia de pulmón en 2019 que acude por cuadro de menos de 10 horas de evolución de malestar general, sensación distérmica sin fiebre termometrada, dolor abdominal epigástrico de tipo retortijón y náuseas con vómitos. No refiere relacionar el inicio del cuadro con la ingesta de alimentos en mal estado. No refiere ambiente epidemiológico asociado.

A la exploración física el paciente presenta regular estado general, afebril, eupneico en reposo. Tensión arterial 107/73, frecuencia cardiaca 102, saturación de oxígeno 96% basal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, globuloso, distendido, doloroso a la palpación generalizada, sin datos de irritación peritoneal.

En la analítica de sangre se objetiva un leve deterioro de la función renal (filtrado de 53, previos normales), elevación de troponina 0.019 ng/ml; en la radiografía de tórax no se evidencian alteraciones reseñables y en la radiografía de abdomen no se objetivan datos sugestivos de obstrucción intestinal. Se decide mantener al paciente en observación con analgesia intravenosa y se amplía la analítica sanguínea objetivándose perfil hepático alterado con hipertransaminasemia (valores elevados por 10 veces la normalidad), lipasa de 7654, LDH 506 e hiperbilirrubinema de 1.92 a expensas de la bilirrubina directa.

Durante su vigilancia en las siguientes horas en urgencias no se consigue adecuado control del dolor a pesar de analgesia (paracetamol, metamizol, dexketoprofeno e incluso petidina) y se evidencia un abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación generalizada, con signos de irritación peritoneal.

Ante estos hallazgos se realiza TAC abdominal en el que se objetivan muy importantes cambios inflamatorios pancreáticos y peripancreáticos, engrosamiento glandular difuso que muestra marcada hipodensidad global (valoración condicionada por la no disponibilidad de adquisición arterial de imágenes) -salvo un pequeña área caudal de la cabeza pancreática y el proceso uncinado-. Lo que sugiere pancreatitis aguda necrotizante grave. Extensas colecciones periglandulares y sobre gotieras parietocólicas así como fascias pararrenales anteriores. Leve cuantía de líquido ascítico en pelvis con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante grave (IGTC 10). Vesícula biliar distendida con numerosas litiasis en su interior sin condicionar dilatación de la vía intra ni extrahepática.

Se decide iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam, sueroterapia exhaustiva y optimización de analgesia. Finalmente se decide ingreso a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ante el fracaso multiorgánico secundario a la pancreatitis aguda (escala Apache II de 20 puntos, mortalidad 35.5%) con shock mixto hipovolémico y distributivo, fracaso renal agudo KDIGO III y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Durante su estancia en UCI el paciente precisa de la realización de varias laparotomías exploradoras por síndrome compartimental abdominal y fracaso multiorgánico persistente.

CONCLUSIONES

- La pancreatitis aguda necrotizante es una forma grave de inflamación del páncreas que causa la muerte del tejido pancreático. Puede provocar complicaciones como infecciones, sepsis y fallo multiorgánico. Generalmente, se asocia con dolor abdominal intenso y requiere manejo médico urgente, incluyendo soporte intensivo y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas. Las causas más frecuentes incluyen colelitiasis, consumo excesivo de alcohol, hipertrigliceridemia, traumatismos, infecciones virales, medicamentos y procedimientos como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
- La vigilancia clínica es fundamental en pacientes con pancreatitis aguda necrotizante para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico. Esta enfermedad puede llevar a infecciones, necrosis extensa y fracaso multiorgánico, por lo que la monitorización continua es clave e indispensable. Detectar a tiempo signos de deterioro, como sepsis o insuficiencia orgánica, permite intervenir de manera temprana. El manejo integral incluye control del dolor, hidratación adecuada y estrategias para prevenir infecciones. Un enfoque multidisciplinario asegura un tratamiento personalizado, reduciendo riesgos y mejorando la calidad de vida a largo plazo.

P. #318

NO TODAS LAS FIEBRES SON RESFRIADOS

Marta Reyes Álvarez[1], Andrea Ruiz Bautista[2], Fátima Tárraga Galdón[1], Lucía Sánchez Rodríguez[1]

1. Médico de Urgencias, Granada, España
2. Médico de Familia, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 54 con AP de Psoriasis palmoplantar en tratamiento con adalimumab; acude a Urgencias por cuadro de fiebre de hasta 38°C junto con síntomas catarrales y disuria con sistemático de orina patológico en una ocasión por lo que se inició tratamiento antibiótico con Augmentine/8h. Ante la escasa mejoría e ineficacia de otros antibióticos pautados en las siguientes visitas, la paciente reconsulta hasta en 4 ocasiones en el Servicio de Urgencias, presentando finalmente paraparesia de predominio proximal 1/5 en miembro inferior izquierdo junto con retención aguda de orina y dolor intenso a nivel de región lumbar. Se solicita estudio analítico completo con PCR >200 y linfopenia progresiva, y TC de cráneo sin contraste iv normal. Finalmente, se post-pone la realización de punción lumbar por presentar alteraciones en la coagulación y se decide ingreso en Neurología para ingreso. Se solicita RMN dorsolumbar donde se evidencia lesión hiperintensa longitudinalmente extensa del cordón medular lumbar compatible con mielitis transversa. Se realizó PET-TC evidenciándose cuadro poliadenopático (pendiente hasta el momento del resultado de las biopsias). Durante el ingreso, comienza con visión borrosa del ojo derecho con disminución de la agudeza visual y datos compatibles con neuropatía óptica desmielinizante. Fue tratada con pulsos de metilprednisolona, con mejoría clínica posterior.

CONCLUSIONES

Es importante resaltar de este cuadro la importancia de reevaluar a los pacientes que reconsultan en nuestros Servicios de Urgencias debido a que la sospecha inicial de cuadro inicialmente banal con normalidad en las pruebas complementarias desemboca en un cuadro emergente ante la refractariedad de los tratamientos previamente pautados y progresión clínica que presenta nuestra paciente.

La mielitis aguda es un cuadro poco frecuente en nuestro medio pero se considera una urgencias vital. Se considera un síndrome neurológico inflamatorio que afecta a la médula espinal, causando disfunción motora, sensitiva y autonómica de forma aguda o subaguda. La importancia de su diagnóstico precoz en los Servicios de Urgencias radica en su potencial gravedad, ya que puede llevar a parálisis, insuficiencia respiratoria y disautonomía severa si no se maneja adecuadamente.

Las características clínicas suelen ser variables con una distribución ascendente o segmentaria, generalmente bilateral con inicio agudo o subagudo. La sensibilidad suele estar bien definida, pudiendo existir una fase flácida inicial con hiporreflexia, evolucionando a espasticidad con hiperreflexia.

Se deben descartar causas idiopáticas o post-infecciosa, enfermedades desmielizantes (Esclerosis múltiples, neuromielitis óptica...), enfermedades autoinmunes sistémicas (LES, Síndrome de Sjogren, sarcoidosis), infecciosas (VHB, VHC, VIH...), paraneoplásicas o vasculares.

Es de vital importancia, una sospecha diagnóstica precoz e implementar medidas inmediatas como soporte respiratorio en el caso de que presente debilidad diafragmática, sondaje vesical si presenta retención urinaria y profilaxis antitrombótica en pacientes inmovilizados. El tratamiento de elección seria la metilprednisolona 1g iv/24h durante 3-5 días e iniciar plasmaféresis en caso de que no exista respuesta a los corticoides. De esta manera, implementar un tratamiento precoz, favorece en la recuperación y mejora el pronóstico de los pacientes.

P. #322

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE HERIDA

Irene Iglesias Fernández, Cristina Bautista Salamanca, Lourdes Escribano Castillo
Hosp Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
NAMC
HTA
Tratamiento habitual: Enalapril 10 mg.
ENFERMEDAD ACTUAL:
Mujer de 50 años que acude derivada desde su Centro de Salud para valoración de lesiones ulceradas en ambos miembros inferiores de 2 meses de evolución.
Refiere lesiones que comienzan a modo de pústulas-pápulas ulceronecróticas, con evolución hacia úlceras de mayor tamaño, malolientes y que no consiguen curar. Refiere empeoramiento de las lesiones al realizarle curas a diario en su centro de salud, no tolerando apósitos. Se toman cultivos con positividad para Pseudomona aeruginosa y Staphylococus aureus, último cultivo de exudado negativo.
Niega fiebre o malestar general. Niega diarrea, estreñimiento o heces con productos patológicos. Niega disuria o polaquiuria. No convive con animales. Convive con su marido y su hijo en Benalmádena. Profesión: peluquera. Niega otra clínica tras la anamnesis completo.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Lesión de gran tamaño a modo de úlcera de unos 12x10 cm a nivel pretibial derecho. También, superior a esta, presenta otra lesión ulcerada de unos 9x8 cm.
En ambos miembros inferiores presenta lesiones a modo de pápulas úlcero-necróticas con eritema perilesional y pústulas diseminadas.
Refiere dolor asociado a las lesiones con dificultad para conciliar el sueño.
Hiperqueratosis plantar sin datos de pustulosis.
No otras lesiones tras exploración del tegumento.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica sanguínea de urgencias sin alteraciones relevantes.
- Hemocultivos y cultivo de exudado de úlcera pendientes.

JUICIO CLÍNICO:
Lesiones ulceradas en miembros inferiores a filiar (Pioderma gangrenoso vs Dermatosis perforante)
PLAN DE ACTUACIÓN
- Se registra iconografía.
- Se recomienda CIPROFLOXACINO 750 mg 1 cp cada 12 horas 7 días.
- Se valoran opciones terapeuticas con la paciente, se incluirá en ensayo clínico para iniciar tratamiento biológico con Spesolimab
- Citas próximas para revisión

CONCLUSIONES

Cabe destacar la importancia de conocer el inicio y desarrollo de las lesiones.

En este caso, la paciente acude derivada para valoración por Cirugía Vascular; al valorar las lesiones y prestar atención a cómo inician y se van desarrollando queda de manifiesto que se trata de una enfermedad dermatológica con rápida progresión y dificultad para la realización de curas (presenta fenómeno de patergia).

P. #324

UNA CAÍDA ACCIDENTAL CON DESENLACE FATAL: REPORTE DE UN CASO

Patricia Martínez Cañavate, Ingrid María Muñoz Serrano, Ángela Pedreño Lorente, Elena Belda López, Fernando Guil Giménez, Oleg Kyrychenko .

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular (FA) anticoagulada con edoxabán, dislipemia (DLP), diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. En seguimiento por Neurología por síndrome rígido-acinético bilateral simétrico en tratamiento con carbidopa/levodopa, aunque con buena situación basal.

La paciente acude a urgencias sobre las 23 horas acompañada por familiar por caída hacia atrás en su domicilio hace una hora, golpeándose la cabeza contra la pared. El familiar niega síncope ni pérdida de conocimiento. Niega otra clínica.

Exploración física (EF): buen estado general. Tensión arterial (TA): 174/76 mmHg, frecuencia cardíaca (FC): 80lpm, frecuencia respiratoria (FR): 21rpm, saturación de oxígeno (satO2): 95%.

Cabeza: cefalohematoma a nivel parietal. Herida inciso-contusa a nivel temporal derecho.

Auscultación cardíaca: arrítmica sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: anodina.

EF neurológica: consciente y orientada en las 3 esferas. Funciones superiores y lenguaje conservados, aunque bradipsíquica. Marcha no valorable por permanecer en silla de ruedas. Dismetría en maniobra dedo-nariz probablemente justificada por su enfermedad de base. Fuerza 4/5 en las 4 extremidades. Sensibilidad conservada. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales sin hallazgos. Signos meníngeos negativos.

Se solicitan pruebas complementarias: analítica sanguínea, un electrocardiograma (ECG) y una tomografía axilar computarizada (TAC) craneal.

La analítica resulta anodina, con buena función renal e iones en rango, presentando únicamente leucocitosis 19.10x10^3/uL y un índice internacional normalizado (INR) de 1.61.

En ECG se mostraba una FA con respuesta ventricular a 114 lpm y un bloqueo de rama izquierda ya presente previamente.

Tras realización de TAC craneal, el servicio de Radiología contacta telefónicamente para avisar de que la paciente presenta una hemorragia activa. El TAC informaba de un hematoma subdural agudo en la convexidad izquierda con leve efecto de masa sobre los surcos adyacentes, mínima desviación de la línea media (3mm) y signos de herniación subfalcina incipiente, además de hematoma de partes blandas parietal bilateral.

Tras este resultado, se contactó con el servicio de Neurocirugía que desestiman actuación urgente por su parte y recomiendan TAC de control en 24 h, presentando la paciente en ese momento glasgow de 15.

Tras el TAC, la paciente pasa a ser atendida por enfermería para administración de tratamiento con complejo de protrombina humana y cura de heridas. Se contacta de nuevo con neurocirugía por presentar deterioro del nivel de conciencia unos minutos más tarde. De nuevo, desestiman intervención agresiva dada la edad y comorbilidades, a pesar del deterioro neurológico.

Tras este hecho, la paciente es trasladada a una sala individual en la sala de observación de urgencias para permitir el acompañamiento familiar de la misma. Además, es valorada por la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes también desestiman intervención por su parte, presentando la paciente ya un glasgow de 9, con respuesta verbal incomprensible, apertura ocular al dolor y respuesta motora con posibilidad de localizar el dolor.

Finalmente, unos minutos más tarde, presenta glasgow de 3, comenzando posteriormente con estertores y taquipnea con FR 26 y satO2 94% con gafas nasales a 2 litros, manteniéndose sin reactividad a estímulos.

Ante el deterioro clínico tan agudo y la situación de la paciente, se informa a familiares de mal pronóstico y se consensúa limitación del esfuerzo terapéutico, iniciándose perfusión sedoanalgésica con midazolam, morfina y buscapina. Finalmente, fallece dos días después.

CONCLUSIONES

La hemorragia intracraneal es una complicación potencialmente mortal y con mayor riesgo si se produce en pacientes anticoagulados. Esta precisa de un manejo urgente y adecuado, además de una monitorización constante en estos pacientes. Por otro lado, cabe destacar que hoy en día no se ha comercializado antídoto específico para edoxabán, por lo que supone un mayor reto la reversión de la anticoagulación.

P. #328

DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: HEMORRAGIA RENAL ESPONTÁNEA EN EL SÍNDROME DE WUNDERLICH

Elizabet Vidal Folch
Hospital De Cerdanya, Puigcerdà, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 56 años con único antecedente de obesidad, sin tratamiento habitual ni alergias, que acude a urgencias por dolor súbito en flanco izquierdo irradiado en cinturón y acompañado de cuadro sincopal con recuperación espontánea. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, sus constantes son: tensión arterial 125/64, frecuencia cardíaca 72 latidos por minuto, saturación de oxigeno en aire ambiente 98%, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto, glicemia capilar de 117 mgr/dl y temperatura 36,2°.
En la exploración física destaca dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo sin evidencia de masas o megalias y sin peritonismo.
Se cursan analítica de sangre y orina, destacando 14000 leucocitos con 76% de neutrófilos y proteína C reactiva de 23.9, con orina normal.
Se administra analgesia endovenosa con mejoría del dolor; se realiza tomografia axial computarizada (TAC) cerebral, que es normal.
A las dos horas de su ingreso presenta nuevo episodio de dolor abdominal súbito y se ordena TAC abdominal, sin contraste el cual informa de voluminosa masa adrenal izquierda complicada con hemoperitoneo y efecto masa, hallazgos coherentes con síndrome de Wunderlich. El paciente es entonces derivado a hospital de referencia donde se realiza angioTAC abdominal y se observa un gran hematoma con sangrado activo sobre una lesión suprarrenal izquierda subyacente. Se indica arteriografía urgente donde, desde el tronco celíaco, se cateterizan los aportes vasculares de la lesión (arteria frénica y una rama accesoria con origen directamente desde el tronco celíaco).
Valorado posteriormente por endocrinologia y, ante la sospecha de adenocarcinoma adrenal, se programa cirugía a los 4 meses que incluye una suprarrenalectomía más limfadenectomía paraaórtica abierta. Durante la intervención el paciente presenta shock hemorrágico por sangrado de cabeza de páncreas debido a lesión de la arteria esplénica, ya que el tumor está muy adherido a ella.
Como complicaciones postquirúrgicas presenta una fístula pancreática y colecciones peripancreáticas por lo que requiere colocación de drenaje ecoguiado y cobertura antibiótica por 3 meses.
La anatomía patológica informa de neoplasia adrenal cortical oncocítica de potencial maligno incierto, de 9 centímetros, mitosis de bajo grado, necrosis de más del 50% del volumen tumoral, márgenes libres y limfadenectomía negativa 0/14.
Después de valoración por equipo multidisciplinar, se considera paciente tributario de seguimiento con pruebas de imagen y servicio de urología.

CONCLUSIONES

La hemorragia perirrenal espontánea es una urgencia médica con una incidencia muy baja pero que puede llevar a un desenlace fatal, debido a un diagnóstico tardío y shock hipovolémico.
La causa más común son las neoplasias renales; dentro de éstas, el angiomiolipoma es la más frecuente dentro de las benignas y el carcinoma de células renales se encuentra entre las neoplasias malignas más frecuentes. La segunda causa de síndrome de Wunderlich son las vasculopatías y otras etiologías menos frecuentes incluyen aneurisma renal y malformaciones arteriovenosas. La anticoagulación y la hemodiálisis durante largos períodos aumentan el riesgo de sangrado.
A pesar de que la ecografía puede ser útil en un primer momento, la técnica de imágen de elección para el diagnóstico de la causa e identificación del punto de sangrado, es el angioTAC.
Las características del cuadro clínico, la estabilidad del paciente, el grado de lesión y el volumen del sangrado, nos permitirán la elección adecuada del tratamiento. Inicialmente el tratamiento es de sostén y como opciones terapéuticas definitivas tenemos la cirugía urgente (nefrectomia) o la embolización, pero en los casos donde se descarta malignidad y sangrado activo, podría realizarse manejo conservador con pruebas de imagen cada 3 meses.
El diagnóstico diferencial incluye el cólico nefrítico, úlcera duodenal, apendicitis aguda, perforación gastrointestinal, isquémia mesentérica, rotura de aneurisma o infarto renal.

P. #333

EL DEBUT DE UNA EPILEPSIA FOCAL

Isabel Jiménez Ruiz[1], Jorge Beltrán Hortelano[1], Carmen María Jiménez Ruiz[2], María Vallo Arjonilla[3], Carolina Carvajal Valenciano[4], Ana Isabel Osuna García[1]

1. Complejo Asistencial de Soria, Soria, España
2. Hospital Infanta Margarita, Cabra, España
3. Hospital Universitario La Línea de la Concepción, La Línea De La Concepción, España
4. Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 29 años, que es remitido a Urgencias desde su centro de Atención Primaria, por episodio de afasia súbita que comenzó 3 horas antes, en medio de una discusión, después de haber estado en una fiesta (había
tomado 5 cervezas, pero no estaba borracho), comenzó a no poder hablar, en ese momento pudo decirlo pero ya después no volvió a emitir palabra. En el centro, y ante la sospecha de probable crisis de ansiedad como diagnóstico más probable por edad del paciente y contexto en el que comienza, se administra tratamiento ansiolítico sin mejoría de la clínica.
Al llegar a Urgencias hospitalarias presenta afasia motora pura (comprensión conservada) con claudicación leve de extremidad superior izquierda, NIHSS: 4. Se activa código ictus. Electrocardiograma con taquicardia sinusal, analítica sin alteraciones y TC multimodal no muestra hallazgos reseñables, ASPECTS 10. DAO: Negativo.
Al tratarse de un paciente joven con síntomas de inicio agudo claramente
discapacitantes, sin datos que contraindiquen la intención de tratamiento de
reperfusión aguda, considerándose la posibilidad de ictus isquémico juvenil como causa del cuadro, se lleva a cabo fibrinolisis. Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos y, dada la ausencia de mejoría de la afasia después de 24 horas, se valoran otras alternativas diagnósticas. Se planteó inicialmente la posibilidad de encefalitis por episodio puntual de febrícula pero se descartaba punción lumbar por fibrinolisis reciente, y status parcial como otra posibilidad. Se realiza TC cerebral de control con hallazgos que no sugieren isquemia y se realiza RM cerebral urgente con único hallazgo de quiste sublenticular izquierdo, resto sin alteraciones. Posteriormente se decide inicio de tratamiento antiepiléptico ante posibilidad de status parcial no convulsivo, con mejoría clínica posterior e inicio del habla.
Dada la estabilidad hemodinámica y no aparición de nuevos episodios de afasia tras comienzo de tratamiento con Levetiracetam, ingresa en planta de Neurología, sin alteración del lenguaje ni afectación del nivel de conciencia en ningún momento hasta su alta. Se solicita electroencefalograma de control pendiente de realización. Al alta por parte de Neurología se diagnostica como epilepsia focal no motora (afasia aislada), debut con estatus, y se indica mantener tratamiento con antiepiléptico de forma indefinida.

CONCLUSIONES

La epilepsia focal es aquella que se origina en una región cerebral
concreta y puede manifestarse con o sin convulsiones.
Entre las principales causas en las personas adultas se distinguen: Ictus isquémicos o hemorrágicos, trastornos cerebrales relacionados con la edad, TCE, malformaciones cerebrales, tumores, daño al cerebro debido a la inflamación, Sangrado cerebral, hipoxia perinatal, predisposición genética, daño cerebral congénito.
Para su diagnóstico son necesarias pruebas de neuroimagen y electroencefalograma.
El tratamiento se hará con antiepilépticos y de forma individualizada en cada paciente.

P. #335

A PROPÓSITO DE UNA PTOSIS PALPEBRAL

José Manuel García Álvarez[1][2], Licet Rosado Mena[2], Alfonso García Sánchez[3]

1. Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca, España
2. Centro de Salud de Calasparra, Calasparra, España
3. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedes quirúrgicos de interés con antecedentes médicos de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 20 mg diarios e hipercolesterolemia controlada con atorvastatina 40 mg diarios que consulta en el servicio de urgencias hospitalarias por presentar ptosis palpebral progresiva en el ojo derecho desde hace aproximadamente una semana. No refiere diplopía, ni alteraciones de la agudeza visual ni otros síntomas visuales asociados. Niega consumo de alcohol o tabaco. El paciente refiere inicio gradual de ptosis palpebral en ojo derecho, que se acentúa hacia al final del día y mejora significativa tras los periodos de descanso nocturno. No ha notado debilidad muscular en las extremidades ni dificultad para respirar, para hablar o para deglutir. Niega traumatismos recientes, infecciones o enfermedades sistémicas previas. El paciente manifiesta su preocupación por la progresión de la sintomatología y por la posibilidad de estar desarrollando una enfermedad grave. Se realizó una exploración física exhaustiva por aparatos y sistemas. Durante la exploración física se observó una ptosis palpebral evidente en el ojo derecho, sin alteraciones en el campo visual ni en los movimientos oculares. Los reflejos pupilares eran normales, simétricos y reactivos, la fuerza muscular estaba conservada en las cuatro extremidades y no se encontraron signos de fatigabilidad tras pruebas repetitivas en el resto de la exploración neurológica. No se identificaron adenopatías ni masas palpables a nivel cervical. No presentó ningún otro hallazgo significativo en la exploración física realizada. Se solicitó un análisis de sangre, incluyendo hemograma, perfil metabólico, perfil tiroideo y electrólitos, sin alteraciones significativas. Además, también se realizó una radiografía de tórax y una tomografía axial computarizada craneal sin hallazgos patológicos. Tras el resultado normal de las pruebas complementarias, y como parte del protocolo, se realizó la prueba del hielo, mostrando una mejora evidente de la ptosis tras la aplicación de frío durante unos minutos sobre el párpado afectado, lo cual es altamente sugestivo de miastenia gravis. Entre los diagnósticos diferenciales considerados se incluyen miastenia gravis, ptosis mecánica (secundaria a tumores orbitarios o inflamación), ptosis neurogénica (como en el síndrome de Horner o neuropatía del III par craneal) y miopatías mitocondriales. Sin embargo, la respuesta positiva a la prueba del hielo y la ausencia de otros signos o síntomas adicionales apoyan el diagnóstico presuntivo de miastenia gravis.

CONCLUSIONES

El paciente presenta una ptosis palpebral unilateral con mejoría tras la prueba del hielo, un hallazgo clínico que es altamente indicativo de miastenia gravis. La ausencia de diplopía, debilidad en otras regiones corporales y compromiso sistémico ayuda a enmarcar el cuadro en una forma leve y probablemente localizada de la enfermedad. Se indicó seguimiento por parte de Neurología para confirmar el diagnóstico mediante la determinación de anticuerpos antirreceptores de acetilcolina y pruebas electrofisiológicas, confirmándose finalmente el diagnóstico de miastenia gravis. Además, se solicitó una tomografía axial computarizada de tórax para descartar la presencia de timoma, una lesión que se encuentra frecuentemente asociada a esta patología. En urgencias no se consideró necesaria la administración de tratamiento farmacológico urgente debido a la ausencia de crisis miasténica o síntomas respiratorios en el momento de la evaluación. Se tranquilizó al paciente informándole sobre la naturaleza tratable de la enfermedad y se recomendó evitar el esfuerzo excesivo y mantenerse hidratado hasta llegar al diagnóstico definitivo. Este caso subraya la importancia de la evaluación clínica cuidadosa y exhaustiva, así como el uso de herramientas diagnósticas simples, como lo es la prueba del hielo, útiles en entornos de urgencias para poder identificar patologías neuromusculares como la miastenia gravis.

P. #338

HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE: HALLAZGO INCIDENTAL EN UN CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL

Melchor Fernando Castilla Suyo
Hospital Universitario Hm Puerta Del Sur, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 51 años sin antecedentes patológicos ni hábitos nocivos, quien acude a urgencias por presentar dolor en el flanco derecho de moderada intensidad con irradiación al abdomen anterior desde los 3 días previos sin mejora con analgésicos. Negando fiebre, ni nauseas ni otra sintomatología.
EXAMEN FISICO
PA: 139/80 mmhg, F: 72lpm, T°: 36, 8°c, Sat. O2: 99%
Aparente regular estado general, normocoloreado, eupneico
Aparato cardiorrespiratorio sin alteraciones
Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, no rebote, no viceromegalia, PPL (-)
EXAMENES AUXILIARES
Hemograma: Hb: 14,3g/dl, leucocitos 11040/ul, neutrófilos: 67,3%, Recuento de plaquetas: 260,000/ul, coagulación: T. Protrombina: 11,7seg, AP: 91%, INR: 1,07.
Bioquímica: creatinina: 0,69mg/dl, Urea: 33,7mg/dl, Na: 140mmol/L, Potasio: 4,77mmol/L, GOT: 18U/L, GPT: 24,3 U/L, PCR: 5,23.
ECOGRAFIA ABDOMINAL: Vesícula biliar discretamente dilatada, identificando una litiasis de 2,7cm. La vesícula biliar no muestra engrosamiento patológico de sus paredes. Eco Murphy dudoso. No se observa dilatación de la vía biliar intra o extra hepática.
Se identifica voluminosa tumoración hepática que ocupa gran parte del LD y en el plano axial alcanza 13cm.
RMN HEPATICA: Hígado de tamaño y morfología normal, identificando una lesión dominante con morfología abigarrada parcialmente exofitica en LHI con epicentro en los segmentos V y VI con marcada extensión caudal con unas medidas de 132x101x118mmque es hipertenso en T2, restringe la difusión y presenta un realce progresivo tras administración de CIV con un patrón claramente centrípeto, hallazgos compatible con hemangioma gigante. Se objetivan otras lesiones focales pero de menor tamaño con el mismo comportamiento compatibles con hemangiomas.
EVOLUCION
Se trata de una mujer e 51 años sin antecedentes de interés que ingresa por dolor abdominal compatible con cólico biliar no complicado con imagen de litiasis biliar en infundíbulo vesicular sin repercusión sobre vía biliar y hallazgo coincidente con la localización del dolor en el hipocondrio derecho de hemangioma gigante según ecografía. Se completa estudio con RM hepática por LOES en hígado que se confirman como hemangiomas hepáticos, uno de ellos de >5cm (13cm). Con buena evolución del dolor y con valoración por Medicina Digestiva y Cirugía General, quienes indican seguimiento para ver si persiste crecimiento o complicación.

CONCLUSIONES

Los hemangiomas hepáticos son los tumores benignos más comunes de este órgano, generalmente asintomáticos, con mayor prevalencia en el sexo femenino, tal vez por influencia hormonal en su crecimiento. Son de tamaño variable y se denominan gigantes cuando miden más de 4 cm, y representan solo el 10% de todos los hemangiomas. Su hallazgo es incidental, como el presente caso, pero pueden presentar síntomas por compresión de órganos adyacentes. El diagnóstico se logra por medio de TC o RM contrastadas, donde el patrón de captación del medio de contraste, centrípeto, que lo diferencia de otras lesiones hepáticas focales. Las indicaciones para cirugía reportadas en la literatura incluyen dolor abdominal progresivo, aumento de tamaño (> 2 cm/año) o en caso de duda diagnóstica para descartar malignidad. Presentamos el caso porque durante la valoración del dolor abdominal en urgencias se realizó ecografía a pie de cama que identifico la masa en la localización del dolor ofreciendo duda diagnostica y posibilidad de cirugía que no trascendió.

P. #339

MASA BULKY ABDOMINAL: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DEL LINFOMA B DIFUSO DE ALTO GRADO

Melchor Fernando Castilla Suyo
Hospital Universitario Hm Puerta Del Sur, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 45años con antecedente de espondilitis anquilosante, quien acudió a urgencias por presentar dolor abdominal en mesogastrio que empeora con la ingesta de alimentos y se acompaña de meteorismo desde 3 semanas previas. Además desde los últimos días se palpa masa en epigastrio. Negando fiebre, ni diarreas ni vómitos ni otra sintomatología.
EXAMEN FISICO
PA: 161/93mmhg, F: 121lpm, T°: 36,2°c, Sat O2: 98%
Aparente Buen estado general, normocoloreado, eupneico.
Cabeza: escleras blancas, conjuntivas rosadas.
AC: Blando, depresible, se palpa masa dura levemente dolorosa de 10cm en mesogatrio. No rebote. PPL (-), No viceromegalia. RHA normales
EEII: no edemas, no signos de TVP.
EXAMENES AUXILIARES
Hemograma: Hb: 14,7g/dl, leucocitos 7.670/ul, 67% Neutrófilos, Recuento de plaquetas: 333.000/ul, Coagulación: INR: 1,08,
Bioquímica: Glucosa: 92,5mgr/dl, creatinina: 0,95mgr/dl, Urea: 28,6mgr/dl, sodio: 137,3mmol/L, Potasio: 4,34mmol/L, GOT: 37,5U/L, GPT: 25,4U/L, CK: 101,6 U/L, PCR: 27,69mg/L.
Orina: normal
TAC ABDOMINAL:
Grandes conglomerados adenopaticos en varias cadenas del abdomen y pelvis. Conjunto de Hallazgos sugestivos de proceso linfoproliferativo como primera opción diagnostica con afectación intra y supra diafragmática, también inguinal bilateral. Se observa afectación de origen probablemente linfático del mesenterio por ingurgitación /ectasia linfática.
PET RMN
Afectación supra e infra diafragmática extensa y Bulky abdominal de 10,3x15, 4cm retroperitoneal. En tejido celular subcutáneo posterior e infra espinoso izquierdo lesiones solidas de 1,7x1, 3cm. Lesiones Oseas en cabeza humeral derecha de 2,2x2, 6cm, clavícula izquierda, trocánter mayor femoral derecho, hueso iliaco izquierdo, S1, L1, L3.
EVOLUCION
Paciente que ingresa por masa dolorosa abdominal (Masa Bulky abdominal) de 10x15cm en relación con adenopatías con sospecha de proceso linfoproliferativo. Luego se realizó i/C a Hematología quien realiza BAG de adenopatías inguinales que confirma Linfoma B de alto grado, subtipo centro germinal concordante con Linfoma difuso de células grandes estadio IV (ósea, subcutánea). Se inicia heparina profiláctica y metilprednisolona, cediendo el dolor y disminuyendo en forma significativas las adenopatías. Luego se inicia 1° Sesión de quimioterapia con DA-EPOCH-R (etopósido, doxorrubicina y ciclofosfamida con vincristina, prednisona y rituximab) sin incidencias. Y prosigue su seguimiento y tratamiento por Hematología.

CONCLUSIONES

El linfoma B de células grandes (LBDCG) es uno de los tipos de linfomas más frecuentes y agresivos en el adulto, constituyen un 30-40% de los casos de Linfoma no-Hodgkin (LNH). Característicamente es de crecimiento rápido por lo que pueden aumentar de volumen en días o semanas que en el caso de tumores ganglionares retroperitoneales pueden no ser percibidos con facilidad. Presentamos el presente caso por su importancia en su diagnóstico temprano mediante el examen físico y la utilización de la ecografía a pie de cama en un servicio de urgencias.

P. #340

PUPILA DE ADIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Melchor Fernando Castilla Suyo
Hospital Universitario Hm Puerta Del Sur, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 65años sin antecedentes patológicos de importancia, Niega Diabetes. Quien acude al servicio de urgencias por presentar dificultad de enfocar las imágenes viendo televisión y además observa al mirarse en el espejo midriasis en el ojo izquierdo desde 3 días previos. Menciona episodio similar hace 10años que remitió espontáneamente. Niega traumatismos faciales ni orbitales recientes, ni lesiones compatibles con Herpes Zoster, Niega Nauseas, ni cefalea, ni otras sintomatologías.
EXAMEN FISICO
PA: 141/84, F: 77lpm, T°: 36,4°c, Sat O2:98%
Aparente regular estado general, normocoloreada, eupneica
Cabeza: escleras blancas, conjuntivas rosadas, ojo izquierdo con midriasis y con reflejo fotomotor reducido, MOE normal, FO: pupilas glaucomatosas. No otras lesiones faciales ni orbitales.
Neurológico: Alerta, orientada, Glasgow: 15/15, No asimetría facial, No déficit motor ni sensitivo, Marcha normal, No adiadococinesia, no dismetría, Romberg (-), No signos meníngeos.
EXAMENES AUXILIARES
TAC craneal sin CIV: No hay imágenes radiológicas de patología vascular hemorrágica ni de tipo isquémico agudo. Signos de involución cerebral generalizada. Dilatación de los espacios subaracnoideos corticales, ventrículos laterales y III ventrículos con cisternas pertroncales, pontocerebelosos, supraselar, silvianas y de Rolando ensanchadas. Fosa posterior de morfología y valores densitometricos conservados.
ANGIO TAC: dentro de los límites de la normalidad.
RMN Cráneo: componente de hipertensión intracraneal idiopática
EVOLUCION
La paciente con anisocoria con pupila OI midriática y con escasa respuesta a la luz con Sd. de Adie diagnosticado previamente, con glaucoma crónico de Angulo abierto que no justifica pupila hiporreactiva y sin clínica de Hipertensión intracraneana, fue dado de alta de urgencias para seguir su estudio y seguimiento ambulatorio por Oftalmología y Neurología.

CONCLUSIONES

La pupila de Adie es una afección neurooftalmológica, que se produce por denervación parasimpática postganglionar del esfínter pupilar y el músculo ciliar (defecto pupilar eferente).
Presentamos un caso típico, cuya importancia radica en su diagnóstico diferencial con otras patologías potencialmente graves cuando acude a un servicio de urgencias. No siendo de aparición súbita ni acompañándose de dolor intenso ocular o cefalea ni pérdida de la visión de un ojo, por lo que se descarta causalidad por Glaucoma. No se conoce cómo evoluciona la enfermedad con certeza. La pupila dilatada puede volver a su estado normal con el tiempo (o repentinamente) o la pupila normal puede llegar a dilatarse para compensar la visión. No existen tratamientos conocidos y lo único capaz de combatir la anisocoria por Adie es la aplicación de pilocarpina diluida en el ojo, sustancia no recomendada como uso habitual por sus factores adversos.

P. #343

HIPONATREMIA GRAVE HIPOOSMOLAR

Abel Carpintero Cateriano, Alejandro Gisbert Segura, Blanca Serrat Segurana, Cheyén Puente Gómez, Belén Quesada Morón, Ivan Díaz Rodríguez
Hospital Comarcal de Alcañiz, Alcañiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 51 años sin antecedentes médicos de interés conocidos. Alergia a sulfamidas. Comienza con síntomas de somnolencia y letargia 48h previas al ingreso con una posible primera convulsión mientras dormía. Segunda crisis comicial, valorada en su domicilio por equipo de atención primaria, que refiere crisis comicial con cáida por escaleras, relajación de esfínteres, le administran diazepam 5mg iv y Haloperidol 5mg. Es trasladada en ambulancia a nuestro centro. En urgencias está somnolienta, sin compromiso de vía aérea. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Pulmonar normoventilación en ambos campos. Abdomen anodino a la inspección y palpación. Llenado capilar periferico 2s, pulsos pedios palpables. Neurologicamente: Glasgow 9(O2 V3 M4) sin una clínica de focalidad aparente. Impresiona de estado poscrítico. Se realiza sondaje vesical obteniendo 1500cc orina de aspecto claro. Un ECG es normal en ritmo sinusal con FC 83 sin bloqueos de conducción o alteraciones de repolarización. Interrogando a familiares, relatan cuadro de 2 semanas, dolor intenso en extremidad superior izda tratada con aines+codeina sin mejoría, cuadro de ansiedad y conducta "potománica" bebiendo mucha agua constantemente y con pobres ingestas alimentarias durante ese tiempo.
Analíticamente: Glucosa 168, urea 6, creatinina 0.33, SODIO 96, Potasio 2.6, Cloro 60, eGFR >90
Gases venosos: ph 7.478, PCO2 36.8, Bicarbonato 27.3, E.base 3.7 Calcio ionico 4.8
Hemograma: Hb 12.3, leucocitos 14.15 con formula conservada, plaquetas 222000
Orina con PH 6.5 Leucocitos y nitrtitos negativos. Cetonuria 125. Iones en orina. sodio 38.7 Potasio 25.7 Cloro 31.5
Osm plasmática 188. Toxicos en orina: morfina y opiaceos +
Se realizo TAC craneal simple: sin alteraciones.
En urgencias se le administra carga de Levetiracetam 3g iv Ondansetron 8mg iv (náuseas y episodio de vómito durante traslado en ambulancia) e iniciamos solución salina hipertónica en perfusión (60ml ClNa 20% + 20mEq KCL en 400ml de SF 0.9%)
Ante cuadro de hiponatremia grave acompañada de crisis comiciales. Se comenta caso con la UCI de hospital de referencia, realizando traslado en UVI-MOVIL.

CONCLUSIONES

La hiponatremia es una concentración plasmática de sodio <135mEq/L. la cual podemos clasificar en grado Leve (sodio 125-135) Moderado (115-125) y Grave (sodio <115). Los síntomas acompañantes pueden ser cefalea, letargia confusión, anorexia, náusea, vómito, convulsiones entre otros. Generalmente estos síntomas aparecen cuando los niveles de sodio están por debajo de 120mEq/L. La evolución puede ser aguda/subaguda o crónica. La hiponatremia verdadera se acompaña de un

descenso en Osm plasmática. En estos casos la concentración de sodio en orina nos puede orientar hacia las causas. Un sodio en orina >20meq/L se puede deber a causas renales (diuréticos tiazidicos, nefropatia pierde sal, etc) valores de sodio urinario <20 se deben a causas como vómitos, diarrea, quemaduras graves, presencia de un tercer espacio.
Para el tratamiento: En cuadros leves o moderados se pueden usar preparados orales de suero oral u otros preparados isotónicos.
Hiponatremia moderada - grave, el paciente debe ingresar, la reposición debe ser gradual entre 1,5 a 2meq/L hora las primeras 3-4 horas y un target inicial de natremia en 120. Debemos calclular el sodio sérico deseado (ej. formula Adrogue-madias). El paciente debe estar monitorizado estrechamente (monitor cardiaco, tensiones, diuresis horaria y niveles de sodio sérico).
Durante el tratamiento de urgencia y posteriormente Debemos tener en mente diagnósticos diferenciales como SIADH, Hipotiroidismo, Seudohiponatremia (osmolaridades plasmáticas normales)
procesos de hiponatremia dilucional (ej. hiperglucemia >400, farmacos como sorbitol, manitol o contrastes radiológicos).

P. #359

EN ANEMIA Y FALLO RENAL, NO OLVIDARSE DEL MIELOMA ES VITAL

José Canela Gomà, María Rosa Escoda .
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años que acude a urgencias tras consultar en atención primaria por cuadro de astenia y dolor lumbar de 3 meses de evolución, además de polidipsia y poliuria en las últimas dos semanas. Se trata de una mujer con antecedentes de neoplasia de mama izquierda en 2012, intervenida y actualmente en tratamiento con tamoxifeno, y trastorno bipolar tipo II, en tratamiento con litio y múltiples fármacos (quetiapina, aripiprazol, venlafaxina, clonazepam y lamotrigina). Se ha realizado estudio analítico que muestra anemia, con hemoglobina de 8 g/dL, e insuficiencia renal, habiendo pasado de un filtrado estimado de 60 mL/min a 19 en el último mes, por lo que se deriva a urgencias. En urgencias la paciente presenta regular estado general pese estar hemodinámicamente estable. Niega exteriorizaciones de sangrado y el tacto rectal es negativo para melenas, aunque presenta palidez de piel y mucosas. El resto de la exploración física es anodina. El estudio analítico confirma anemia macrocítica (hemoglobina 9.5 g/dL y VCM 103.4 fL) y creatinina en sangre de 2.0 mg/dL. Con estos resultados se amplía estudio con proteínas en sangre y en orina que resultan ambos elevados: 103 g/L y 643 mg/L respectivamente. El ionograma y la litemia se encuentran en rango, incluida la calcemia. Se realiza serie ósea en la que no se aprecian hallazgos patológicos. Se administran 2 concentrados de hematíes con buen rendimiento y se inicia sueroterapia para recuperación de función renal.
Con estos resultados se decide ingreso a cargo de medicina interna por sospecha de mieloma múltiple. Se realiza estudio con proteinograma que muestra banda anómala en fracción de beta-globulinas tanto en sangre como en orina, siendo todo esto compatible con un mieloma múltiple IgG-kappa. Tras normalizar su función renal, la paciente es dada de alta a domicilio con seguimiento por equipo de hematología para completar estudio (estudio de médula ósea y PET-TC) e iniciar tratamiento específico.

CONCLUSIONES

Este caso muestra el debut de un mieloma múltiple en una paciente relativamente joven, donde la combinación del fallo renal y anemia agudas, junto con el dolor mecánico lumbar han sido cruciales para el diagnóstico. Estos tres, junto con una calcemia elevada constituyen la clínica más característica del mieloma y pueden resumirse en el acrónimo CRAB en inglés: (hyper)calcemia, renal dysfunction, anemia, bone pain. Este acrónimo nos ayuda a sospechar esta patología ya desde cualquier ámbito, sea urgencias o cualquier otro espacio, incluida la atención ambulatoria.
Sospechar mieloma y solicitar pruebas que están al alcance de la mayoría de los servicios de urgencias como la cuantificación de proteínas en sangre y orina, un ionograma con calcemia o una serie ósea en la que encontrar posibles fracturas pueden orientarnos hacia este diagnóstico y agilizar su confirmación y el

inicio de tratamiento específico por parte del equipo especialista correspondiente.
Tampoco debemos olvidar que la anamnesis es crucial en estos casos. La astenia, la poliuria con polidipsia y el dolor lumbar han sido los que han motivado el estudio inicial en atención primaria, pero es conveniente preguntar también por clínica de síndrome constitucional, síntomas neurológicos e infecciones, las cuales también se asocian al mieloma por la inmunodepresión secundaria. Cabe destacar el dolor mecánico vertebral o costal y el síndrome anémico, siendo estos 2 los dos síntomas más prevalentes, presentados en un 76% y un 21% de los pacientes respectivamente.
Finalmente, aunque el tratamiento específico probablemente no se inicie en urgencias, sí que es conveniente tratar las complicaciones asociadas. Transfusiones para la anemia, hidratación para el fallo renal agudo o resolver la hipercalcemia, e incluso tratar infecciones o estabilizar fracturas vertebrales son actitudes a nuestro alcance aplicables ya desde un inicio.

P. #370

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROFTALMOLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DE LA NEURITIS ÓPTICA

José Manuel Sánchez Calderón
H.U Getafe, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes: Sin antecedentes de Interés. Sin tratamiento habitual.
Motivo de Consulta: Cefalea y visión borrosa.
Destino: Urgencias Generales
Anamnesis: Paciente de 30 años, masculino, acude a urgencias por vista borrosa de 3 días de evolución asociado a cefalea retroocular que empeora a los movimientos oculares. Primer episodio. Niega fiebre o sensación distérmica. No se acompaña de otra sintomatología neurológica ni de otros aparatos y sistemas.
Constantes: TA: 100/86 mmHg, FC: 76 lpm, SaO2: 99%
Exploración Física: Buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado, normoperfundido, normohidratado. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin roncus ni sibilancias. Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos audibles. Extremidades: No edemas, no signos de TVP. Neurológica: Alerta con Glasgow 15/15, Funciones Superiores sin alteraciones con lenguaje preservado. Pupilas normocromicas normoreactivas a la luz. Movimientos oculares sin alteraciones. Sin nistagmo. Pares craneales presentes y simétricos, sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservada de las 4 extremidades. Reflejos presentes y simétricos. No alteraciones en la marcha ni equilibrio.
Se administra analgesia oral paciente con lo que refiere mejoría parcial de la cefalea. Ante exploración sin alteraciones y tras mejoría con analgesia de primer escalón se da de alta el paciente de Urgencias Generales con destino Urgencias de Oftalmología para valoración de sintomatología oftalmológica.
Exploración oftalmológica:
- Campo Visual por confrontación: reducción campo visual periférico
- Test de discromatopsia negativo
- Agudeza visual: Ojo Derecho: 0,6 cae nm (previo 1), Ojo Izquierdo: 0,8+1 cae nm (previo 1)
- Movimientos Oculares: Ducciones y versiones conservadas.No restricciones ni limitaciones. Dolor a la dextro y supraversión. No diplopía en ninguna posición de la mirada. Buena convergencia. No nistagmo.
- Examen Biomicroscópico: Blefaritis, no hiperemia conjuntival, córnea transparente, fluornegativa, Buena camara anterior, no células, cristalino transparente.
- Fondo de Ojo: Ojo Derecho: Papila redonda bien delimitada e/p 0,1 buen color y buen ANR, mácula estructurada, parénquima y vasos sin alteraciones, vítreo claro. No agujeros ni desgarros. Retina aplicada. Ojo Izquierdo: Papila redonda bien delimitada e/p 0,1 , buen color y buen ANR, mácula estructurada, parénquima y vasos sin alteraciones, vítreo claro. No agujeros ni desgarros. Retina aplicada.

Ante exploración visual alterada sin alteración ocular intrínseca (retrobulbar), el paciente es de nuevo remitido a Urgencias

Generales para valoración neurológica por posible alteración de la vía óptica.
Se realizan pruebas complementarias.
Pruebas Complementarias:
- TC Craneal con contraste: Sin hallazgos patológicos.
- Analítica sanguínea: Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones.

Ante sospecha de afectación de la vía óptica retrobulbar se procede a ingreso hospitalario, se administra bolo de metilpredinosolona 250mg e.v y solicitud de valoración por Neurología.
Durante el ingreso el paciente es diagnosticado de neuritis óptica bilateral retrobulbar de gran extensión con sospecha de primer brote de enfermedad del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD).

CONCLUSIONES

Ante un paciente con quejas visuales, una exploración oftalmológica del campo y agudeza visual debe ser realizada siempre en los servicios de urgencias generales independientemente de la posterior valoración por oftalmología.
Las neuritis ópticas retrobulbares cursan sin papilitis por lo que un fondo de ojo normal no es criterio excluyente y una pérdida del campo y/o agudeza visual de uno o ambos ojos debe hacernos pensar en esta entidad dentro del diagnóstico diferencial.
El diagnóstico de esta entidad es de extrema importancia pues puede ser el primer síntoma dentro de espectro enfermedades desmielinizantes centrales (Esclerosis Múltiple, NMOSD, MOGAD...).

P. #380

LO QUE SE PUEDE OCULTAR TRAS UN HIPOGLUCEMIA: LIPOSARCOMA

Cristina Ballesteros Molina, Elena Torres Sánchez, Almudena Román Serrano, Inés María Fernández Guerrero, Ana De Jesús Valverde Prados

Hospital Virgen de los Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 27 años, sin alergias a medicamentos conocidos, sin antecedentes personales de interés. Como antecedentes familiares, madre y abuela con neoplasia de mama.
La paciente es traída al servicio de urgencias por los servicios de emergencias tras presentar cuadro sincopal mientras estaba desayunando con una amiga en una cafetería.
Cuando la paciente fue asistida por los servicios de emergencias, se detecta hipoglucemia de 34 mg /dl, iniciándose perfusión de suero glucosado al 5% con recuperación del estado de consciencia.
Posteriormente la paciente fue trasladada a nuestro servicio de urgencias.
Cuando se realiza la anamnesis con ella, ésta nos refiere que lleva un tiempo presentando mareos inespecíficos a lo largo de día, que se resuelven tras tomar algún alimento, pero no le había dado mucha importancia porque en algunas ocasiones llevaba tiempo sin comer, pero hoy nos refiere, que había desayunado media hora antes. Niega otra sintomatología asociada.
La paciente solo refiere que en los últimos meses ha notado sensación de plenitud postpandrial, pero sin vómitos ni náuseas. No fiebre.
En la exploración actual, la paciente presenta buen estado general, eupneica, bien perfundida e hidratada.
Estable hemodinámicamente, con TA: 125/62, FC: 67 lpm, satO2 99 % basal. Afebril, Glucemia capilar en este momento: 95 mg / dl manteniendo la perfusión de suero glucosado 5% que se le había iniciado previamente.
En la exploración neurológica, no presenta ningún tipo de focalidad. En la auscultación cardiorrespiratoria no presenta alteraciones.
El abdomen se muestra blando, depresible, pero en la palpación profunda se puede palpar en la zona periumbilical e hipogastrio una masa de unos 5 cm, algo dolorosa a la palpación, pero sin presentar defensa ni peritonismo, Ruidos presentes, sin timpanismo. Resto de exploración sin alteraciones.
En las pruebas complementarias , presenta función renal y perfil hepático normal. LDH 450 U/L, PCR: 300 mg/dl, PCT 0,02 ng/mL. Resto sin alteraciones.
Se decide solicitar una ecografía de abdomen para filiar la masa abdominal que se palpa, que se completa con una TAC abdominal, donde se describe una masa de 6 x 5 cm, con una densidad similar a la grasa y áreas de mayor densidad, que podrían estar en relación con áreas de necrosis dentro del tumor, provocando un ligero desplazamiento de asas intestinales, lo cual podría corresponder con un liposarcoma, aunque se aconseja completar estudio con una resonancia magnética que pueda proporcionar más detalles sobre la extensión del tumor y su composición y una biopsia para confirmar el diagnóstico .

Dada la persistencia de las hipoglucemias cuando se retiraba el aporte de glucosa con suero glucosado, se decide el ingreso de la paciente a cargo de Medicina Interna para completar el estudio.
Durante el ingreso, se realiza una resonancia y biopsia, que confirma un Liposarcoma bien diferenciado (de bajo grado).
En la analíticas extraídas durante el ingreso, se evidencia niveles aumentados de IG-II (factor de crecimiento similar a las Insulina II), un péptido con propiedades inmunológicas causante de hipoglucemias, lo cual parece estar en relación con el tumor, el cual está produciendo estos pépticos causando las hipoglucemias de la paciente.
A la paciente se le realizó resección quirúrgica del tumor, y posteriormente se inició radioterapia como tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES

El liposarcoma abdominal es un tipo de sarcoma maligno que se origina en los adipocitos del tejido blando del abdomen. Es uno de los subtipos más comunes de sarcoma de tejidos blandos.
El mecanismo de la asociación de hipoglucemia a estas neoplasias no endocrinas no está definido claramente, pero en algunos tumores se ha encontrado sobreexpresión en el tejido tumoral y secreción de péptidos con propiedades inmunológicas, como IG-II, potencialmente responsable de hipoglucemias.

P. #385

DOCTOR ME DUELE LA CABEZA Y ME GOLPEO CON TODO

Jonathan Fernando García Galarza, Kilian Griñan Ferre
Hospital Universitario de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés. Consulta por cefalea retro ocular con empeoramiento progresivo de una semana de evolución. Presenta náuseas y explica marcha inestable. No fiebre, pérdida de visión, ni hipoacusia, ni explica pérdida de fuerza en extremidades.
Al examen físico: hemodinámicamente estable, eupnéica y afebril. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Pares craneales sin afectaciones. No signos meníngeos. Presenta hemianopsia homónima izquierda. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha conservada. Resto sin hallazgos a destacar.
Se realizó una tomografía craneal por sospecha de lesión a nivel central encontrando: Tumoración intraaxial parietooccipital derecha con captación periférica del contraste en forma de anillo y edema vasogénico perilesional.
Dado el amplio abanico de patologías en el diferencial y la falta de soporte clínico y de antecedentes que delimite el mismo, se decide complementar el estudio con resonancia magnética. En la misma, se observa masa intraaxial con restricción de difusión del contenido de la lesión e hipointensidad periférica en secuencias de gradiente y T2 con el signo de “double rim”, hallazgos sugestivos de absceso cerebral.
Posteriormente, la paciente desarrolla disartria con debilidad de hemicuerpo derecho. Se realiza drenaje de absceso mediante neurocirugía y lavado profuso con administración de antibiótico en varias ocasiones. Se realiza cobertura antibiótica endovenosa y se mantiene hospitalizada a la paciente. Se obtiene cultivo positivo para Haemophilus aphrophilus y se encuentra posible origen a nivel odontológico. No contamos con historia odontológica previa. Continúa por varias semanas con antibiótico evolucionando favorablemente a nivel funcional y sintomática, aunque sin mejoría de la hemianopsia.

CONCLUSIONES

Ante el abordaje de todo paciente con cefalea es importante reconocer los signos de alarma:
• Dolor de cabeza intenso, repentino y sin explicación.
• Que aparezca durante el sueño y levante al paciente.
• No remita con analgesia.
• Se asocie a otros hallazgos neurológicos
En nuestro caso se evidencia una paciente con cefalea y llama la atención su carácter progresivo sin responder a analgésicos y asociando clínica neurológica (hemianopsia homónima izquierda). En estos casos además de realizar el abordaje integral similar ante todo paciente, está indicado realizar una prueba de imagen. Al obtener los resultados de la tomografía simple y contrastada se encontró una tumoración intraaxial única con captación periférica del contraste en forma de anillo y edema vasogénico. Nos planteamos diversas causas, entre lesiones de origen neoproliferativas, vasculares o infecciosas. El estudio de

la lesión con resonancia magnética en sus diversas fases nos permitió diferenciar entre las posibilidades diagnósticas y llegar al diagnóstico de un absceso cerebral. Mostrando la ventaja de la resonancia frente a la tomografía para poder identificar masas intracraneales en especial en casos con espectro tan variado como el absceso cerebral.

Los abscesos cerebrales son infecciones poco frecuentes, graves y potencialmente mortales. Pueden originarse por infección de estructuras contiguas, diseminación hematógena o después de un traumatismo. En el 15% de los casos no se identifica el origen. El curso clínico varía de indolente a fulminante. Los síntomas son el resultado del tamaño y la ubicación de la lesión. La tríada de fiebre, cefalea y déficit neurológico focal ocurre en menos de la mitad de los pacientes. En cuanto a su tratamiento, es esencial el tratamiento antimicrobiano, acompañado de medidas para controlar el aumento de la presión intracraneal y soporte. Una vez formado el absceso la escisión quirúrgica o el drenaje combinado con antibióticos sigue siendo el tratamiento de elección.

Este caso clínico recalca la importancia de detectar signos de alarma al enfrentarnos a una cefalea con especial atención en la anamnesis y exploración física. Además de mantener abiertas las posibilidades diagnósticas acorde a los hallazgos y evolución del paciente para poder llegar al diagnóstico adecuado.

P. #387

LA PARÁLISIS QUE MOVILIZÓ LA INTERVENCIÓN

José Luis Montesinos Díaz[1], Ana Ventura Correas[2], Fernando Pérez Muñoz[1], Pablo Tejada Grima[1], Leticia Luengo Alfonso[1], Fernando Lombardía Recio[1]

1. SAMUR PC, Madrid, España
2. SERMAS, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 52 años con antecedente de trasplante renal hace cinco años debido a una nefropatía diabética avanzada y en actual tratamiento inmunosupresor con aparente buena adherencia al mismo. Sin antecedentes epilépticos previos.

El paciente sufre un episodio de pérdida de consciencia con movimientos clónicos sutiles de predominio en las extremidades superiores, por lo que los testigos solicitan la presencia de los servicios de emergencias.

A nuestra llegada el paciente se encuentra somnoliento con una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 12 (Ocular 3, Verbal 4, Motor 5); además de presentar taquipnea leve y sudoración profusa. Sus constantes vitales confirman la inestabilidad hemodinámica: presión arterial (TA) de 90/60 milímetros de mercurio (mmHg), frecuencia cardíaca (FC) de 110 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno (SpO2) del 96% con oxígeno suplementario a una fracción inspirada de oxígeno (FiO2) del 24% y temperatura axilar de 38.2°C.

Se canaliza una vía venosa periférica, a la vez obteniéndose muestra para gasometría venosa. Administramos fluidoterapia con 500 milímetros (ml) de suero salino fisiológico a fin de revertir la inestabilidad hemodinámica. Junto con esto iniciamos tratamiento antipirético con paracetamol 1 gramo (g) intravenoso (IV).

En la anamnesis del paciente, interferida por el GSC actual, no se identifica focalidad infecciosa aparente. Así como una exploración general y neurológica sin datos significativos salvo una parálisis flácida del miembro superior derecho con leve hiperreflexia.

La gasometría venosa revela la presencia de acidosis metabólica compensada con hiperlactacidemia de hasta 5.4 miliequivalentes por litro (mEq/L) y un exceso de bases (EB) de -1.8; en este caso cobra importancia comprobar los niveles de glucemia, que correspondían a 230 milígramos/decilitro (mg/dL). Corrigiéndose este último parámetro con 4 unidades internacionales (UI) de insulina rápida.

Ante la sospecha de ictus, se activa el preaviso hospitalario correspondiente al centro útil; iniciándose el traslado a la mayor brevedad. Durante el transporte se alcanza la estabilidad hemodinámica: TA de 105/72 mmHg y FC de 98 lpm; persistiendo la fiebre, 38°C, y la necesidad de oxígeno suplementario (FiO2 24%).

La activación inicial del código ICTUS responde a la patología "más" tiempo dependiente momentáneamente. Pero dentro del diagnóstico diferencial, cobra mayor importancia la sospecha de una posible infección del sistema nervioso central como causa fundamental, también tiempo dependiente. La ausencia de meningismo podría concretar una sospecha de encefalitis; y,

consecuencia de esta concuerda haber sucedido el episodio convulsivo y la posterior focalidad neurológica encuadrada como parálisis de Todd.
En urgencias, se mantiene la estabilidad hemodinámica y se resuelve la parálisis de la extremidad espontáneamente. Dentro de las pruebas complementarias realizadas destacan:
- Tomografía axial computerizada (TAC) craneal sin alteraciones isquémicas o hemorrágicas.
- Punción lumbar con pleocitosis linfocitaria, hiperproteinorraquia y PCR positiva para el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1).

Confirmándose así el diagnóstico de encefalitis herpética e iniciándose el tratamiento pertinente con aciclovir.

CONCLUSIONES

La encefalitis herpética puede presentarse con síntomas inespecíficos, y en pacientes inmunosuprimidos sus manifestaciones iniciales pueden ser atípicas. En este caso, la crisis convulsiva y la parálisis de Todd simularon un ictus.
El manejo prehospitalario fue crucial para evitar complicaciones y minimizar las secuelas al alta definitiva del paciente. Las medidas de soporte inicial para mantener al encéfalo normo-oxigenado, normo-perfundido, normo-glúcemico y normo-térmico se antojaron fundamentales en la buena evolución posterior. Así como también lo fueron la identificación de la focalidad neurológica, la posterior activación del preaviso hospitalario y el consecuente traslado precoz al nivel asistencial adecuado y centro útil. Reafirmando el principio de la continuidad asistencial como uno de los pilares fundamentales de los servicios de emergencia extrahospitalarios en el tratamiento de la patología tiempo dependiente.

P. #410

LITIASIS GESTACIONAL

Juan Martín Pilares Barco, Ricardo Deza Palacios, Pablo Rodríguez Fuertes, Belén Tortajada Hernández
Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 29 años, de nacionalidad paraguaya, con antecedentes patológicos de litiasis biliares diagnosticada hace 6 años. Tiene 2 gestaciones nacidos vivos.
Acude a Urgencias, refiriendo dos días de dolor abdominal, en hemiabdomen superior a predominio de hipocondrio derecho, tipo cólico, intermitente, que se incrementa con las comidas. Asociado a vómitos de contenido y posteriormente bilioso. No fiebre, no diarreas. Paciente refiere que el cuadro actual, le recuerda episodios previos de Cólicos biliares.
Al examen presenta Tensión Arterial : 150/80 Frecuencia Cardíaca: 100 Temperatura: 36°C.
A la exploración abdominal presenta dolor difuso a predominio de hemiabdomen superior, con Murphy negativo, ni signos de irritación peritoneal.
En analítica de control Leucocitos: 12,400, con neutrofilia 90%, PCR: 82, perfil hepático sin alteraciones, con amilasa de 140 y lipasa normal.
Se decide dejar en observación, con manejo sintomático.
A la mañana siguiente persistía con el dolor descrito, se repite la analítica, que sigue presentando el perfil hepático normal, con normalización incluso de amilasa.
Se reinterroga a la paciente, se le pregunta por la fecha de la última menstruación, refiriendo que fue normal hasta hace 3 meses, pero que actualmente presenta metrorragia escasa intermitente.
Se solicita ecografía abdominal, por sospecha de Cólico Biliar complicado. En la ecografía se evidencia Gestación de 28 semanas. La paciente es derivada a Ginecología, quienes dan de alta.
Aproximadamente 6 horas después, vuelve a Urgencias por persistencia de vómitos y dolor abdominal. Se realiza nueva Ecografía Abdominal, donde se evidencia leve dilatación del colédoco, en probable relación a migración de cálculo vesicular, sin colecistitis.
Se realiza nueva analítica de control sin alteraciones, dada estabilidad se decide alta.

CONCLUSIONES

- Existe una asociación grande entre embarazo y formación de litiasis biliar en relación a cambios hormonales. Se piensa que el estrógeno aumenta la litogenicidad de la bilis aumentando su saturación de colesterol.
- El tratamiento es inicialmente médico, si no se asocia a pancreatitis o colangitis.
- La colecistectomía se realizará en caso de fracaso del tratamiento médico o sospecha de complicaciones.
- Si la cirugía no es urgente, se prefiere realizar en el segundo trimestre del embarazo.

P. #418

HEMATOMA SUBDURAL SUBAUDO SIMULANDO ICTUS ISQUEMICO EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO Y LA HISTORIA CLÍNICA EXHAUSTIVA

Yandy Mariño Navarrete[1], Janyn Perdomo Bacallao[2], María Albero Albero[1], Soledad Bernabeu Mira[1], Douglas Augusto Morales Belloso[3]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. Centro de Salud Ibi, Ibi, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, hiperuricemia y diabetes mellitus, fumadora y bebedora ocasional. En tratamiento con enalapril + hidroclorotiazida, alopurinol y empagliflozina. La paciente acude a urgencias por disfasia/disartria y malestar indefinido, los familiares refieren disartria leve la noche anterior. Durante la entrevista se recoge el antecedente de dos caídas recientes, una de ellas con traumatismo craneoencefálico el día anterior. A su llegada a urgencias, presenta solo disartria. En la exploración física se observan los siguientes signos: tensión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 89 latidos por minuto, saturación de oxígeno 92% y obesidad troncular. Neurológicamente, se encuentra consciente, coherente, llorosa y deprimida, con leve disartria y ligera asimetría facial derecha. La tomografía computarizada de cráneo muestra hematoma subdural agudo laminar en la convexidad izquierda, sin efecto masa, y ausencia de llenado en segmentos de la arteria cerebral posterior izquierda. La paciente es ingresada para estudio y vigilancia, comenzando tratamiento con atorvastatina y levetiracetam. La resonancia magnética cerebral confirma el hematoma subdural frontoparietal izquierdo subagudo con leve efecto masa, sin lesiones isquémicas recientes. Ante los hallazgos de la resonancia magnética, se concluye que lo más probable es que la sintomatología se deba a una crisis sintomática relacionada con el hematoma subdural. Se programa una resonancia magnética de control en 3 meses y se remite a domicilio para continuar la convalecencia con tratamiento anticonvulsivo, pendiente de duración. Se recomienda reposo activo en casa, con especial precaución para evitar nuevas caídas.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de un análisis clínico integral en el servicio de urgencias, donde no siempre es posible llegar a un diagnóstico definitivo de manera inmediata. La disartria y los antecedentes de caídas en esta paciente requerían una valoración exhaustiva. En urgencias, la rapidez en la toma de decisiones es esencial, y aunque en ocasiones no se pueda establecer un diagnóstico completo en el primer momento, es fundamental orientar las intervenciones hacia las posibilidades más coherentes basadas en la historia clínica y la exploración. El interrogatorio detallado permitió identificar el traumatismo craneoencefálico previo, que fue crucial para orientar el diagnóstico hacia un hematoma subdural como causa de todo el proceso, lo que reafirma la necesidad de indagar a fondo incluso cuando la información no se presenta de forma clara desde el principio.

El manejo clínico, enfocado en estabilizar a la paciente y controlar posibles complicaciones, subraya la importancia de la observación continua, la prevención de efectos neurológicos adicionales y el tratamiento adecuado en función de los hallazgos disponibles. Este caso demuestra que, en urgencias, es imprescindible mantener una actitud flexible, fundamentada en un enfoque multidisciplinario, para asegurar que las decisiones sean las más coherentes y apropiadas para el paciente en cada momento, incluso si no se cuenta con todos los datos en un inicio.

P. #419

CRISIS EPILÉPTICA SECUNDARIA A HIPOMAGNESEMIA GRAVE POR DIARREA CRÓNICA FARMACOLÓGICA

Antonio Bullejos Caballero, Irene Ramos Martín, Mercedes Ruiz Valero, Inés Álvarez Granda, Carlota Higueras Sánchez, Enrique Vigil Velis

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, exfumador y exbebedor desde hace 1 año, cardiopatía isquémica con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) residual conservada. Acude a Urgencias por presentar cuadro de diarrea desde hace 15 días. En el día de su visita a Urgencias asocia náuseas y vómitos. No refiere fiebre ni ninguna otra sintomatología.

A la exploración física se objetiva palidez con regular estado general y sequedad mucocutáneas. Signos vitales en rango normal.

En las pruebas complementarias se aprecia un deterioro de la función renal con creatinina 2.93 mg/dL, con Sodio 141.0 mmol/L, Potasio 3.3 mmol/L, Calcio 5.1 mg/dL, Fosfato 4.3 mg/dL y Magnesio 0.28 mg/dL. A nivel de hemograma se aprecia leucocitosis con 14.7 x10^9/L y 85.8 % de neutrófilos. Acidosis metabólica leve en fase de compensación respiratoria con pH 7.34 pCO2 23 mmHg HCO3 12.4 mmol/L Lactato 34 mg/dL.

A su llegada a Urgencias, dada la sequedad mucocutánea y el cuadro descrito se inicia sueroterapia con 500cc de suero salino fisiológico (SSF) 0.9% a pasar en 2 horas. Tras los resultados objetivados se inicia reposición iónica con 1.5 gramos de magnesio y nuevo aporte de sueroterapia con 500cc de SSF 0.9%.

A los 15 minutos, el paciente comienza con crisis tónicoclónica administrándose 5mg de Diazepam con control de la. Se avisa a Medicina Intensiva por situación postcrítica, con crisis convulsiva secundaria a alteraciones iónicas graves por cuadro de pérdidas digestivas. Presenta pH 6.8 Lactato 153 mg/dL HCO3 9 mmol/L. Se procede a intubación orotraqueal.

En Cuidados Intensivos inestabilidad hemodinámica requiriendo aminas vasoactivas con noradrenalina y dobutamina por FEVI 35%. Se administró Ciprofloxacino durante 5 días empírico sin aislamientos microbiológicos.

Ya en planta de Medicina Interna, describe cuadro de diarrea crónica de larga evolución, con hipomagnesemia crónica. Valorando una posible causa farmacológica, se decide retirar Olmesartán y Omeprazol como posible causantes del cuadro, con mejoría y resolución del cuadro.

CONCLUSIONES

La hipomagnesemia puede ser debida a pérdidas digestivas y renales. Existen varios mecanismos que explican los efectos neuromusculares del déficit de magnesio. Este catión en condiciones normales estabiliza el axón, y en situaciones de déficit disminuye el umbral de estimulación axonal e incrementa la velocidad de conducción nerviosa. El magnesio también influye en la liberación de neurotransmisores como el glutamato, actuando competitivamente con el calcio en la unión neuromuscular; un descenso en los niveles del magnesio permitiría un mayor flujo de calcio en el espacio presináptico, y una mayor liberación de neurotransmisores con la consiguiente hiperrespuesta neuromuscular pudiendo llegar a producir convulsiones generalizadas como en el caso de nuestro paciente. Igualmente, la hipomagnesemia favorece la aparición de arritmias ventriculares y puede precipitar una situación de disfunción cardíaca con disminución de la FEVI, como en el caso de nuestro paciente.

Respecto al tratamiento, en casos sintomáticos o cuando la concentración de magnesio es <1 mg/dl, la ruta intravenosa es la indicada. La preparación de elección es el sulfato de magnesio. Se deben monitorizar los valores de magnesio plasmático para evitar toxicidad como oliguria, depresión de conciencia y arreflexia en casos de ritmo de reposición demasiado rápido. Los pacientes con insuficiencia renal deben recibir el 50% de la dosis si la creatinina sérica es mayor de 2. El tratamiento inicial, sin embargo, se basa en la corrección de la causa predisponente. Su aparición se relaciona con el uso de algunos fármacos, como los inhibidores de la bomba de protones, diuréticos o quelantes del potasio.

Este caso evidencia la importancia del manejo de la reposición iónica así como las consecuencias de alteraciones iónicas graves, que pueden venir de la mano del tratamiento habitual.

P. #421

YIPS O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

Esperanza Muñoz Triano, José Alberto Cantero Ruiz, Enrique J Pérez Membribe, Isabel María Martín Aguilera, Juan Luis Muñoz Cañete, Francisco J Cañadas Espinosa

Hospital Comarcal Infanta Margarita. Servicio Andaluz de Salud, Cabra, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años, casado e independiente actividades vida diaria, sin hábitos tóxicos. Con intolerancia a lactosa, sobrepeso, asma alérgica (ballico/hierba ratonera), dispepsia con helicobacter pylori erradicado y apnea del sueño. Sometido a mastectomía por ginecomastia simple, colecistectomía y vasectomía. Tratamiento actual con esomeprazol, budesonida nasal, furoato de fluticasona/vilanterol, levocabastina colirio, desloratadina, salbutamol y paracetamol.
Sus familiares lo trasladan a urgencias en marzo de 2024 al apreciar que no podía hablar bien, continuamente movía la boca sin entender lo que decía. Desde Triage activan Código ICTUS. Previamente había consultado con su médico atención primaria en diciembre 2023 por movimientos involuntarios faciales y cierre palpebral involuntario que comenzaron en agosto de ese año, refiriendo que a su padre y a su tía paterna les ocurrió lo mismo, pero nunca tuvieron diagnóstico. Presentó constantes vitales normales. NIHSS:2. Glasgow 15. Pupilas normales. Campimetría normal. Facial negativo, no nivel sensitivo-motor en 4 extremidades, podía caminar sin claudicación, ni afasia ni apraxia. Dudosa disartria: expresando cansancio generalizado. Presentó movimientos anómalos automáticos continuos sin claudicación: hociqueo/chupeteo circular y parpadeo bilateral. Reflejos normales sin dismetrías. Romberg negativo. Se realiza: analítica sangre completa, electrocardiograma, radiología tórax, tomografía cerebral sin/con contraste de perfusión cerebral y angiotomografía de troncos supraaórticos. Todos los resultados fueron anodinos con ASPECTS 10. No se administró ningún tratamiento en urgencias. Tras interconsulta mediante TELEICTUS recomiendan ingreso en Medicina Interna para completar el estudio, descartándose origen vascular. En su ingreso se realiza electroencefalograma que descarta etiología comicial, iniciando tratamiento con clonazepam 0.5 mg/24h. Dan alta 7 días después. Control en Neurología (consulta de alteración del movimiento/tics) en septiembre 2024, apreciando progresión de los síntomas generando ceguera funcional que empeora con estímulos luminosos. Se descarta origen farmacológico/genético/metabólico y planifican tratamiento con toxina botulínica (XEOMIN 5U: 5 puntos orbitarios izquierdos/4 puntos orbitarios derechos) con el diagnóstico de síndrome de Meige (SM). En controles de diciembre/2024 y febrero/25 incrementaron las dosis de toxina sin mejoría de la clínica.

CONCLUSIONES

EL SM fue descrito por primera vez 1875 (Horacio C Wood, "convulsiones faciales con gestos bizarros"). Actualmente se describe como una distonía focal: blefaroespasmo (síntoma guía) asociado a veces con distonía oromandibular, faríngea, laríngea y bucolingual. De baja incidencia (3-4/10.000 habitantes). De causa desconocida, pero el 25% pacientes presentaban cuerpos de Lewy en los ganglios basales, estando relacionado con un desbalance dopamina-acetilcolina. Se han valorado la asociación a ciertos fármacos, trastornos autoinmunes y factores genéticos sin poder confirmarlo. Predomina en el sexo femenino entre los 30-70 años.
El diagnóstico es clínico: anamnesis exhaustiva y exploración física sistemática, a destacar "maniobras truco sensorial del músculo orbicular de los ojos" que aumenta el parpado (sensibilidad 93%/especificidad 90%).
Diagnóstico diferencial se establece con las crisis parciales, corea de Huntington o inducida por el ejercicio, neuroacantosis, distonía mioclónica que responde al alcohol, enfermedad de Wilson, síndrome Hallervorden-Spatz, tics, distonías oromandibulares en sus formas idiopáticas (blefaroespasmo, distonía cervical, disfonía espasmódica) y secundarias (discinesia tardía con neurolépticos: estereotipias orofaciolinguales y acatisias).
Todas las pruebas complementarias diagnósticas habituales suelen ser anodinas excepto la electromiografía del músculo elevador de los párpados, pero no es de uso clínico habitual. Su severidad y frecuencia se evalúa por la Escala Jankovic.
Se han ensayado numerosos tratamientos con resultados dispares: anticolinérgicos, levodopa, antagonistas dopaminérgicos, tetrabenazina, neurolépticos, baclofeno, riluzole, litio, carbamazepina, valproatato, levetiracetam, estimulación cerebral profunda y toxina botulínica A (gold standard).
Destacamos que supone un auténtico reto para el Urgenciólogo tanto por su complejidad como por su difícil diagnóstico, el manejo en la práctica diaria de las alteraciones del habla asociadas a las del movimiento. Debemos tener presente que no todas las alteraciones del habla son de origen vascular ni son CODIGO ICTUS.

P. #425

UN GOLPE "DE SUERTE" EN URGENCIAS. SÍNDROME ESCROTAL AGUDO

María Del Carmen Serrano Córcoles, Isabel Martín Esteve, Alejandro Martínez Quesada, María Gómez Domínguez, Carlos Martínez Pérez, Miguel Ángel Pérez Sáez

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 20 años que acude al servicio de urgencias por presentar dolor testicular derecho de 12 horas de evolución, progresivo, incrementado en las 3 horas previas, sin mejoría con antiinflamatorios orales.
Deportista habitual. El día anterior mientras nadaba, notó una molestia en el aductor derecho. No lo relacionaba con un traumatismo directo, relaciones sexuales, ni refería síntomas de infección.
Antecedentes personales: Intervenido de fimosis a los 7 años. Correcta vacunación.
Sin patologías previas ni tratamiento habitual. Niega hábitos tóxicos. Madre con HTA.
Exploración física
EVA: 8
Afebril, TA: 120/75, Frecuencia cardíaca: 85 ppm.
Consciente, orientado, bien hidratado. Palidez cutáneo mucosa.
Auscultación cardiopulmonar- sin hallazgos.
Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin masas ni megalias. Puñopercusión renal bilateral negativa, sin adenopatías inguinales.
Inspección genital- Testes asimétricos, sin lesiones cutáneas. Péniné - anodino.
Teste derecho inflamado, doloroso a la palpación en la zona inferior y zona del epidídimo. Transiluminación- negativa. Reflejo cremastérico- positivo. Signo de Prehn- no concluyente. Signo de Governeu- negativo.
Diagnóstico (Dco) de sospecha- Escroto agudo.
Dco diferencial: Torsión testicular (cordón espermático), torsión de hidátide de Morgagni, orquiepididimitis, tumor testicular, infarto idiopático testicular, abceso escrotal, hernia inguinal complicada.
Se administra analgesia intravenosa. Se solicitan analítica de sangre junto con una ecografía de escroto y testicular.
Ecografía y ecodoppler escrotal: Ambos testículos con tamaño, morfología y ecoestructura normal sin evidencia de lesiones focales, con vascularización doppler dentro de la normalidad.
Dilatación varicosa de las venas del plexo pampiniforme derecho que se encuentran aumentadas de calibre respecto a las contralaterales, con ecos internos y sin señal color doppler, sugerente de trombosis. Asocia engrosamiento de las cubiertas escrotales derechas y pequeña cantidad de líquido en la bolsa escrotal derecha en relación con hidrocele reactivo.
Juicio Clínico- Trombosis de varicocele derecho
La analítica sanguínea no mostró alteraciones.
Tras consultar con el Urólogo de guardia, no se indicó el tratamiento con heparina subcutánea.
Tratamiento domiciliario: reposo, soporte testicular, analgésicos orales y antiinflatorios orales.
Se remitió a las consultas de Urología y Hematología.
- En Hematología se diagnosticó una Mutación del Factor V de Leiden.
- En Urología se realizó una nueva ecografía testicular y abdominal, comprobándose la resolución de la trombosis previa.
- Se solicitaron niveles sanguíneos de Alfafetoproteína, Lactodeshidrogenasa y Coriogonadotropina, todos en rango normal.
- Se ha propuesto el paciente para intervención quirúrgica del varicocele.

CONCLUSIONES

- Ante el dolor escrotal agudo en urgencias, es prioritario descartar una torsión testicular, un infarto testicular o una estrangulación de una hernia inguinal, ya que el tratamiento indicado en estos procesos, es una intervención quirúrgica urgente.
- Hay que realizar un diagnóstico diferencial con patología infecciosa como orquiepidimitis o abcesos escrotales, que requieren un tratamiento antibiótico precoz y/o un drenaje quirúrgico.
- El varicocele es una dilatación del plexo pampiniforme del escroto, de localización más frecuente en el lado izquierdo, que afecta a varones jóvenes, en ocasiones doloroso y cuyo tratamiento es conservador. En un síndrome escrotal agudo, debemos considerarlo dentro del diagnóstico diferencial.
- La trombosis en un varicocele es una entidad poco frecuente, y puede manifestarse con dolor escrotal agudo o subagudo, de elevada intensidad con enrojecimiento local. Su etiología es espontánea o secundaria a cirugía, traumatismos, infecciones o hipercoagulabilidad.

En casos complejos de varicocele izquierdo, hay mayor predisposición a una trombosis de la vena renal izquierda y es fundamental descartar un tumor retroperitoneal. Cuando se presente rápidamente en el derecho, es de suma importancia descartar una masa abdominal que aumente la resistencia vascular o trombosis de la vena cava inferior.
La detección precoz de la predisposición pretrombótica en este paciente, será muy útil en su próxima varicocelectomía.

P. #430

DOCTORA, MI MADRE SE HA VUELTO LOCA

Arrate Aldama Martín, Diana Moreira Nieto, Izaskun Echevarría Sainz-Ezquerra, Juan José Zafra Sánchez, Elena Gregorio Echevarría, María Nieves Cortés Virtus

Hospital San Eloy, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 61 años. Alérgica a penicilinas estudiada por alergología en 2024, tolera cefalosporinas de tercera y cuarta generación, así como carbapenemes. Fumadora de medio paquete al día desde hace 30 años. En tratamiento con losartan 50mg + hidroclorotiazida 12.5mg al desayuno por hipertensión arterial, simvastatina 20mg a la cena por dislipemia y duoresp 160/4.5mcg cada 12h por bronquitis crónica. Operada de un fibroadenoma mamario izquierdo y dos cesáreas.

Es traída por la familia por cuadro de alteración conductual aguda con lenguaje y actitud desafiantes, en ocasiones incoherente, de dos días de evolución. Además, presenta alteración de biorritmos, cefalea holocraneal de fuerte intensidad y episodio de pérdida control de esfínteres sin otra clínica sugestiva de focalidad. Niega fiebre, pero si refiere aproximadamente 3 semanas antes, haber precisado tratamiento por reagudización de sinusitis crónica.

En la exploración física destacan inquietud y actitud desafiante reconducible sin otra focalidad.

Se solicita TAC craneal en el que describe: Lesión ocupante de espacio frontal derecha que presenta unas dimensiones de 4,4 x 2,1 cm de diámetro anteroposterior por transversal. La lesión presenta contenido heterogéneo con restricción en secuencias de difusión en su mayoría, hallazgo que sugiere absceso cerebral. Se observa intenso edema perilesional que se extiende a través de cuerpo calloso y procede marcado efecto de masa con desviación de línea media.

Se remite a hospital de referencia para valoración por neurocirugía donde ingresa para intervención quirúrgica extrayéndose 10,5 cc de colección purulenta amarilla verdosa e iniciándose tratamiento antibiótico empírico con Cextriaxona y Metronidazol con buena evolución

CONCLUSIONES

La clínica de esta paciente, sin antecedentes psiquiátricos y sin datos de intoxicación, debe hacer sospechar una lesión ocupante de espacio cerebral. Dada la exploración física y la anamnesis, la primera sospecha es una causa tumoral, seguida del ictus (hemorrágico o trombótico) y finalmente debería sospecharse una causa infecciosa.

Las causas más frecuentes de abscesos cerebrales en nuestro medio son generalmente infecciones que se propagan desde otras partes del cuerpo, como en el caso de esta paciente desde los senos paranasales. También pueden ser secundarias a otitis, infecciones dentales, neumonías, por diseminación hematógena o por la entrada de patógenos tras un traumatismo craneoencefálico directo. Los abscesos cerebrales son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos.

Estas infecciones pueden causar una acumulación de pus en el cerebro, lo que lleva a síntomas neurológicos y requiere atención médica inmediata. El tratamiento de los abscesos cerebrales generalmente incluye una combinación de antibióticos, que durará entre 6 y 8 semanas, y, en muchos casos, intervención quirúrgica. Aquí tienes un resumen de los pasos más comunes.

Es importante realizar un seguimiento cercano y ajustar el tratamiento según las necesidades individuales del paciente para asegurar una recuperación completa.

P. #434

SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAIS DE LAS MARAVILLAS

Alberto López Martín, Iliana Natacha León Caicedo, Juan Ramón Mariño Reyes, Karla Verónica De Vita No, Manuel Melo No, Daniela Laura Lacusta No

Hospital Del Tajo, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años, con antecedentes a destacar diagnóstico de TDAH(trastorno de déficit de atención con hiperactividad), hizo tratamiento con metilfenidato, actualmente en pauta a demanda (Rubifen o Rubicrono) muy puntual y con objetivo de retirada, y quiste de Rathke.

Que acude a urgencias porque en los últimos días ha presentado 3 episodios: alteración visual de inicio como visión doble seguida de dismorfia y metamorfopsia (el bolígrafo que llevaba en la mano se le incrementó y se volvió rojo, la pizarra inició bordes laterales en rombos muy delimitados, no veía al profesor), de unos 4min de duración, que cedió y se siguió de cefalea de inicio frontal irradiada holocraneal a occipital, de intensidad leve-moderada, sin precisar analgesia, de unas 2 horas de duración.

Asintomático entre episodios.

No episodio infeccioso reciente.

Antecedentes familiares de migrañas, simples.

A la exp: FFMMSS conservadas, campimetría normal, pupilas medias ICNR, oculomotores plenos sin restricciones ni sacadas, muy leve ptosis palpebral derecha modificable sin paresia, facial y pares bajos conservados. Tono-balance motor y sensitivo conservados, RCPFB, cerebelo normal, marcha normal, ausencia de signos de irritación meníngea.

Se solicita valoración por salud mental, descartando patología psiquiátrica

Estudios complementarios, a destacar:

- PL: recuento celular 4 células, normalidad de estudio citobioquímico.
- TC craneal: Se observa una lesión supraselar densa que ya se veía en el estudio previo del 19/2/2024 y que no presenta cambios significativos en cuanto a tamaño.

Conclusión: sin signos de patología aguda intracraneal. Estudio superponible al previo del 19/2/2024.

La clínica referida es compatible con Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas, variante de migraña con aura infanto-juvenil.

CONCLUSIONES

Al síndrome de Alicia en el país de las maravillas, descrito por primera vez por Lippman en 1952.

Este síndrome se define como una serie de trastornos de la percepción visual, la cual consiste en alteraciones de la forma (metamorfopsia), que es el principal síntoma, acompañado de alteraciones del tamaño, el color y la situación espacial de objetos. Dentro de las alteraciones visuales que se presentan, se encuentran la inversión del campo visual, palinopsia (percepción reiterada de imágenes por parte de un individuo tras la desaparición del estímulo visual que las originó), la prosopagnosia (incapacidad para reconocer caras conocidas), la teleopsia (las imágenes parecen alejarse), la micropsia (los objetos son más pequeñas de lo que en realidad son, llamada también alucinación liliputiense o liliputianismo), la peliopsia (las imágenes parecen acercarse), la alestesia óptica (pérdida de la visión estereoscópica), la poliopia (percepción de múltiples imágenes), la zoopsia (percepción de animales), la acromatopsia (incapacidad para percibir colores), la agnosia visual (incapacidad de reconocer objetos) y la akinetopsia (pérdida de la percepción del movimiento de objetos)., ocasionalmente, puede acompañarse también de sensación de despersonalización, desrealización y alteración de la percepción del tiempo, las cuales pueden ensombrecer el diagnóstico y confundirlo con alteraciones psiquiátricas. El dato más importante de este síndrome es que los pacientes son conscientes de la naturaleza ilusoria de sus percepciones. Entre las causas más frecuentes de este síndrome se encuentran infecciones del sistema nervioso central, particularmente por virus Epstein-Barr, migraña, epilepsia, sustancias alucinógenas, como el LSD o la marihuana, y lesiones ocupantes de espacio

P. #436

CUANDO LAS CRISIS COMICIALES TIENEN UN ORIGEN NO ORGÁNICO

Almudena Morales Sánchez[1], María Jesús Henández García[2], Rosario García Álvarez[1], Raquel Sánchez Martín[2], Héctor Manuel Pablo Hernández[3], Sergio Sánchez Rubio[4]

1. Emergencias Sanitarias CyL, Valladolid, España
2. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Sacyl, Salamanca, España
3. SAMUR-PC, Madrid, España
4. Ambulancias Rodrigo SLU, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales
HTA. DM-2. Esclerosis múltiple primaria progresiva. Tromboembolismo pulmonar. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Rankin 5.
Enfermedad actual
Mujer de 75 años que tras el desayuno presenta cuadro de desconexión del medio, hipertonía de extremidades y síncope de 2 minutos de duración. A nuestra llegada apertura espontánea ocular con desconexión del medio. Mientras la exploramos presenta cuadro tónico-clónico principalmente de extremidad superior derecha con desviación de la mirada e hipertonía troncular que se yugula con 2 mg de midazolam intramuscular tolerando cánula orofaríngea.
Exploración física
Neurológico: inconsciente, no rigidez de nuca, responde a estímulos dolorosos. Pupilas medias-reactivas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto exploración sin interés.
Actuación
Ante sospecha de crisis comicial de novo se canaliza vía periférica e iniciamos levetiracetam 1000 mg junto con oxígeno mediante Venturi (Fi02 36%).
Constantes- TA 168/85, FC 103 lpm, Tª36.6, FR 16 rpm, SatO2 97%, Glu 140 mg/dl, GCS (O3, V1, M5).
Gasometría- pH 7,20 CO 79 HCO 31
Evolución
Ante los antecedentes de la paciente (en tratamiento compasivo por el servicio de neurología), la situación neurológica y la acidosis respiratoria se decide iniciar tratamiento con BIPAP con mejoría gasométrica a la llegada al centro hospitalario (tiempo de traslado 40 minutos) lo que nos permite disminuir los parámetros y posteriormente en la urgencia su retirada.
Evaluada en hospital por neurología y con TAC similares a los previos se le diagnóstica de crisis tónico-clónica generalizada por Encefalopatía hipercapnica.

CONCLUSIONES

La esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) es una forma de patología desmielinizante que se caracteriza por la ausencia de brotes definidos y un empeoramiento progresivo de los síntomas junto con discapacidad neurológica, al atacar el sistema inmune las propias células del sistema nervioso central (SNC). Estas enfermedades pueden producir una disfunción respiratoria en casos avanzados como el de nuestra paciente. La debilidad de la musculatura respiratoria implica una disminución gradual de la capacidad vital de la persona junto alteración en el intercambio de gases, hipoventilación y retención de CO2 principalmente durante el sueño.
Los efectos de la disfunción respiratoria sobre el SNC son bien conocidos. Tanto la hipoxia como la hipercapnia pueden producir diversas afectaciones si bien, es el CO2 el que mejor se correlaciona con los síntomas neurológicos. La hipercapnia, definida como PaCO2>50 mmHg, tiene entre sus causas la reducción del esfuerzo respiratorio. Su elevación implica una diminución del pH sanguíneo que activa el sistema renal buscando su compensación a largo plazo mediante el H2CO3. El CO2 actúa como vasodilatador a nivel cerebral, concentraciones por encima de 75 mmHg pueden ser suficientes para producir toxicidad. Cefalea, letargia, desorientación y mareo suelen ser los primeros síntomas llegando a desarrollar delirio, crisis convulsivas, sincopes e incluso coma con valores superiores. El tratamiento debe enfocarse a la causa de la elevación del metabolito, usándose si es necesario broncodilatadores, antídotos o incluso la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o invasiva dependiendo del estado de alerta del paciente.
En nuestro caso, ante los resultados de la gasometría y el estado basal de la paciente en tratamiento paliativo, se decide control mediante BIPAP para el lavado del CO2 junto con levetiracetam para controlar posible origen orgánico subyacente. Mejorando la clínica y no presentando nuevos síntomas. El uso de VMNI en estos pacientes está recogido en la literatura no solo durante el proceso de la enfermedad, sino también en los estadíos avanzados, tanto para el confort como solución a situaciones agudas. En aquellos pacientes no susceptibles de ingreso en UCI que presentan situación de estupor o coma hipercápnicos, la VMNI es una buena alternativa para su tratamiento.

P. #437

EL TIEMPO ES CEREBRO: MANEJO URGENTE DE UN ICTUS ISQUÉMICO

Cristina Bejarano Roma[1], Victoria Beatriz Muñoz Embuena[1], María Rodríguez Pérez[1], Sara García Mateo[1], Juan Miguel López González[2], Anna Carolina De Paola Prato[2]

1. Hospital Universitario General de Villalba, Collado Villalba, Madrid, España
2. Hospital Universitario Collado Villalba, Collado Villalba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata que acude al servicio de urgencias a las 21:00 trasladado por sus hijas tras hallarle en contacto telefónico a las 18:00 con alteración del lenguaje, refieren que hablaba "como si estuviera borracho". Su última comunicación sin anomalías fue a las 14:30 horas. Dado que entre esas dos comunicaciones había estado acompañado por un familiar con trastorno del espectro autista no se pudo precisar la hora exacta de inicio de la sintomatología.
Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), vive solo, no deterioro cognitivo, conduce.
Constantes
A su llegada se registra una tensión arterial de 119/67 mmHg, frecuencia cardíaca de 73 lpm, saturación de oxígeno del 94% y glucemia de 97 mg/dL.
Exploración física
Paciente consciente, orientado en persona, espacio y tiempo, sin hallazgos de interés a la auscultación cardiopulmonar.
En la exploración neurológica destaca disartria moderada inteligible, lenguaje fluido y coherente sin elementos de afasia, preferencia óculo-cefálica derecha, hemianopsia homónima izquierda, parálisis facial izquierda, pérdida de tono extensor y claudicación de miembro superior e inferior izquierdo, hipoestesia hemicuerpo izquierdo.
Pruebas complementarias
Se realizaron de entrada analítica sanguínea (sin alteraciones relevantes), electrocardiograma (ritmo sinusal) y tomografía computarizada (TC) de cráneo con angiografía.
En la prueba de imagen se evidencia un trombo fragmentado con oclusión de ramas de la división superior e inferior de la arteria cerebral media (ACM) derecha; el defecto más proximal se localiza en la transición M1 posbifurcación - M2 de la división superior y colateralidad leptomeníngea moderada.
Evolución
Al reinterrogar a la familia informaron que decidieron trasladar al paciente en su vehículo al hospital más cercano por miedo al tiempo de espera de la ambulancia (no avisaron a servicios de emergencia extrahospitalarios).
Aunque nuestro hospital no forme parte de la red de código ictus (al no contar con los requisitos exigidos por la Comunidad de Madrid para los cuidados agudos del ictus) sigue siendo esencial el entrenamiento de los equipos de urgencias para actuar precozmente en estos casos.
Tras su evaluación inicial en urgencias, el paciente fue evaluado por neurología telemáticamente (a través de una pantalla con cámara y micrófono), estableciéndose un puntaje NIHSS de 14.
En coordinación con neurorradiología intervencionista y la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta el tiempo de evolución y la situación basal del paciente, se decide conjuntamente trombectomía mecánica sobre el trombo de la ACM derecha.

CONCLUSIONES

El manejo del ictus es tiempo-dependiente y requiere una coordinación eficiente entre los diferentes niveles asistenciales. En este caso, el paciente presentaba una situación basal favorable, lo que influyó en la decisión de un abordaje intervencionista agresivo. No obstante, es esencial informar a los familiares del pronóstico y potenciales complicaciones del procedimiento para que puedan participar en la toma de decisiones compartida.
La colaboración entre los distintos servicios hospitalarios permitió que el paciente recibiera una atención adecuada y oportuna, resultando en una evolución posterior favorable.
Este caso refuerza la importancia de una red de atención bien estructurada y la necesidad de educar a la población sobre la actuación apropiada en situaciones de urgencia.

P. #441

CETOACIDOSIS DIABÉTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE DIABETES TIPO 1: UNA LLAMADA A LA DETECCIÓN PRECOZ

María González Criado, Patricia Bernaldo De Quiros Plaza, Carlos Álvarez Chicharro, Antonio Palomares González

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta en el Servicio de Urgencias (SU) una mujer de 21 años, trasladada por los servicios de emergencia debido a somnolencia e hipotensión. Refiere cuadro de náuseas y vómitos de 48h (acudió a Centro de salud ese día por el mismo motivo) y 3 semanas de clínica compatible con poliuria, polidipsia y polifagia, acompañado de pérdida de peso.
Antecedentes personales:
- Asma desde la infancia, con salbutamol de rescate.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- No antecedentes familiares de Diabetes.
Exploración física:
Tensión arterial:99/67 mmHg; Temperatura: 37°C,FC: 78 y Saturación 96%
basal.
AC: rítmicos, no se ausculta soplos ni extratonos.
ABD: Blando y depresible, no doloroso a la palpación.
NRL: Somnolienta pero consciente y colaboradora.
Pruebas complementarias:
Gasometría: Glucemia: 558mg/dl; Lactato: 3.2mmol/L; pH: 7, HbA1c: 14.5%;
K: 5.1mmol/L, PCR: 10.6 mg/L
Dada la situación de inestabilidad hemodinámica (HD), se traslada a Box
Vital. Se determina glucemia por encima de límite cuantificable, se empieza
rehidratación y se administra bolo de 10IU de insulina rápida intravenosa.
Tras infusión de cristaloides e insulina, mejora la situación HD, presentando
TA 110/70mmHg, pero persiste mala perfusión periférica.
Neurológicamente se mantiene obnubilada, por lo que se decide ingreso en
UCI por debut diabético con cetoacidosis, para monitorización y control de las alteraciones metabólicas resultantes.
Durante su ingreso en UCI, precisó reposición abundante de líquidos y
electrolitos y perfusión de insulina y glucosa para controlar deshidratación, la
cetonemia y la acidosis metabólica. Progresivamente, a las 72h la situación se normaliza, presentando glucemia:64mg/dl; Lactato de 1.1, pH: 7,42 y K: 3.4.
Aunque presentó una elevación significativa de PCR al ingreso, no se
identifican signos infecciosos mayores, salvo una prueba positiva para gripe B en esputo, lo que motivó su traslado a planta de endocrinología en aislamiento.
Gracias a su buena evolución, la paciente recibe el alta hospitalaria tras ocho días de ingreso. Al alta: Glucemia: 114mg/dl. Se da educación diabetológica y medidas higiénico dietéticas previas al alta. Con pauta de insulina basal-bolo con insulinas aspartica y glargina 300)

CONCLUSIONES

La CAD es una complicación aguda severa de la Diabetes Mellitus que puede comprometer la vida del paciente.
Este caso pone en evidencia la importancia de la detección precoz de la Diabetes Mellitus tipo 1, particularmente en pacientes jóvenes que presentan síntomas inespecíficos como náuseas y vómitos. El paciente consultó inicialmente en un centro de salud sin que se identificaran los signos cardinales de diabetes (poliuria, polidipsia y polifagia), lo que retrasó el diagnóstico hasta que se produjo una descompensación metabólica grave con cetoacidosis diabética (CAD).
El éxito del tratamiento en este caso fue resultado de una rápida intervención por parte del equipo de urgencias, una correcta monitorización en UCI y una adecuada coordinación.
Por ello, la educación para la salud desempeña un papel crucial en la detección temprana de la enfermedad, permitiendo prevenir complicaciones metabólicas graves, como la cetoacidosis diabética, que presenta un alto riesgo de mortalidad. Asimismo, es esencial comunicar de manera detallada todos los síntomas recientes al personal sanitario, garantizando una evaluación adecuada.

P. #442

LUPUS ERTIEMATOSO SISTÉMICO: UN CASO INESPERADO Y REAL

María Izquierdo Fontán, Iliana Natacha León Caicedo
Hospital Del Tajo, Aranjuez, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 28 años, procedente de marruecos (2 años en España), sin ningún antecedente médico, que acude a urgencias por fiebre, náuseas, taquicardia y malestar general. En noviembre aparición de lesiones eritematosas redondeadas de distintos tamaños en palmas y plantas de pie y distal de todos los dedos. Al examen físico TA 83/49. FC 118lpm FR 22rpm T°39°C Sat0 299% Mal estado general, hipotenso, deshidratado, eupneico en reposo. ORL: Sequedad de mucosas. AC: Rítmico. Taquicardia sin soplos. MVC Abdomen blando, no doloroso. MMII no edemas. No dolor ni signos de TVP. A nivel de manos y cara se observan lesiones papulosas, eritematosas, bordes bien definidos con hiperqueratosis y descamación asociada. No adenopatías. EKG: Taquicardia sinusal a 120 lpm. HAI. Extrasístole ventricular aislada. En radiografía de tórax dudoso crecimiento del hilio pulmonar izquierdo. Las pruebas de laboratorio revelaron pancitopenia e hipoxemia. Drogas de abuso, test covid, gripe y mononucleosis, así como análisis orina, urocultivo y hemocultivos son negativos. Se solicita panel de virus los y se cursa ingreso en medicina Interna con aislamiento inverso. Posteriormente todas las serologías fueron negativas Se trató inicialmente con antipiréticos y corticoides tópicos para el exantema periférico. Durante su estancia en el hospital presento :Hipotensión persistente TA 80/49 y disnea de reposo con sat02 93% con gn a 3lpm, además de neumonitis, derrame pleural, pancitopenia, pancreatitis y hepatitis leve, el paciente ingresa en UCI, donde presenta empeoramiento respiratorio y fibrilación auricular paroxística Aislamiento de estafilococo aureus sensible a meticilina en esputo del día 03/01/2025, se trata inicial con linezolid, meropenem, caspofungina y ganciclovir. Se deja posteriormente solo con cloxacilin (completó dos semanas) tras resultado de HC + para S. Aureus sensible a meticilina y una 2ª PCR negativa para CMV. de ANA, Anti DNA nativo, antiSM, junto con afectación clínica y analítica se consideraron altamente sugestivos de LES. En UCI se inició tratamiento con corticoides sistémicos (750mg/día de metilprednisolona, durante 3 días y luego prednisona 1mg/kg/día, en pauta descendente) y cicofosfamida IV. Se concluye en diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico con presentación atípica complicado con neumonitis lupica y pancitopenia

CONCLUSIONES

El LES tiene variabilidad en su forma de debut, a veces compleja simulando otras patologías.
En muchas ocasiones puede coexistir enfermedad autoinmune activa con infecciones intercurrentes lo que dificulta el diagnóstico y manejo de estos pacientes. Un abordaje individualizado de estos casos con vigilancia clínico analítica estrecha en el contexto de a inmunosupresión es fundamental para evitar complicaciones fatales.

P. #443

GLIOMA DE ALTO GRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Katherine Lupe Pesantez Vásquez[1], Cristian Alexander Palacios Henao[1], Glenda Herbozo Alvarado[2], Adrián Tapia Cobos[3]
1. Centro de Salud Circunvalación, Valladolid, España
2. Centro de Salud Barrio España, Valladolid, España
3. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años de edad acudió al servicio de urgencias por presentar episodio de cuadro confusional agudo de 24 horas de evolución. Vino acompañada por su hijo quien comentó que el cuadro debutó con distorsión de la realidad, alucinaciones visuales y auditivas. Además presentaba deterioro en sus actividades básicas de la vida diaria con disminución de su estado cognitivo.
A nivel neurológico, la paciente se encontraba desorientada, verborreica con una discreta pérdida del surco nasogeniano izquierdo siendo el resto de la exploración anodina. Se descartó que la causa del cuadro confusional fuese de tipo infeccioso en las pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica, sistemático de orina y virus respiratorios) y ausencia de patología en la radiografía de tórax. Además, se solicitó una Tomografía Computarizada de Cerebro (TAC) donde se evidenció una lesión ocupante de espacio en situación frontal parasagital derecha hipodensa y de bordes polilobulados de 2,2 x2 x 1.8 cm, que parece extenderse a la rodilla del cuerpo calloso. Al contraste, fino realce periférico de la lesión, con efecto de masa que colapsa los surcos de las convexidades adyacentes.
Debido al cuadro clínico y las pruebas de imagen, se interconsultó al servicio de Neurocirugía quienes complementaron estudio con Resonancia Magnética Nuclear con impresión de glioma de alto grado, con indicación a toma de biopsias. Debido a la negativa de los familiares para realizar dicho procedimiento, la paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Paliativos hasta su éxitus 2 meses posterior a su diagnóstico.

CONCLUSIONES

Los gliomas abarcan la gran mayoría de los tumores primarios del sistema nervioso central; se denominan “gliomas” por ser de estirpe histológico similar al de las células gliales. Los gliomas de alto son rápidamente progresivos llegando a tener un desenlace letal en los pacientes. Suelen presentarse síntomas neurológicos subagudos que progresan a peor en cuestión de días hasta semanas dependiendo de la localización e histopatología del tumor. Los síntomas principales incluyen cefaleas en la mayoría de los casos, convulsiones y en menor proporción síntomas de focalidad neurológica como déficit del lenguaje, cambios cognitivos o síntomas visuales. Nuestro caso clínico la paciente presentó una clínica atípica de esta lesión ocupante de espacio con efecto de masa. Es importante el estudio por neuroimágenes para su sospecha diagnóstica, así como su pronóstico viene determinado por su inmunohistopatología.

P. #444

CETOACIDOSIS DIABÉTICA: UN MANEJO DESAFIANTE EN LA URGENCIA

Katherine Lupe Pesantez Vásquez[1], Glenda Elena Herbozo Alvarado[2], Cristian Alexander Palacios Henao[1], Andrea Puebla Parral[1]

1. Centro de Salud Circunvalación, Valladolid, España
2. Centro de Salud Barrio España, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 50 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 1 desde los 14 años, con trasplante renal-páncreas en el 2012, fue valorado por el servicio de urgencias tras ser derivado desde Atención Continuada por un proceso infeccioso de foco respiratorio; previo al traslado fue medicado con Metilprednisolona 60 mg, Paracetamol 1 g y Ciprofloxacino de 750 mg v.o. A su llegada al SUH, presentó fiebre de 39°C, confusión y disnea con esfuerzo respiratorio.
A la exploración se encontraba febril con discreta palidez cutánea y confusión; sin otros hallazgos de interés
Se le realizó una gasometría venosa con resultado de pH 7.36, glucosa 594, sin alteraciones iónica. Además, presentó en la analítica de sangre leucocitosis con desviación a la izquierda; PCR 112 y Glucosa de 626mg/dL. Potasio 6.1 meq/L. PCR para Virus de Gripe A positivo. En la radiografía de tórax no evidencia patología pleuro-parenquimatosas agudas.
Se administró sueroterapia e insulinoterapia con indicación de gasometría venosa en una hora con el siguiente resultado pH 7.36, Glucosa 594, sodio 122, potasio 5, Lactato 1.7.
La gasometría a las dos horas posterior presentó pH 7.27, Glucosa 599, láctico 2.3, potasio 4.5 HCO3 9.1, exceso base -15.2 con sistemático de orina con cuerpos cetónicos positivos.
Ante estos resultados se decide paso a la observación para inicio de tratamiento específico con bomba de insulina y control estricto de glucemias para estabilización y posterior ingreso en el servicio de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

La presentación más común de la diabetes tipo 1 se da en la infancia y es causado por un déficit insulina por posible falta de producción de la misma por las células betas pancreáticas. La cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar son las dos complicaciones agudas más severas en los pacientes diabéticos. Distinguimos la cetoacidosis diabética por presentar acidosis metabólica, cetonemia e hiperglicemias además que suelen ser más frecuente en pacientes; mientras que estas dos primeras suelen ser leves o ausentes en el coma hiperosmolar con cifras de glucosa plasmática mayor a 1000 mg/dL. El manejo de estos pacientes tiene que ser periódico y valorar las complicaciones a futura como la falla renal y valorar una correcta adecuación terapéutica. Debido a las propia patología, estos pacientes son más susceptibles a contraer infecciones con complicaciones de esta como podemos observar en este caso; el manejo glicémico del paciente es lo primordial para su desenlace.

P. #468

LAS DIFERENTES CARAS DE LA CLÍNICA NEUROLÓGICA

Celia Lara Montes, Javier Jalvo Lorente, Marina Mendoza Jiménez

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 90 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica estadio 4, cardiopatía isquémica, carcinoma de pulmón no microcítico localizado en lóbulo superior derecho tratado con quimioterapia, con buena situación funcional previa (Barthel de 90), consulta en urgencias por pérdida progresiva de fuerza de miembros inferiores de tres días de evolución, hasta la limitación completa para la deambulación, teniendo que utilizar silla de ruedas para los desplazamientos junto con alteración de la sensibilidad de miembros inferiores, sin otra sintomatología neurológica acompañante. No ha tenido fiebre ni clínica respiratoria ni digestiva intercurrente ni los días previos a su consulta.
A la exploración, TA de 130/75 mmHg; FC 85 lpm; SatO2 96% basal. Eupneico y con buen estado general. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal fueron normales. A la exploración neurológica, consciente y orientado, sin alteraciones en el lenguaje, ligera inatención para llevar a cabo las órdenes, lo que dificultaba la exploración. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza en miembros superiores conservada de forma simétrica. En miembros inferiores, pérdida de fuerza simétrica en ambos miembros (flexo-extensión de cadera y de rodilla 4-/5; flexión plantar 5/5; flexión dorsal de pie 2/5), reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, con reflejos osteotendinosos conservados en miembros superiores y abolidos de forma global en miembros inferiores. En cuanto a la sensibilidad, hipoestesia en miembros inferiores de manera bilateral simétrica, sin claro nivel sensitivo. Se intenta la bipedestación, sin poder llevarse a cabo.
Se solicita analítica de sangre en la que destaca creatinina de 2,3 mg/dl (similar a previa); proteína C reactiva (PCR de 50 mg/l) y hemoglobina de 8,3 mg/dl (microcítica e hipocrómica, similar a previa), sin otras alteraciones analíticas. Se realiza TAC craneal sin contraste que no muestra alteraciones.
Ante la sospecha clínica de Síndrome de Guillain Barré, se realiza punción lumbar en la que destacan hiperproteinorraquia y leve hiperglucorraquia (252 mg/dl y 126 mg/dl respectivamente), con recuento de leucocitos y eritrocitos normal. Ante estos hallazgos, se decide iniciar tratamiento con inmunoglobulinas a dosis de 0,4 g/kg/día e ingreso en Neurología.
Al cabo de tres días de ingreso, ante la ausencia de mejoría clínica con exploración neurológica superponible a la previa aunque con aparición de un dudoso nivel sensitivo a nivel de D2-D3, se decide realizar resonancia magnética dorsal urgente que muestra progresión tumoral de la masa pulmonar localizada a nivel apical de lóbulo superior derecho (tumor de Pancoast), con destrucción del cuerpo vertebral de D2 y extensión hacia el canal raquídeo a dicho nivel, comprimiendo y deformando la médula espinal, hallazgos compatibles con patología compresiva medular aguda. Ante estos hallazgos se suspenden inmunoglobulinas y el paciente es derivado a otro hospital para recibir radioterapia urgente.

CONCLUSIONES

La patología neurológica es un problema frecuente en urgencias. La exploración neurológica completa, sistemática y minuciosa, es de vital importancia para poder establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado con la mayor brevedad posible.
Queda patente con este caso clínico que el diagnóstico en muchas ocasiones supone un reto que entraña grandes dificultades y requiere un alto índice de sospecha, siendo patologías que se pueden manifestar como auténticas simuladoras.

P. #478

¿UNA GASTROSCOPIA URGENTE SIN HEMORRAGIA DIGESTIVA INESTABLE?

Marina Monje De Velasco, Edgar Azpilicueta Díaz De Cerio, Ana Lourdes Iglesias Sainz, Zuriñe Nervión Macarro, Cristina Novo Armesto, Diana Moreira Nieto

Hospital San Eloy, OSI Barakaldo Sestao, Osakidetza, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 87 años con antecedentes de HTA con nefroangioesclerosis y ERC estadio 3A, dislipemia, cardiopatía isquémica con esclerosis mitroaórtica, ACFA, isquemia crónica grado IIA con obstrucción femoropoplítea bilateral, estenosis carotídea derecha e HBP. Antiagregado con Acenocumarol.
Acude por disfagia a sólidos de menos de una semana de evolución, progresiva hasta imposibilidad completa de ingesta de sólidos y líquidos los dos días previos. Se acompaña de dolor en cuello e hipo. En EF no presenta hallazgos en cuello ni faringe, con AP/AC normales y tanto pared costal como piel y faneras sin enfisema ni lesiones cutáneas. TA 144/71, FC 63, Temp 37.0, SO2 97AA
Se realiza analítica de sangre con RFA en rango, función renal similar a previas, coagulación alterada en contexto de anticoagulación y Hb de 10.3 siendo la previa (2 meses antes) de 11.9. Además, radiografía de tórax con cardiomegalia en el límite y como parte del estudio de la disfagia solicitamos gastroscopia urgente para completar estudio, con resultado de ¨esofago congestivo, violáceo-negro, friable, con probable doble luz vrs divertículos¨. Para poder filiar el origen, realizamos TAC T-A-P sin objetivarse patología en órganos diana ni tampoco patología trombótica o isquémica.
Ante el resultado de la gastroscopia, se decide ingreso con cobertura antibiótica según recomienda la bibliografía, suspendemos anticoagulación manteniendo heparina profiláctica por ser paciente de altísimo riesgo trombótico y omeprazol en dosis altas para evitar la HDA. Durante su estancia en Hospitalización el paciente presenta hematemesis abundante con mala evolución clínica, anemización importante precisando transfusión de varios concentrados de hematíes y nutrición parenteral. Se realiza gastroscopia de control sin evidencia de mejoría, objetivándose una probable neoplasia en el seno de la necrosis, que pudiera ser el origen de la isquemia en esófago. Finalmente, tras ingreso prolongado y evolución tórpida, se decide alta a domicilio con cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

El esófago negro (necrosis esofágica aguda, esofagitis necrotizante o black esophagus) es una entidad rara que se presenta en pacientes con factores de riesgo para isquemia. Está asociado normalmente con disfunción orgánica múltiple, hipoperfusión, vasculopatía, sepsis o tóxicos como alcohol.
Clínicamente se caracteriza por hemorragia digestiva alta o disfagia total, de aparición brusca. La prueba diagnóstica de elección es la gastroscopia.
El tratamiento se orienta a estabilizar al paciente y corregir las patologías de base que causan la patología. Las complicaciones

son importantes con elevada morbi-mortalidad, incluyendo la perforación, mediastinitis y la sepsis o estenosis como secuela; tiene una incidencia muy baja y una mortalidad elevada, en torno a 30%.

P. #493

UN NIHSS DE 23 NO SUSTITUYE A LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Esperanza Muñoz Triano, José Alberto Cantero Ruiz, Antonio Cañete Muñoz, Isabel Aguilera Jaime, José Domingo García-Revillo Fernández, Juan Rafael Castilla Castillejo

Hospital Comarcal Infanta Margarita. Servicio Andaluz de Salud, Cabra, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años, casada e independiente para las actividades de la vida diaria. Sin hábitos tóxicos. Con hipertensión arterial sin tratamiento, diabetes, hipercolesterolemia e hipertransaminasemia. Ingresó en 2020 por pancreatitis aguda litiásica y apendicectomizada. Tratamiento actual: ursodeoxicólico ácido 150mg y metformina-empagliflozina 1g-5mg.

En enero de 2025 sus familiares aprecian una hora antes de la asistencia que no hablaba normal, ni respondía a las preguntas, sin otros síntomas. Según su marido llevaba días con síntomas catarrales automedicados con paracetamol y antigripales. Desde Dispositivo-Cuidados-Críticos-Urgencias activan CÓDIGO ICTUS con glucemia 152mg/dl y TA 150-90. A su llegada presenta un NIHSS 23 (afectación grave), temperatura 35°C, ritmo sinusal, saturación 99% con FiO2 0.21, sin petequias ni rigidez de nuca. Glasgow 11, pupilas normales, facial negativo, afásica/apráxica sin disartria (pronuncia bien su nombre y "si" de forma repetitiva), claudicación pierna/brazo izquierdos y con la mano derecha se tapa continuamente. El resto de la exploración fue anodina a igual que: electrocardiograma, analítica de sangre y radiología tórax. La tomografía cerebral muestra una posible lesión isquémica reciente ACM derecha, ASPECTS 9. En fase de perfusión cerebral no se apreciaron alteraciones que indiquesen áreas hipoperfundidas en las lesiones isquémicas lacunares de los núcleos lenticulares bilaterales detectadas en la fase sin contraste. Angiotomografía de troncos supraaórticos normal. Tras realizar estas pruebas, la paciente solicita analgesia por cefalea holocraneal intensa, movilizando las 4 extremidades, sin disartria ni afasia ni apraxia. Se administró paracetamol 1g. TELEICTUS recomienda ingreso en Medicina Interna para completar el estudio, descartándose origen vascular. Ingresada presenta temperatura 38°C y agitación psicomotriz que fue controlada con tiaprizal y midazolam. Se cursaron hemocultivos/urocultivos/bioquímica urgente con creatina quinasa 192U/L, proteína C reactiva 12mg/L, resto fue normal. Se realizó punción lumbar con cultivo/PCR, que fue aséptico. Inicia tratamiento con ceftriaxona/ampicilina/vancomicina/aciclovir mejorando de los síntomas confusionales. Se orienta como una menigoencefalitis vírica. Las serologías fueron negativas. Las muestras remitidas no fueron concluyentes para virus Toscana y West Nile como etiologías de meningoencefalitis/encefalitis asépticas más prevalentes. La resonancia cerebral desveló microangiopatía grado tres de Fazekas e hiperintensidad simétrica de los globos pálidos que apunta a infección vírica. La paciente fue dada de alta 13 días después con secuelas de inestabilidad en la marcha/repetitiva/olvidadiza, descartando cerebritis en interconsulta con neurología.

CONCLUSIONES

La escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) validada por Goldstein es sencilla, rápida, y obligada en los Servicios de Urgencias para evaluar la gravedad/pronóstico de los Ictus Isquémicos (II), pero su objetivo no es sustituir al examen neurológico que sigue siendo insustituible para el Urgenciólogo a pie de camilla.
Se trata de una herramienta que cuantifica del 0 al 42, el grado de "déficit neurológico" agudo/tiempo-dependiente en cinco grupos. Sirve para:
1. Evitar el sesgo dependiente del explorador.
2. Establecer la actitud terapéutica: trombolisis/angioplastia/trombectomía o descartar este intervencionismo.
3. Pronósticar la mortalidad
4. Determinar el riesgo de complicaciones intrahospitalarias no neurológicas (CIHNN). Un NIHSS>10 es pronóstico para la aparición de: disfagia, neumonía aspirativa y nosocomial, infección urinaria intrahospitalaria como más frecuentes.
La Escala CINCINNATI se ha mostrado como la mejor herramienta en la sala de emergencias para detectar II y activar CÓDIGO ICTUS. Sigue el método FAST: FACE/cara-sonreír, ARMS/brazos-elevarlos, SPEECH/lenguaje-hablar, TIME/hora de inicio-tiempo de reacción.
En nuestra paciente no bastó con aplicar CINCINNATI, ni trasformar los datos clínicos en numéricos por la NIHSS, así pues la evaluación inicial de la temperatura, glucemia, la búsqueda de petequias y meningismo estando todos ellos ausentes y el recoger en la historia clínica la exploración neurológica completa, estableció a posteriori que en la sala de emergencias no se planteara como un cuadro infeccioso, como se estableció al concluir el ingreso: meningoencefalitis aséptica sin germen determinado.

P. #496

CÓDIGO ICTUS DESDE AP: VARÓN JOVEN SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Laura Asensio García[1], Ariadna Stella Inciarte Brizuela[2], Raúl Pelegrino López[1], María Belén Arellano Cobos[3]

1. Centro de Salud Ibi II, Ibi, España
2. Centro de Salud Castalla, Castalla, España
3. Centro de Salud Ibi I, Ibi, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años no hipertenso, no diabetes mellitus, no dislipemia, fumador y bebedor ocasional, presenta cuadro brusco de mareo, visión doble y debilidad, con inestabilidad de la marcha que le provoca caída desde su propia altura.
A través del 112 acude el médico del Centro de Salud al domicilio. A su llegada, TA: 129/80 mmHg, FC: 79 lpm, SpO2 96%, Glucemia capilar 96 mg/dl. AC rítmica sin soplos, AP MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal, ruidos presentes. NEUROLÓGICO: Consciente y orientado. PICNR, no nistagmo desviación de la mirada del ojo izquierdo hacia medial que provoca diplopía, MOE derecho conservado, izquierdo con desviación hacia medial. Presenta disartria, desviación de la comisura bucal a la izquierda, debilidad en hemicuerpo derecho, sensibilidad conservada. Campimetría por confrontación ojo derecho normal , ojo izquierdo visión doble. NIHS 7 puntos. HAS-BLED 0 puntos, sin datos de hemorragia.
Ante la clínica presentada se activa el Código Ictus y se traslada paciente con SVB y personal del Centro de Salud a la Unidad de Ictus del Hospital General de Alicante (hospital de referencia).
Hora inicio síntomas: 08:30 h
Hora contacto con Neurología: 09:24 h
Hora de llegada al Servicio de Urgencias HGUA: 10:09h
Hora de realización del estudio radiológico urgente:10:30 h; NIHS basal 9 fluctúa a 5-6.
Hora de reperfusión RTPA iv 11:00h TA 140/100 mmhg.
NIHS tras reperfusión 0.
En TC craneal: ASPECTS10
En TC de control : Hipodensidad en tálamo derecho en relación con infarto isquémico agudo en el territorio de la ACP derecha.
Se realiza estudio de Neurosonología y Ecocardiocopía donde se objetiva Septo interauricular con posible bamboleo. Shunt derecha izquierda tipo FOP PATRÓN CORTINA.
Se completa estudio cardiológico normal y RM encefálica con lesión subaguda en tálamo derecho.
Se diagnostica de ICTUS ISQUÉMICO VERTEBROVASILAR DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA. FIBRINOLISIS IV.
Al alta hospitalaria el paciente presenta marcha con leve disminución del braceo e inestabilidad hacia la derecha que precisa reeducación del equilibrio y de la marcha por parte de fisioterapia. Se inicia tratamiento antiagregante y estatinas, y se deriva a su Médico de Atención Primaria para control de factores de riesgo cardiovascular y seguimiento.

CONCLUSIONES

La experiencia subraya el papel fundamental de la atención primaria como primer eslabón en la cadena asistencial del ictus agudo, siendo la rapidez en el reconocimiento y activación del código ictus factores determinantes en el pronóstico funcional del paciente.
La edad joven y la ausencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales no debe excluir la sospecha diagnóstica de ictus, siendo fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica en Atención Primaria.
La correcta implementación del código ictus desde el primer nivel asistencial permite optimizar los tiempos de actuación y mejorar los resultados terapéuticos, especialmente en la ventana temporal para tratamientos de reperfusión.
Este caso refuerza la importancia de la formación continuada en el reconocimiento de signos de alarma de ictus para todos los profesionales de Atención Primaria, así como el conocimiento actualizado de los protocolos de activación del código ictus.
En pacientes jóvenes con ictus sin factores de riesgo tradicionales es necesario un estudio etiológico exhaustivo para identificar causas menos frecuentes que puedan requerir medidas preventivas específicas.

P. #498

DE TANTO BRINDAR, SE LE OLVIDÓ CÓMO PENSAR: EL CASO DE LA ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

Deborah Prats Florez, Fuensanta Casas Galan
Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
- Antecedentes personales: asma, insuficiencia cardiaca de origen desconocido (posible cardiomiopatía dilatada de origen alcoholico), hepatopatía alcohólica
- Hábitos tóxicos: no fumador, exbebedor desde hace 2 meses. No presenta otros hábitos tóxicos
- Situación basal: Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria
- Intervenciones quirúrgicas: apendicectomia en 1998
- Tratamiento habitual: gabapentina, clorazepato dipotásico, furosemida, espironolactona, amitriptilina, mianserina, citalopram

ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente de 61 años que acude a urgencias por pérdida de equilibrio, inestabilidad de la marcha y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores acompañado de disfagia desde finales de septiembre.
Acude acompañado de su mujer quien refiere que lleva semanas con alteración del comportamiento con cuadros de agresividad y ansiedad.
En septiembre comentan que comenzaron los cuadros de ansiedad con crisis refractarias a diversos ansiolíticos.
Han acudido a Psiquiatra privado, debido a que no cesaba la sintomatología, y a otros hospital donde le han valorado descartando alteraciones psicopatológicas que sugieran trastorno psiquiátrico
EXPLORACION FISICA
Buen estado general. Consciente y orientado en persona pero falla en tiempo y espacio. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril
Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos
EXPLORACION NEUROLOGICA
Lenguaje: nominación, comprensión, expresión y repetición conservadas. Disartria moderada. Oculomotores sin déficits severos. Resto de pares craneales normales. Balance motor en miembros superiores sin alteraciones, no presenta claudicación. Temblor fino distal en manos, postural. Miembros inferiores 4/5 bilateral. Precisa ayuda para mantener la bipedestación, marcha con franca ataxia, no posible de forma autónoma
Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fuerza conservada en cuatro miembros, parestesias en ambos miembros inferiores. Reflejos rotulianos presentes y simétricos. No adenopatías latero cervicales ni axilares. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores sin edemas ni datos de trombosis venosa profunda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Se solicita analítica de sangre con los siguientes valores a destacar: creatinina 1.47, LDH 323, AST 186, ALT 233, PCR 24.2,

recuento leucocitario en rango
Se solicita Radiografía de tórax sin apreciar alteraciones en el momnto actual.
Se solicita TAC de cráneo: no se aprecian signos de hemorragia intracraneal. No se aprecian signos de herniación supra ni infratentorial ni signos de hidrocefalia. Sin otros hallazgos a descartar
PLAN
Se contacta con Neurología y con Medicina Interna de guardia. Tras la valoración por ambos servicios se realiza ingreso a cargo de Medicina Interna por sospecha de Encefalopatía de Wernicke tras la ampliación de amonio en sangre con valores elevados.

CONCLUSIONES

La encefalopatía de Wernicke es una enfermedad cuyo diagnostico es crucial para evitar la progresión a secuelas neurológicas graves y potencialmente irreversibles, como el síndrome de Korsakoff. Es un cuadro que se relaciones con una deficiencia de tiamina, especialmente en pacientes con alcoholismo crónico o desnutrición cuya inespecificidad de los síntomas iniciales puede llevar a retrasos en el diagnóstico, por lo que es importante la realización de una buena historia clínica en pacientes que presenten factores de riesgo

P. #502

EL MOTIVO DE LA PARÁLISIS DEL VI PAR

Vanisha Lilaram Lachmandas, Leire Paramás López, Marta Bosa Santana, Irene Cesteros Martín, Aitana Barrios Trujillo

Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 49 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta en el servicio de Urgencias por imposibilidad de la mirada al exterior del ojo izquierdo desde hace una semana, asociado a cefalea. Refiere estar de incapacidad temporal desde hace unos meses por mareos y cefaleas.
Exploración y pruebas complementarias.
A la exploración neurológica destaca la imposibilidad para la movilidad al exterior del ojo izquierdo, una parálisis del VI par.
Se solicita un TAC de cráneo donde se objetiva una masa heterogénea de predominio hiperdenso centrada en clivus con dimensiones aproximadas de 40 mm x 47 mm x 38 mm. En su borde superior contacta con la silla turca sin aparente afectación del quiasma. Se extiende caudalmente al espacio nasofaríngeo con invasión de amígdalas faríngeas y receso prevertebral. Contacta medialmente con ambos senos cavernosos. Presenta características de agresividad con destrucción lítica de clivus, cóndilos occipitales bilaterales, paredes mediales de ambos surcos carotídeos, así como paredes posteriores de senos esfenoidales. Asocia efecto masa sobre troncoencéfalo con desplazamiento posterolateral derecho del bulbo y obliteración parcial del IV ventrículo.
Se contacta con el servicio de Neurocirugía para ingreso. Se realiza durante el mismo, una RMN de base de cráneo, en la que se objetiva una masa agresiva de base de cráneo centrada en clivus, con focos de calcificación-restos óseos intralesionales, con extensión a espacio prevertebral condicionando compresión y desplazamiento anterior de oro y nasofaringe, erosión ósea del cóndilos occipitales de predominio izquierdo, con masa de partes blandas peri-odontoideo izquierdo. Erosión de paredes posteriores de senos esfenoidales con componente de partes blandas en región posterior de ambos senos. Masa de partes blandas retroclival con leve compresión y desplazamiento posterolateral derecho de troncoencéfalo. La masa pierde planos de clivaje con segmento petroso de carótida interna bilateral.. Presenta realce intenso heterogéneo tras administración de contraste y unas dimensiones de 7.2x4x6cm.
Ante estos hallazgos, se contacta con el servicio de Otorrino, quienes realizan una biopsia de cavum, que resulta positiva para un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, con queratinización focal, Epstein-Barr negativo.
Tras comentar el caso en Comité de tumores, se consensúa iniciar próximamente quimioterapia de inducción, con posterior radioterapia y quimioterapia, dando de alta a la paciente.
Evolución.
Días después la paciente consulta de nuevo por disartria y disfagia, refiriendo su marido inquietud y desorientación.En ese momento se solicita Angio-TC cerebral con hallazgo de trombosis de seno sigmoideo derecho con extensión a vena yugular derecha y también se aprecia defecto de repleción

en vena yugular izquierda. Se contacta con Oncología Médica y Radioterápica, quienes inician heparina y se desestima radioterapia hemostática por la situación neurológica.
Durante su ingreso realiza una epistaxis secundaria a sangrado tumoral, que cede con taponamiento anterior pero dada la mala evolución neurológica se desestima inicio de quimioterapia de inducción, comentando el caso con la Unidad de Cuidados Paliativos, falleciendo a las 48 horas.

CONCLUSIONES

El carcinoma de cavum es un tumor infrecuente en España, con una prevalencia de 1/100.000; siendo habitual en el sudeste asiático. El virus Epstein-Barr es un factor de riesgo, así como el alcohol y el tabaco. Sus formas más frecuentes de manifestación son la epistaxis, la disfonía u otalgia; pudiendo llegar a invadir la base del cráneo.
Ante una parálisis del VI par, es importante realizar un diagnóstico diferencial entre tumoración, enfermedad desmielinizante o causa traumática.
Como conclusión final, destacar la importancia de una correcta anamnesis y exploración física para el diagnóstico precoz de este tipo de patologías. En este caso, la paciente no había consultado previamente en el Servicio de Urgencias pero sí en varias ocasiones en su médico de Atención Primaria.

P. #503

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA

Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], Carmen Montejo González[1], María Eveline Nicolaita Colacel[1], Rebeca Díaz Cortés[2]

1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 88 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Independiente, vive solo. No antecedentes de interés ni tratamientos crónicos.
Acude derivado al servicio de urgencias por posible síncope. A la anamnesis dirigida el paciente refiere haber presentado una caída casual por un tropiezo al encontrarse el suelo mojado. Niega pérdida de conocimiento, disnea, palpitaciones, dolor torácico o cortejo vegetativo. Retrospectivamente el paciente explica también dolor abdominal en hipogastrio 3 días antes que motivó una consulta en otro centro sin realización de pruebas complementarias. No náuseas, vómitos ni cambios deposicionales.
A la exploración inicial buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Febricular a su llegada. Hipotenso con TA 90/60 mmHg. Eupneico en reposo, saturando al 96% basal. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen doloroso a la palpación de manera difusa, con defensa. Exploración neurológica sin focalidad. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales presentes y simétricos.
En urgencias se realiza analítica en la que destaca leucocitosis de 27.920 con 88.1% de neutrófilos. Plaquetas normales. Tasa de protrombina del 63%. Creatinina 1.4 mg/dL con 42 mL/min de filtrado glomerular. Lipasa 6 U/L, ALT 64 U/L y bilirrubina total de 1.6 mg/dL. PCR 246.1 mg/L y troponina 2089.4 ng/L. Electrocardiograma en ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización y radiografía de tórax sin infiltrados ni condensaciones. Sedimento de orina con proteinuria y hematuria. Exudado nasofaríngeo negativo. Dada la exploración abdominal y ante los hallazgos analíticos se completa estudio con TC abdominal que muestra hallazgos compatibles con patología isquémica intestinal de predominio en íleon y colon derecho, con distensión reactiva de asas de yeyuno, marco cólico y cámara gástrica.
A su llegada a urgencias el paciente permanece hipotenso por lo que se administra sueroterapia y con la sospecha inicial de sepsis abdominal se inicia antibioterapia empírica con meropenem. Con los hallazgos del TC abdominal se comenta el caso con Cirugía General. El paciente ingresa a su cargo para intervención quirúrgica urgente en la que se observa isquemia irreversible de prácticamente todo el paquete intestinal (salvo 45 cm) y colon derecho. Tras realizar laparotomía exploradora y ante la irreversibilidad del cuadro se decide limitación del esfuerzo terapéutico, siendo finalmente exitus a las horas.

CONCLUSIONES

El presente caso muestra la importancia de realizar una exploración sistemática y completa a todos los pacientes con independencia del motivo de consulta. En este caso, a pesar de que el paciente acudió por un posible síncope, una exploración por aparatos hizo sospechar patología digestiva y llevó a solicitar el TC abdominal que dió con el diagnóstico.

P. #508

SÍNDROME DEL TUNEL CARPIANO Y PROCALCITONINA ELEVADA: UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Ana Isabel Sanz García[1], María Vicente Herrero[2], Marta Morales Jiménez[3], Esther Álvarez Rodríguez[4]

1. Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España
2. Centro de Salud Villaviciosa de Odón, Madrid, España
3. Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España
4. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años hipertensa en tratamiento. Acude a urgencias con un cuadro de dolor tipo quemazón en mano izquierda de tres meses de evolución que ha progresado y ascendido hasta afectar a todo el brazo. Refiere también clínica de síndrome constitucional con pérdida de 4 Kg de peso en los últimos dos meses y astenia generalizada. Había acudido a urgencias al inicio del cuadro; entonces le realizaron una radiografía de la mano que fue normal, un electromiograma que confirmaba síndrome del túnel carpiano y una analítica normal.

En la exploración física la paciente se encuentra con buen estado general, normotensa, normoperfundida, y con febrícula. Impresiona de afectación importante por dolor. A la exploración general destaca únicamente abdomen doloroso a la palpación en flanco izquierdo, epigastrio y mesogastrio sin signos de irritación peritoneal y una adenopatía laterocervical izquierda patológica. La exploración neurológica muestra alteración sensitiva parcheada, sin claro territorio nervioso ni radicular. No se objetiva clara afectación motora. Existe cierta limitación por impotencia funcional. Además presenta reflejos vivos, aunque de modo simétrico y el resto de la exploración es normal.

Las pruebas complementarias con hemograma, gasometría venosa, coagulación y radiografía de tórax, no presentan alteraciones reseñables. Llama la atención la gran elevación de la procalcitonina (44.40) con el resto de reactantes de fase aguda normales.

Se decide ingresar a la paciente en el servicio de Medicina Interna para estudio del síndrome constitucional y el cuadro de dolor neuropático intenso e invalidante. En planta la paciente refiere además dolor epigástrico con pirosis y en región retroesternal que empeora con la tos además del dolor neuropático en el miembro superior izquierdo. Dados los hallazgos de una procalcitonina tan elevada y la sospecha de enfermedad neoplásica, se decide solicitar tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal y se realiza nuevamente un electromiograma que en este caso fue informado como normal.

En el TC se objetivan múltiples nódulos pulmonares, el de mayor tamaño de aspecto espiculado sospechoso de malignidad, que asocian hallazgos sugestivos de linfangitis carcinomatosa; con lo que se confirma la sospecha de neoplasia. Se amplía el estudio con resonancia magnética (RM) de cráneo y de médula cervical, en la cual describen hallazgos compatibles con metástasis craneales intraaxiales supra e infratentoriales y metástasis en médula cervical a nivel C5-C6 y metástasis óseas en calota y en columna cervical.

CONCLUSIONES

Tanto la clínica como la exploración física juegan un papel fundamental en la valoración y diagnóstico del paciente en urgencias, prevaleciendo estas en la toma de decisiones ante pruebas complementarias dudosas. El hallazgo de una procalcitonina elevada no siempre traduce una infección y puede corresponderse a un reactante de fase aguda de otro origen que el urgenciólogo debe conocer, como en el caso que nos ocupa.

Tras el hallazgo de una elevación de procalcitonina tan importante se interpretó como un parámetro de respuesta inflamatoria sistémica, más que como un parámetro infeccioso, porque no había otros datos ni clínicos ni analíticos que apoyaran el diagnóstico infeccioso.

Aunque la procalcitonina tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección de infecciones bacterianas graves, se ha descrito una elevación algo más discreta en otras infecciones, procesos autoinmunes y neoplasias. No obstante, no es habitual que una neoplasia como el caso que nos ocupa la eleve tanto, y se suele considerar que elevaciones por encima de 10 se relacionan con procesos sépticos.

Por lo tanto debemos siempre primar la clínica que nos cuenta el paciente y fiarnos de nuestra exploración física, que nos da muchos datos. A veces las pruebas complementarias nos pueden alejar del diagnóstico o pueden confundirnos, por lo que hay que darles la importancia específica en cada caso.

P. #513

ACIDEMIA EUGLUCÉMICA EN PACIENTE CON USO DE EMPAGLIFLOZINA: UN CASO CLÍNICO

Yolanda Vera Soto, Cristina Sánchez López

Hospital San Agustín, Linares, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón de 49 años, diabético tipo 1 y en tratamiento con; Lantus 40 UI/24H Novorapid 50 UI cada 24 h Trulicity 1,5 mg—> 1 dosis a la semana. (Dos meses sin tratamiento por desabastecimiento); Empaglifozina 10 mg7 24 h

ENFERMEDAD ACTUAL.

Varón de 49 años que acude a urgencias por disnea de varias horas de evolución mientras se encontraba en la vía pública, atribuyéndola a ansiedad. Refiere dos episodios de vómitos, sin fiebre ni síntomas infecciosos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general, consciente, normohidratado, taquipneico en reposo (SatO2: 98%).

TA: 168/65 mmHg, glucemia capilar: 138 mg/dL.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado, sin roncus ni sibilancias.

Cardiovascular: Tonos rítmicos sin soplos.

Resto de exploración normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALITICA URGENCIAS

Hemograma y Coagulación: normales

Bioquímica: Glucosa: 196 mg/dL, Na: 133 mEq/L, K: 5.2 mEq/L, CPK: 394 U/L, PCR: 47 mg/L, troponina: 7.26 ng/L.

Gasometría venosa: pH: 7.17, pCO2 <12 mmHg, pO2 >120 mmHg, bicarbonato indetectable.

EVOLUCION EN OBSERVACIÓN

Se inicia sueroterapia de 1000 ml en 1h con 200 cc de bicarbonato 1M en 30 minutos.

Tras el primer control, se observa mejoría parcial: pH: 7.25, bicarbonato: 12.8, ácido láctico: 15.

Se mantiene hidratación, pero el siguiente control revela deterioro: pH: 7.22, bicarbonato: 5.8, lactato: 7, glucemia: 123 mg/dL.

Se administra una nueva dosis de bicarbonato: 280 ml de 1M en 30 min.

A pesar del tratamiento intensivo con suero y bicarbonato, el paciente continúa con acidosis severa: pH: 7.19, bicarbonato indetectable

Ante la falta de respuesta, se revisa la literatura y se plantea el diagnóstico de cetoacidosis diabética euglucémica, probablemente secundaria al uso de empagliflozina.

Tras esto, se inicia hidratación intensiva con 2000 ml en 2 horas, alternando suero glucosalino y fisiológico, seguido de 2000 ml en 6 horas.

Glucemia: 141 mg/dL. Función renal e iones: Normales. Cetonemia: 8 mmol/L (criterio diagnóstico de CAD si >3 mmol/L). Orina: Normal.

Se inicia perfusión de insulina IV (50 UI en 50 ml de suero fisiológico a 8 ml/h) con controles horarios de glucemia y cetonemia.

Tras 1h de tratamiento: Glucemia: 134 mg/dL, cetonemia: 7.4

mmol/L.
El paciente presentó mejoría progresiva, con estabilización de la acidosis y se procedió a ingreso en Medicina Interna.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética euglucémica asociada a inhibidores de SGLT2 es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave. Su diagnóstico es difícil sin una alta sospecha clínica.
Esta alteración metabólica ocurre ante un déficit absoluto de insulina o una disminución en la utilización de hidratos de carbono, con un aumento de hormonas contrarreguladoras, de ahí que los pacientes insulinodependientes, con escasa reserva pancreática y de glucógeno, son los más vulnerables.
En este caso, el paciente con diabetes tipo 1 tenía una reserva pancreática insuficiente y un mal control glucémico. La administración de empagliflozina promovió la hipoinsulinemia relativa y activó la cetogénesis, desencadenando una cetoacidosis diabética con glucemias normales.
Tal y como hemos podido comprobar el tratamiento se basa en:
Fluidoterapia: Rehidratación intensiva (250-500 ml/h si el estado del paciente lo permite).
Insulina: Perfusión IV (0.1 U/kg/h), ajustando la velocidad en función del descenso de cuerpos cetónicos en sangre
Glucosa: Aporte temprano para prevenir hipoglucemias secundarias a la infusión de insulina.
Corrección de factores precipitantes.
Además, aunque los niveles de potasio sean normales, es fundamental suplementarlo para evitar su descenso. No se recomienda la administración rutinaria de bicarbonato.
Por tanto, esto justifica que nuestro paciente solo mejoró tras iniciar la perfusión de insulina, lo que disminuyó la cetogénesis y corrigió la acidosis metabólica.

P. #518

LACERACIÓN ESPLÉNICA POSTCOLONOSCOPIA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Tristán Calvo[1], Carlos Rodríguez Ots[1], Fernando Roque Rojas[1], Irene Saez Sanz[1], Víctor Tristán Calvo[2], Davide Luordo Tedesco[1]

1. Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España
2. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La laceración esplénica es una complicación excepcional, pero potencialmente grave, de la colonoscopia. Su incidencia no está bien definida, aunque se han reportado múltiples casos en la literatura médica (1-2). Los mecanismos propuestos incluyen traumatismo directo sobre el bazo, tracción excesiva del ligamento esplenocólico y movilidad reducida entre el bazo y el colon (1-3). Los principales factores de riesgo son la dificultad técnica del procedimiento, antecedentes de adherencias intraabdominales y edad avanzada, especialmente en mujeres (3-4).
Caso clínico
Se describe el caso de una paciente de 53 años, con antecedentes de pólipos colorrectales, sometida a colonoscopia con polipectomía sin complicaciones inmediatas. Seis horas después, presentó síncope y dolor abdominal irradiado al hombro izquierdo (signo de Kehr). A su llegada a urgencias, los signos vitales eran: presión arterial 107/63 mmHg, frecuencia cardíaca 72 lpm. En la exploración clínica destacó dolor en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal.
El hemograma evidenció anemización progresiva (hemoglobina: 13.4 g/dL a 11.2 g/dL en 24 horas). Una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste mostró hemoperitoneo y laceración esplénica de 12 mm, sin extravasación activa. La paciente permaneció hemodinámicamente estable, por lo que se decidió manejo conservador con monitorización estrecha, dieta absoluta y controles analíticos seriados.
La evolución hospitalaria fue favorable, con disminución progresiva del dolor y estabilización de la hemoglobina. Un TC de control evidenció resolución parcial del hemoperitoneo sin progresión de la lesión esplénica. La paciente fue dada de alta tras seis días, con indicación de reposo relativo y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

Discusión
La laceración esplénica postcolonoscopia, aunque infrecuente, es una complicación que puede comprometer la vida del paciente. Su fisiopatología se relaciona con maniobras mecánicas, incluyendo tracción del ligamento esplenocólico y movimientos de torque durante el procedimiento (1,5). Clínicamente, suele presentarse con dolor abdominal irradiado

al hombro izquierdo, inestabilidad hemodinámica, anemia aguda y leucocitosis (1,6). Aunque los síntomas típicamente aparecen en las primeras 24 horas, pueden presentarse hasta una semana después del procedimiento (6).
El diagnóstico de elección es la TC abdominopélvica con contraste, debido a su alta sensibilidad y especificidad para identificar laceraciones, hematomas y hemoperitoneo (7). La ecografía, aunque menos precisa, puede ser útil en la evaluación inicial (7).
El manejo depende de la estabilidad hemodinámica del paciente. Los casos inestables requieren esplenectomía de emergencia (1,5). Sin embargo, el manejo conservador es una opción viable en pacientes estables, como en este caso, e incluye vigilancia clínica y analítica, fluidoterapia y reposo (1,4).
Conclusión
La laceración esplénica secundaria a colonoscopia, aunque rara, es una complicación seria que debe sospecharse ante dolor abdominal postprocedimiento. La tomografía computarizada es el estándar diagnóstico por su alta precisión para identificar lesiones esplénicas. El manejo debe adaptarse a la estabilidad del paciente, priorizando la vigilancia clínica en casos estables y reservando la intervención quirúrgica para situaciones de inestabilidad. La detección temprana y el abordaje adecuado son esenciales para mejorar los resultados clínicos.
Referencias
1. Ahmed A, Eller PM, Schiffman FJ. Splenic Rupture: An Unusual Complication of Colonoscopy. The American Journal of Gastroenterology. 1997;92(7):1201-4.
2. Guerra JF, San Francisco I, Pimentel F, Ibanez L. Splenic Rupture Following Colonoscopy. World Journal of Gastroenterology. 2008;14(41):6410-2.
3. Andrade EG, Olufajo OA, Drew EL, Bochicchio GV, Punch LJ. Blunt Splenic Injury During Colonoscopy: Is It as Rare as We Think? American Journal of Surgery. 2018;215(6):1042-1045.
4. Singla S, Keller D, Thirunavukarasu P, et al. Splenic Injury During Colonoscopy—A Complication That Warrants Urgent Attention. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2012;16(6):1225-34.
5. Keeven N, Inboriboon PC. A Case of Splenic Laceration Presenting as a Delayed Complication of Colonoscopy. The Journal of Emergency Medicine. 2019;56(4):437-440.
6. Petersen CR, Adamsen S, Gocht-Jensen P, et al. Splenic Injury After Colonoscopy. Endoscopy. 2008;40(1):76-9.
7. Saad A, Rex DK. Colonoscopy-Induced Splenic Injury: Report of 3 Cases and Literature Review. Digestive Diseases and Sciences. 2008;53(4):892-8.

P. #525

LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DE UN SIMPLE RESFRIADO

Marta Mayo Caballero[1], Carlos Ryan Berger Morrill[2], David García Martínez[3], Marta Virgós Varela[4]

1. Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, España
2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España
3. Centro de Salud Torrox, Torrox, España
4. El Morche, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 años, IABVD. Trabaja en una floristería.
Alergia a clavulánico.
Antecedentes personales: Hipertensión arterial, No diabetes mellitus ni dislipemias. Síndrome de Gilbert.
En tratamiento habitual con Zolpidem 5 miligramos.
Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía.
Exfumador desde hace 12 años. Bebe alcohol de forma ocasional.
Acude a urgencias por traumatismo craneoencefálico por caída accidental secundaria a dificultad para caminar, asociando sensación de pérdida de fuerza en las manos.
El paciente refiere que se ha levantado cansado y con sensación de agujetas en los miembros inferiores, motivo por el que ha perdido el equilibrio mientras subía la rampa de su garaje.
Además, desde hace unos días presenta síntomas catarrales leves con febrícula.
La exploración neurológica del paciente resulta anodina, con marcha normal, fuerza y sensibilidad conservada.
Se solicitan pruebas complementarias como Analítica de sangre (con creatina quinasa incluida), Rx tórax, TAC de cráneo y ECG, con resultados dentro de la normalidad.
Se da de alta con juicio clínico miositis asociado a proceso vírico.
Al día siguiente es traído de nuevo por equipo de urgencias al hospital por debilidad en miembros inferiores, asociando clínica vertiginosa con giro de objetos y sensación nauseosa. Se le realiza nueva exploración física completa y analítica de sangre en la que no destacan valores alterados.
Se ingresa en área de observación para realizar punción lumbar, siendo esta anodina.
Se realiza interconsulta con Traumatólogo de guardia, valoran al paciente y describen una nueva exploración completa incluyendo columna vertebral, pero no objetivan patología musculoesquelética aguda. Finalmente, se da de alta al paciente nuevamente a su domicilio con tratamiento antiinflamatorio y vigilancia por su médico de atención primaria.
7 días después, su médico de atención primaria acude al domicilio del paciente y lo deriva al centro hospitalario por pérdida de fuerza de miembros inferiores y superiores, ha comenzado a usar pañal por no poder levantarse para ir al baño, precisa ayuda para comer y asearse. No pérdida de continencia de esfínteres. Asocia dolor en zona cervical, miembro superior derecho y ambos muslos.
Asintomático del cuadro vírico catarral.
Exploración neurológica destaca sensación de ligera ptosis palpebral derecha, con parpadeo enlentecido. Lenguaje

impresiona ser algo más lento, aunque niega alteración de este. Eleva miembros superiores contra gravedad pero claudica en 10 seg. Miembros inferiores proximal fuerza 3 de 5, distal 2 de 5. Hiperestesia global corporal. Reflejos cubital y rotuliano impresionan de abolidos. Babinski flexor bilateral.
Se solicita nuevo tac de cráneo y se pasa a Observación, se realiza Punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo: leucocitos 1, hematíes 800, proteínas 126.8 (previa 47), glucosa 83.
Sospecha de Síndrome de Guillain Barré y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas.
Síndrome de Guillain Barré es una polirradiculoneuropatia inflamatoria aguda, inmunomediada, que causa la desmielinización segmentaria del sistema nervioso periférico. Se presenta como un cuadro agudo y simétrico de debilidad flácida e hiporreflexia que suele presentarse de forma ascendente desde las extremidades.
El tratamiento se basa en inmunoglobulinas intravenosas, y su pronóstico dependerá de la rapidez en la instauración del tratamiento.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de un paciente joven y sano con síntomas progresivos de polirradiculoneuropatía tras un proceso vírico reciente. La clínica debe prevalecer sobre las pruebas complementarias, especialmente si estas son inicialmente normales. Es fundamental considerar los antecedentes y evolución del paciente, incluso si él los minimiza.
Ante la incertidumbre diagnóstica y el empeoramiento de los síntomas, se recomienda ingreso precoz para estudio y tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico.
Por último, se enfatiza un enfoque centrado en el paciente, promoviendo su participación en decisiones y garantizando la continuidad de la atención.

P. #527

NO TODOS LOS MAREOS SON VÉRTIGOS, LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Irene Milagro Valls Pascual[1], Isabel Díaz Aguilar[1], María Brotons Seguí[1], Julia De Lara Terán[2], Sara López Espinosa[1], Daniel Martínez Vicent[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoi, España
2. SESCV, Elda, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
No reacciones alérgicas a medicamentos conocidas.
Exfumador hace 8 años.
Antecedentes neumológicos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisema. Neumotórax derecho.
Antecedentes digestivos: hemorragia digestiva alta por ulcus bulbar.
Antecedentes neurológicos: episodios de vértigo frecuentes, nistagmo horizontal congénito.
TRATAMIENTO ACTUAL: bromuro de tiotropio 18 microgramos (mcg) 1 cada 24 horas y ebastina 20 miligramos (mg) 1 comprimido cada 24 horas.
ANAMNESIS
Varón de 70 años que presenta un síncope con pródromos y pérdida de conciencia mientras estaba podando un seto, de duración indeterminada, sin relajación de esfínteres y con recuperación espontánea. Los familiares al llegar al domicilio lo encuentran desorientado, mareado, y con torpeza al caminar. Niega dolor torácico. Deciden consultar en el centro de salud desde donde se activa el código ICTUS y se deriva a su hospital para la realización de pruebas complementarias.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Regular aspecto general, con mareo asociado, náuseas, cefalea y cervicalgia desde el síncope.
Auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad.
Exploración neurológica alterada presentando: Glasgow 15, nistagmo horizonto rotatorio, Romberg patológico e inestabilidad en la marcha en tándem hacia la izquierda. Resto de pares craneales, fuerza y sensibilidad dentro de la normalidad.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Electrocardiograma: ritmo sinusal con QRS estrechos y eje a - 30°, onda T negativa en DIII aislada.
Análisis de sangre: destaca la elevación de la troponina de alta sensibilidad hasta 110 picogramos/mililitro (pg/mL) (valores normales < 14 pg/mL), seriación a las 2 horas: 55 pg/mL. Resto de valores sin alteraciones significativas.
Angio-Tomografía Computarizada (TC) craneal: aspecto muy filiforme de la arteria vertebral izquierda con engrosamiento de su pared y tramos de interrupción de flujo con ausencia de opacificación de segmento V1 y gran parte de V2 que sugiere disección de arteria vertebral izquierda. La arteria cerebelosa posterior inferior (PICA) izquierda se encuentra permeable.
EVOLUCIÓN
Tras la exploración del paciente, se administra tratamiento analgésico para la cefalea y tratamiento antiemético.
Se contacta con la unidad de Neurología del hospital de referencia, quiénes tras revisar las imágenes, confirman el origen

extracraneal de la lesión con la PICA izquierda permeable y que no presenta un gran vaso candidato a tratamiento endovascular. El paciente después de unas horas en observación en el servicio de Urgencias, ingresa sin dolor ni náuseas y persistencia del mareo a cargo de Neurología tras permanecer en reposo. Se pauta para el ingreso su tratamiento habitual y se añade tratamiento antiagregante.
SEGUIMIENTO
Permanece ingresado una semana durante la que se inicia rehabilitación para mejorar el mareo y la inestabilidad. En la resonancia magnética craneal se confirma la presencia de trombosis/disección trombosada de la arteria vertebral izquierda extracraneal sin signos de isquemia aguda en territorio posterior. Al alta se ajusta tratamiento, con ácido acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido cada 24 horas y atorvastatina 40 mg 1 comprimido cada 24 horas. Queda en seguimiento por Neurología y Rehabilitación.

CONCLUSIONES

Queremos destacar la importancia de una buena exploración neurológica y de tener presente un amplio diagnóstico diferencial ante un mareo. Tenemos un paciente de 70 años con síncope y recuperación espontánea que asocia tras ello clínica vertiginosa y cefalea. Pensar que no todos los mareos son vértigos, en este caso la exploración neurológica presenta varios signos que nos indican que se trata de una patología de origen central y que es importante realizar cuanto antes una prueba de imagen para encontrar la causa de este cuadro. Aunque no sea la presentación clásica de una disección vertebral, ya que no existe antecedente traumático y tiene más edad de la habitual, la cefalea y la cervicalgia junto con el mareo nos orientan también a pesar en un origen vascular del mareo.

P. #536

ÍLEO BILIAR E INSUFICIENCIA RENAL, UNA COINCIDENCIA MUY PELIGROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

José Javier Oribe Plágaro, Rocío Guinea Suárez, Nerea Olivares Amondarain, Markel Orive Quintana, Paula Pérez Reclusa, José Ángel Sancho Esteras
Hospital Universitario Araba (Txagorritxu), Vitoria-Gasteiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un hombre de 76 años, apendicectomizado, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos que no tomaba ningún tipo de tratamiento médico.
Acudió a Urgencias por dolor abdominal localizado en epigastrio y mesogastrio de aparición brusca hacía 72 horas, generalizándose posteriormente, con náuseas y 5 vómitos alimenticios. Refería anuria y ausencia de deposición desde entonces.
Al parecer, presentaba buena tolerancia a líquidos sin ingesta sólida, habiendo tomado suero fisiológico oral y probióticos sin aparente necesidad de analgesia.
A la exploración encontramos un paciente afectado por el dolor, con buen estado de nutrición e hidratación y con constantes vitales dentro de la normalidad. Destacaba un abdomen distendido y doloroso de forma difusa a la palpación sin claros signos de irritación peritoneal y ausencia de ruidos hidroaéreos sin palparse globo vesical.
Ante la sospecha de retención aguda de orina, se realizó una ecografía "a pie de cama", sin observar vejiga urinaria replecionada ni signos de hidronefrosis, a pesar de lo cual, se realizó sondaje vesical dificultoso con volumen miccional escaso.
En el análisis de sangre habitual observamos signos de fracaso renal agudo con creatinina de 6,46 mg/dl y un filtrado glomerular por el método CKD-EPI de 8 ml/min, PCR de 295,5 mg/dl y discreta leucocitosis (11.700) con desviación izquierda, sospechando un origen prerrenal del fracaso renal agudo.
En la radiografía simple de abdomen se observaba aerobilia, no presentaba signos claros de obstrucción abdominal, aunque había alguna asa dilatada de intestino delgado sospechosa y no se podía ver una litiasis clara.
En la T.A.C. abdominal se observó aerobilia con una fístula colecistoduodenal y obstrucción mecánica de yeyuno distal secundaria a colelitiasis migrada, compatibles con íleo biliar.
Con el diagnóstico de íleo biliar e insuficiencia renal aguda prerrenal, se decidió intervención quirúrgica urgente mediante enterotomía y extracción del cálculo, evolucionando favorablemente, afebril, hemodinámicamente estable y con dolor controlado.
La función renal se normalizó con sueroterapia, tolerando dieta oral y presentando un tránsito intestinal normal, decidiéndose alta hospitalaria a los 4 días del ingreso, y solamente con tratamiento analgésico.

CONCLUSIONES

El íleo biliar es una patología poco frecuente. Alrededor del 3-4% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado

se producen por esta causa, la cual aumenta hasta el 25% en personas de más de 65 años (2). Pero, a su vez, es muy grave y con una alta mortalidad, de entre 12 y el 27% (1), debido a las comorbilidades y al retraso diagnóstico.
El diagnóstico precoz y el manejo quirúrgico adecuado del íleo biliar son fundamentales para el tratamiento, y mejoran el pronóstico (1).
Los hallazgos de la radiografía simple suelen ser inespecíficos, siendo excepcional documentar la tríada de Rigler, consistente en aerobilia, litiasis biliar ectópica y signos de obstrucción intestinal (3).
El tratamiento es quirúrgico, con el objetivo de solucionar la obstrucción intestinal en una primera fase. Por otro lado, suele ser necesaria una segunda intervención para resolver la fístula biliodigestiva (4).
Bibliografía:
1.- Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023; 61(1):106-110.
2.- Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, Alarcó-Hernández A, Medina-Arana V. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Cir Esp.2013; 91(8):485-489.
3.- Brandariz-Gil L, Fernández de Miguel T, Perea J. Tríada de Rigler en íleo biliar. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108 (9): 581-582.
4.- Zaliekas J, Munson JL. Complications of gallstones: The Mirizzi syndrome, gallstone ileus, gallstone pancreatitis, complications of "lost" gallstones. Surg Clin North Am 2008;88:1345-68. DOI: 10.1016/j.suc.2008.07.011

P. #537

CUANDO BEBER DEMASIADA AGUA SE CONVIERTE EN UN PELIGRO: HIPONATREMIA GRAVE Y COMA METABÓLICO EN UN ADOLESCENTE

Francisco Ubet Barberá, Arantxa Ramos Miravet, Delia Herranz Benito, Mercedes Moreno López, Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos, Leticia Silva Iglesias

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Derivado a centro hospitalario desde domicilio por bajo nivel de consciencia. Paciente de 17 años que presenta disfagia para sólidos desde hace 2 meses, valorado por otorrinolaringología se descarta causa estructural en vía superior, es remitido a Digestivo, pendiente de valoración.
Debido a esto, en las últimas 3 semanas, escasa ingesta de sólidos y abundante ingesta hídrica (3-4 litros/día). Además, refiere la familia que la mañana en la que consulta en urgencias ha tenido un despeño diarreico y posteriormente vómito en escopetazo, con deterioro del nivel de conciencia.
A la llegada de la unidad medicalizada de emergencias, objetivan posición de decorticación, administran 2 gramos de levetiracetam y lo derivan a centro hospitalario.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
El paciente presenta Glasgow de 5, con pupilas midriáticas, movimientos de chupeteo, desviación de la mirada hacia la izquierda y extensión de miembros inferiores.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
En analítica, destacan alteraciones metabólicas, consistentes en hiponatremia de 120 mmol/L, hipopotasemia de 2.3mmol/L y acidosis metabólica láctica (pH 7.2, HCO3- 14 mmol/L, láctico 7.7 mmol/L).
Se realiza TAC craneal donde se objetiva edema cerebral.
TRATAMIENTO:
Se administran bolos de suero hipertónico al 3% y suplemento de potasio.
DIAGNÓSTICO:
- HIPONATREMIA HIPOOSMOLAR AGUDA GRAVE. SECUNDAIRIA A -
- HIPERHIDRATACIÓN HIPOTÓNICA.
- INTOXICACIÓN ACUOSA AUTOINDUCIDA.
- COMA DE ORIGEN METABÓLICO.
- EDEMA CEREBRAL
EVOLUCIÓN:
Se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, se decide ingreso en unidad de cuidados intesivos (UCI). Durante su estancia en UCI recuperación progresiva del Na hasta su recuperación (al alta 137 mmol/L). Tras sedación, el paciente recupera nivel de conciencia y se extuba. Sin focalidades neurológicas aparentes posteriores. Mantiene la disfagia para sólidos previamente y se ha nutrido con nutrición enteral por sonda nasogastrica. Alta con Glasgow 15. Valorado por psiquiatría previo al alta que destaca temores de contenido hipocondriaco, diagnóstico de ansiedad reactiva con tratamiento psicofarmacológico al alta.

CONCLUSIONES

Este caso clínico pone de manifiesto las graves consecuencias metabólicas de la hiperhidratación hipotónica autoinducida en un paciente joven con antecedentes de disfagia. La hiponatremia severa detectada en la analítica inicial fue el principal desencadenante del edema cerebral, el deterioro neurológico y el estado de coma metabólico. La presentación clínica del paciente, con signos de disfunción del tronco encefálico y posturas patológicas, destaca la importancia de reconocer de manera temprana los efectos de la disnatremia en el sistema nervioso central.

El tratamiento instaurado, con corrección progresiva del sodio mediante suero hipertónico al 3% y reposición de potasio, permitió la recuperación neurológica sin secuelas aparentes. La estrecha monitorización del sodio es fundamental en estos casos para evitar el riesgo de desmielinización osmótica por corrección rápida.

Un aspecto relevante del caso es la persistencia de la disfagia y la identificación de un componente psiquiátrico subyacente. La ansiedad reactiva con temores hipocondríacos pudo haber influido en la ingesta desproporcionada de agua, lo que sugiere la necesidad de un abordaje multidisciplinario. La nutrición enteral mediante sonda nasogástrica permitió garantizar un adecuado soporte nutricional mientras se evaluaba la causa de la disfagia.

Este caso resalta la importancia de considerar etiologías psiquiátricas en pacientes con alteraciones en la ingesta, así como la necesidad de un seguimiento clínico y nutricional a largo plazo para prevenir nuevas complicaciones.

P. #538

CUANDO LAS LESIONES CUTÁNEAS SON LA CLAVE EN URGENCIAS

Mireia Colom Guerra, Judith Puig Narváez, Alba Estebanell Hernanz, Rut Jiménez Calderón

Consorcio Sanitario de Terrassa (CST), Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 40 años con antecedentes de hipertensión y síndrome del túnel carpiano acude a urgencias por fiebre, astenia y lesiones cutáneas dorsales de un mes de evolución. Presenta lesiones, inicialmente marronáceas, actualmente eritematosas, papulares y ligeramente pruriginosas, acompañadas de malestar general, artromialgias, tos seca, fiebre vespertina hasta 39°C, escalofríos y sudoración. No refiere disnea ni pérdida de peso.

A la exploración, presenta crepitantes basales bilaterales leves, erupción papular eritematosa en la espalda y sin adenopatías palpables. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis, con función hepática, renal y calcio normales. La radiografía de tórax muestra hilios prominentes, especialmente el izquierdo, de morfología nodular. Se ingresa por sospecha de sarcoidosis.

Durante el ingreso en planta, la tomografía axial computarizada (TAC) torácica revela adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales y opacidades parenquimatosas en el lóbulo superior derecho y base pulmonar derecha, sugestivas de sarcoidosis estadio II. La biopsia cutánea y la broncoscopia con biopsia transbronquial de ganglio linfático mediastínico confirman dermatitis granulomatosa no necrotizante. Se diagnostica como sarcoidosis cutánea sin afectación pulmonar grave ni compromiso de órganos vitales y se inicia estudio para descartar infecciones latentes ante posible tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIONES

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, probablemente inmunológica, que afecta a jóvenes y adultos de mediana edad. Suele manifestarse con adenopatías bilaterales, infiltrados pulmonares y lesiones oculares y cutáneas.

La afectación pulmonar es la más común (90%), con tos seca, disnea, fiebre y fatiga, aunque la sarcoidosis cutánea es relativamente frecuente y constituye un desafío diagnóstico para el médico, dado que suele ser un síntoma temprano de afectación sistémica asintomática. Las lesiones cutáneas se dividen en específicas y no específicas.

- Lesiones específicas: histológicamente presentan granulomas sarcoides.

Maculopápulas: Lesiones maculares o mínimamente sobreelevadas, eritematomarronáceas, discretamente infiltradas, localizadas principalmente en cara, alrededor de los ojos y pliegues nasolabiales, cuello, extremidades, tronco y mucosas.

Placas sarcoides: Placas redondeadas, infiltradas, eritematomarronácea localizadas en extremidades, cara, cuero cabelludo y nalgas.

Lupus pernio: Lesión crónica más característica. Nódulos rojo-violáceos indurados localizados en nariz, mejillas, orejas y labios,

de forma simétrica.
Sarcoidosis de las cicatrices: infiltración granulomatosa de cicatrices antiguas normalmente en rodilla, tornándose eritematosas o purpúricas e induradas.
Sarcoidosis subcutánea: Poco frecuente. Nódulos subcutáneos, móviles, firmes, incoloros e indoloros, en extremidades, especialmente antebrazos.
- Lesiones inespecíficas: más frecuentes en sarcoidosis sistémica, la biopsia no es diagnóstica:
Eritema nodoso: Manifestación cutánea inespecífica más frecuente. Nódulos dolorosos y eritematosos, generalmente en la zona tibial. Su asociación con adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueal derecha, es conocida como síndrome de Löfgren y suele acompañarse de fiebre, poliartralgias y uveítis anterior
El diagnóstico combina hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos. La radiografía y la TAC evalúan la afectación pulmonar y las adenopatías mediastínicas, mientras que la biopsia confirma la presencia de granulomas no caseificantes. La medición de la enzima convertidora de angiotensina y el calcio sérico apoya el diagnóstico, pero no es específica.
El diagnóstico diferencial incluye tuberculosis, infecciones micóticas, linfoma y enfermedades autoinmunes, que deben descartarse antes de confirmar sarcoidosis.
El tratamiento depende de la gravedad, y aunque muchos casos se auto-limitan, si hay afectación de órganos vitales, se emplean corticosteroides como primera línea o inmunosupresores como metotrexato o azatioprina en casos refractarios.
Este caso resalta la importancia de realizar un examen físico minucioso en el servicio de urgencias, ya que, en esta situación, la observación de las lesiones cutáneas tan características fue clave para llegar al diagnóstico de sarcoidosis. La identificación temprana de estas lesiones cutáneas, en conjunto con adenopatías mediastínicas y hallazgos radiológicos compatibles, debe alertar al clínico sobre esta posibilidad diagnóstica, dado que un enfoque rápido facilitará un tratamiento adecuado, y mejorará el pronóstico del paciente.

P. #555

DESAJUSTE LINGUAL

Mario Agreda Fernández[1], Audrey Morales Rodríguez[1], Julieta Zlatkes Kirchheimer[1], Susana Pérez Antón[1], MIriam Sánchez Vicente[2]

1. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
2. Hospital La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años sin antecedentes patológicos, acude a urgencias refiriendo no poderse tocar la muela desde que se ha despertado.
Exploración neurológica: Conciente, orientado en las 3 esferas, habla y lenguaje sin alteraciones, movimientos oculares sin restricciones, desviación de protrusión lingual hacia la izquierda, fuerza y tono conservados, sensibilidad tacto algésica normal, no dismetrías.
Se avisa a neurología para activación de código ICTUS.
Neurología inicia valoración y se activa código, se realiza: EKG: ritmo sinusal 60 lpm, HARI, QRS normal, no alteraciones en la repolarización.
Tomografía craneal multimodal: Sin evidencias de patología isquémica, ni hemorrágica intracraneal aguda.
No obstante ante síntomas, se decide ingreso en Unidad de Ictus donde se realiza: RMN craneo-cervical: Prominencia de estructuras vasculares en el espacio subaracnoideo que rodea el bulbo raquídeo.
DTC test de burbujas: no datos de SHUNT D-I
Arteriografía por neurología intervencionista: imagen compatible con fistula arteriovenosa a nivel de margen derecho de foramen magno C1 con aferencias aretriales desde PICA derecha y aparentemente espinal anterior en su origen en arteria vertebral derecha y con drenaje venoso a región peribulbar-perimedular.
Dados los resultados se realiza por parte de Neurocirugía microcateterismo selectivo corrigiendo la fístula AV en el foramen magno.
Diez día posterior al ingreso por urgencias el paciente es dado de alta por parte de neurología con mejoría de paresia lingual y exploración normal.
Diagnóstico: Parálisis del XII par craneal izquierdo secundario a fístula AV del foramen magno.

CONCLUSIONES

Este fue un caso que atendí por la mañana y lo peculiar del caso era el motivo por el que consultaba que no era más que no se podía tocar la muela derecha con la lengua y si la izquierda, anque el motivo no parecía tener mucha importancia, incluso en algún momento de la tarde o noche que nos pilla cansados podemos pecar de simplistas y no darle importancia a su consulta, pude realizar una historia clínica adecuada y completa para que bien del paciente, es importante recalcar sobretodo a médicos en formación que toda consulta por muy sencilla que parezca puede tener una importancia vital y tener un final inesperado como el de este caso.
El papel del del urgenciólogo es fundamental para colocar al paciente en el carril adecuado y en conjunto con otras especialidades poder solucionar su problema.

P. #566

¿ESO LO HE HECHO YO? COLECISTITIS MICROPERFORADA COMPLICADA CON BILIOMA

Nuria Ramos Galindo, Patricia Bermejo Cotillo, Jokin Cabrera Gallastegui

Hospital Comarcal de La Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 85 años. NAMC. IABVD. AP: HTA, Flutter auricular con BRD y HBAI con imprante de marcapasos, hernia umbilical, cardiopatía isquémica. Tratamiento habitual: Isosorbida mononitrato 50 mg, Sintrom 4 mg, Atorvastatina 40 mg/ AAS 100 mg/ Ramipril 2.5 mg, omeprazol 20 mg.
>> MOTIVO DE CONSULTA: dolor referido en costado derecho e hipocondrio derecho, irradiado a zona dorsal de 1 semana de evolución, sin fiebre, con vómitos. Mínima tos. No síndrome constitucional.
TA 116/56
FC 68
Afebril.
SatO2 97
AC: rítmica sin soplos.
AP: MV disminuido en hemitórax derecho con crepitantes hasta campos medios.
No crepitación, no dolor a la palpación de parrilla costal. No hematoma visible.
Exp. abdomen. blando depresible sin masas ni megalias, con dolor generalizado a la palpación, especialmente en hemiabdomen derecho, con murphy y blumberg negativo. RHA conservados.
> ANALÍTICA DE SANGRE:
* Hemograma: leucocitos 9150, neutrofilos 7330, Hb 12.5, plaquetas 170000.
* Bioquímica: G 154, urea 60, Cr 1.06, FG 64, perfil hepatopancreático normal (BT 0.76, LDH 196, GGT 43, AST 24, ALT 19, lipasa 22, FA 96), Na 140, K 4.8, Cl 106. PCR 328.
* Hemostasia: TP 15.7 seg, INR 1.5.
* Gasometría: 7.38, pco2 47, hcO3 27.8.
> ANALÍTICA DE ORINA: leucocitos +, proteinas +.
> RX DE TÓRAX: derrame pleural derecho hasta campos medios.
>> JUICIO CLÍNICO:
- Derrame pleural derecho a filiar.
>> PLAN:
- Inicio de antibioterapia con Ceftriaxona 2g/24h.
- Toracocentesis diagnóstica -> 1° intento ecodirigido en quinto línea axilar media: no efectivo. 2° intento con punto de punción marcado por radiología en zona dorsal: extracción de 20 ml de líquido serohemático. Incidentalmente observan colección subcapsular hepática de 1.5 cm espesor x 9 cm de longitud, indican sugerente de hematoma iatrogénico por la primera punción.
** Última toma de Sintrom 4mg ayer a las 18h. INR 1.5.
En hemograma de control: no anemización, persiste INR 1.5. Se realizan varias ecografías clínicas en observación para control, sin aumento de la colección.
>> En líquido pleural destaca predominio de hematies en celularidad. G 146, proteinas totales 3.9, LDH 132, hematies 36000, leucocitos 758, PMN 71, Mononucleares 29, pH 7.38
Segun criterios de Light: criterios de exudado.
Pasa la noche en Observación estable hemodinamicamente (TA 121/69, satO2 98%, FC 68 y afebril). Analítica de control por la mañana sin anemización ni cambios en INR.
Al reevaluar al paciente, persiste con molestias abdominales generalizadas y Murphy dudoso.
Se contacta con radiología para realizar un control ecográfico del hematoma y dado que no cuadra la clínica, se decide solicitar TAC abdominal para filiar mejor la naturaleza del mismo.
TAC DE ABDOMEN: moderado derrame pleural derecho con colapso de pulmón en probable relación con proceso inflamatorio/infeccioso por contigüidad. Hígado con colección subcapsular de 17mm de espesor, cuya densidad es de 13 UH, posible colección inflamatoria (bilioma), sin poder descartar hematoma evolucionado (no en fase aguda). Hígado sin loes, presenta moderada dilatación de la de vía biliar intrahepática con colédoco dilatado de 15 mm que va disminuyendo de calibre hasta su porción intrapancreática, no objetivándose clara imagen de colelitiasis. Vesícula biliar colapsada por posible colecistitis microperforada.
Ingreso en Cirugía General. Punción de la colección subcapsular con salida de líquido seroso limpio por lo que se desestima drenaje percutáneo. Evolución posterior favorable con tratamiento antibiótico (Pipezacilina/tazobactam) con buena evolución, siendo dado de alta a domicilio con amoxicilina/clavulánico oral.

CONCLUSIONES

En una colecistitis microperforada, podemos no ver alteraciones analíticas que sugieran afectación de la vía biliar. Es importante reevaluar al paciente y guiarnos por la clínica para llegar al diagnóstico. Ante un derrame pleural unilateral debemos tener presente posible origen por contigüidad.

P. #568

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA EN PACIENTE JOVEN EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES ORALES POR LUMBOCIATALGIA CRÓNICA

José Sananton López, María Beltrán Claver, Mireia Garrigues Badia, Juan Pablo Pinazo Ruiz, Paola Biforcos Villaroya

Hospital San Francisco de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 44 años, que acude al Servicio de Urgencias acompañada por su madre por desorientación. Ha salido del trabajo antes de lo habitual y cuando ha llegado a casa ha iniciado con comportamientos erráticos, además de narrar hechos no reales y sin coherencia.

Antecedentes personales de lumbociatalgia crónica en tratamiento con Prednisona 30 miligramos, Naproxeno, Celecoxib y Tizanidina.

En urgencias paciente consciente y desorientada en espacio, impresiona su actitud sonriente y pueril.

Exploración física anodina, neurológica normal.

Analítica normal, tóxicos en orina y alcohol negativos y Tomografía Computarizada (TC) cerebral sin hallazgos.

Se cursa ingreso para estudio y diagnóstico diferencial de síndrome confusional agudo versus amnesia global transitoria, aunque destaca la edad joven de la paciente.

Durante el ingreso en la planta de Neurología persiste la clínica confusional, presenta pico febril de 39ºC y en el 2º día de ingreso cuadro compatible con crisis comicial que requiere ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), precisando intubación y tratamiento con Midazolam, Propofol, Levetiracetam y cobertura de meningoencefalitis con Linezolid, Ceftriaxona y Aciclovir.

Se solicita resonancia magnética, electroencéfalograma urgente (EEG) y punción lumbar, y ante resultados de ésta última se solicitan anticuerpos antineuronales en líquido céfalo raquídeo (LCR) y suero por sospecha de encefalitis autoinmune, así como TC toraco-abdómino-pélvico para descartar síndrome paraneoplásico, más probablemente teratoma.

A los dos días se consigue extubar a la paciente, se encuentra despierta, con buen estado general, apirética, pero persisten comportamientos incoherentes.

Las pruebas complementarias que estaban pendientes se encuentran dentro de la normalidad, por lo que pasa de nuevo a la planta de hospitalización para control evolutivo y valoración por parte de Psiquiatría ante resultados anodinos y presencia de alucinaciones visuales y referir no poder mover los miembros inferiores pero ser vista por el personal movilizándolos.

La paciente es valorada por Psiquiatría, en dicho momento orientada, colaboradora, sin alteraciones conductuales, y debido al curso del cuadro y al inicio súbito, descartan origen psiquiátrico, aunque en la entrevista la paciente refiere que recuerda que el día inicial tomó 2 comprimidos de Prednisona de 30 mg porque lo suele tomar habitualmente por su lumbociatalgia crónica. Por su parte sería alta y acuerdan con Neurología iniciar tratamiento con Pregabalina para control de ansiedad puntual, sueño y algias lumbares.

Ante resultados de pruebas complementarias dentro de la normalidad y mejoría clínica de la paciente tras15 días de ingreso, se da el alta por parte de Neurología como alteración transitoria del comportamiento en contexto de tratamiento corticoideo en paciente con dolor crónico.

CONCLUSIONES

Este caso clínico refleja la importancia de la realización de una anamnesis y entrevista clínica detalladas, sobre todo cuando los diagnósticos de sospecha no son concluyentes. Tenemos a una paciente joven, previamente sana, que inicia con un síndrome confusional agudo que posteriormente se acompaña de crisis comiciales, fiebre y alucinaciones. Tras realizarse todo tipo de pruebas para descartar tanto patologías infecciosas como neurológicas, y viendo que no se encontraban hallazgos relevantes, fue clave indagar en el tratamiento que la paciente toma en el domicilio y cómo lo hace. La paciente había tomado de forma abusiva Prednisona, siento éste el desencadenante del cuadro, dándose como diagnóstico una alteración transitoria de la conducta por la toma de corticoides. Nos tiene que llamar la atención el uso de corticoides a demanda, especialmente a dosis altas, puesto que provocan efectos secundarios neurológicos y psiquiátricos que simulan patologías graves.

Por tanto, es imprescindible una anamnesis cuidadosa y mantener una actitud curiosa, clave para concluir estos casos en los que las pruebas complementarias son anodinas y por ello, por lo que podemos dejar pasar detalles sencillos buscando grandes incógnitas.

P. #576

MARCHA INESTABLE EN URGENCIAS: NO TODO ES VERTIGO O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Osbelin Cristina Salazar Salazar[1], Cristina López Mayoral[1], Nicole Carmona Camacho[1], Claudia Feyt Pérez[2], Carla Cyndi Luna Huamantupa[3], Juan González De Abreu[1]

1. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España
3. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 60 años con antecedentes de tabaquismo activo (40 cigarrillos/día desde los 14 años), enolismo crónico (2-3 litros de cerveza diarios por 20 años, con abstinencia en las últimas dos semanas) y consumo prolongado de benzodiazepinas (BZD).
Consulta en Urgencias por inestabilidad en la marcha y mareo tipo giro de objetos, acentuado con cambios de posición, de 10 días de evolución. Niega episodios de desconexión tras la abstinencia alcohólica y crisis epilépticas.
Exploración Física (E.F)
Estado neurológico: Somnolienta, reactiva a estímulos, con leve disartria. Fuerza disminuida en Miembros inferiores. Reflejos osteotendinosos +/++++ de forma global. Marcha inestable con aumento de área de sustentación. Resto E.F sin datos relevantes.
Analítica: Normal salvo glucemia de 140 mg/dL, Proteina C reactiva 7.3 mg/L y gamma-glutamil transferasa 130 UI/L.
Imagenología:
Radiografía de tórax: Adenopatías.
TC craneal: Sin patología aguda.
TC toraco-abdomino-pélvico: Adenopatías infracarinales e hiliares derechas
Por todo lo anterior es valorada por servicio de neurología y se decide de manera multidisciplinaria el ingreso en Medicina interna para continuar con estudio donde se realiza: Broncoscopia con biopsia con hallazgo de Carcinoma microcítico de pulmón. Tras resultados sé interconsulta con oncología medica y debido a inestabilidad de la marcha y antecedentes personales se realiza Electromiografía/Electroneurografía (ENG/EMG) que muestra signos de alteración en la transmisión neuromuscular presináptica, compatible con Síndrome de Lambert-Eaton (LEMS). Diagnóstico: Síndrome Miasténico de Lambert-Eaton (LEMS) paraneoplásico secundario a carcinoma microcítico de pulmón.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Lambert-Eaton (LEMS) es un trastorno de la transmisión neuromuscular presináptica poco frecuente e infradiagnosticado.
Hasta un 60% de los casos está asociado a neoplasias, siendo el carcinoma microcítico de pulmón la principal causa.
El diagnóstico se basa en la clínica, estudios electrofisiológicos y la detección de anticuerpos contra canales de calcio dependientes de voltaje (anti-VGCC).
El tratamiento incluye la 3,4-diaminopiridina como primera línea, además del manejo oncológico específico.
El consumo crónico de BZD y el abuso de alcohol pueden haber contribuido a la inestabilidad de la marcha en este paciente y enmascarar los diagnósticos diferenciales.

P. #586

NO ES OTRA CRISIS DE ANSIEDAD

José Ignacio Pérez Ferreiro, Ainhoa Portela Kareaga, Rebeca Ibarzabal Sánchez, Sandra Vicente Tome, Laia Serra Tomas, Maider Huete Granado

Hospital de Usansolo-Galdakao, Usansolo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 48 años acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 10 días de síntomas de caracteristicas ansiosas (presion en la garganta,falta de atencion, llanto facil,dificultad para evocar palabras). Su MAP inicio tratamiento con lorazepam,desde entonces refiere sensacion de inestabilidad,agitacion y miedo ante estimulos externos,temblorosa con alteraciones de la percepcion del entorno.
Exploracion neurologica,analitica y TAC craneal normal.
Tras valoracion por psiquiatria es dada de alta con diagnostico de crisis ansiedad.
Acude de nuevo a urgencias 6 dias despues por deterioro cognitivo progresivo.Olvidos frecuentes,lenguaje comprometido con bloqueos y dificultad para expresarse.Inestabilidad de la marcha y alucinaciones visuales. Intensa labilidad emocional con tendencia a la agresividad.
Analitica anodina , exploracion neurologica normal salvo respuesta exagerada ante estimulos (asustadiza ante palmadas). Marcha insegura y minimental 25/30.TAC craneal normal.
EVOLUCION
Ingresa en neurologia para estudio.
Rehistoriada en planta refiere cuadro larvado de meses de evolucion de alucinaciones visuales bien formadas, en forma de visión de arañas, fotos en movimiento(las personas de la foto se movían),de las que refiere hacer crítica y saber que no eran reales. Progresiva bradipsiquia, autopercibida, asociando problemas de memoria de trabajo y dificultades de concentración.
En planta evoluciona desfavorablemente en dias,tendente al sueño, responde solo a estímulos dolorosos, inatencion, mutista, no obedece ninguna orden ni emite ninguna palabra.Asustadiza, mioclonías en 4 extremidades.
La principal sospecha es que se trata de un prionopatía vs encefalitis autoinmune
EEG: empeoramiento marcado del trazado de fondo, aumento de la desorganización y de la proporción de ondas theta-delta de mediana y baja amplitud con ocasiónales ondas agudas intercaladas de forma difusa.No se observan grafoelementos paroxísticos ni asimetrías interhemisféricas.
PUNCION LUMBAR: proteinas altas con un cociente de Ig LCR/ Suero elevado,con IgG elevado LCR .Asimismo se objetiva LCR-RT QUIC (Creutzfeldt-Jakob) negativo, Peptidos Beta-Amiloide normal y proteinas TAU y TAU fosforilada por debajo de cifras normales con un fenotipo celular sin signos de clonalidad.
No se observa infiltración por proceso linfoproliferativo. LCR -Ac neuronales de membrana negativos. Antimb y onconeuronales negativos
RMN(que se realiza con la paciente sedada e intubada por falta de colaboracion): Hiperintensidad de la señal del espacio subaracnoideo preferentemente biparietal y bioccipital con afectación cortical difusa y T1 mal definida preferentemente bitemporal y cingular anterior, hallazgos que apoyan el diagnóstico de proceso autoinmune (meningitis - encefalitis). Microsangrado petequial crónico talámico derecho.
El resumen de las pruebas realizadas destacan una hiperproteinorraquia llamativa y una hiperintensidad cortical que orientan a proceso inflamatorio-autoinmune. Por este motivo se inicia tratamiento con bolos de corticoides , con resolución completa y rápida del cuadro en una semana.

CONCLUSIONES

El diagnostico diferencial de esta paciente basculo entre prionopatia del tipo de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob versus encefalopatia autoinmune.
La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un trastorno cerebral poco frecuente que deriva en demencia.Los síntomas pueden ser parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer,evolucionando mucho más rápido y lleva a la muerte. Aunque captó la atención pública en la década de 1990 cuando algunas personas contrajeron un tipo de esta enfermedad, después de comer carne de ganado afectado por la enfermedad,la mayoría de los casos no se relacionaron con la ingesta de carne.
Las encefalopatías autoinmunes son causadas por factores inmunológicos como anticuerpos o bien inmunidad celular contra antígenos presentes en el parenquima cerebral.Se acompaña de síntomas y signos de afección del sistema límbico como hipocampos (amnesia y crisis convulsivas), complejo amigdalino y/o corteza orbito frontal (síntomas conductuales). El diagnostico se basa en los hallazgos en la RMN y en el analisis del LCR y en su respuesta clinica a los corticoides y/o inmunosupresores. Su diagnostico diferencial son otras encefalitis limbicas como las encefalitis infecciosas producidas por VHS-1 o por virus Herpes tipo 6.

P. #587

MASA CERVICAL DE APARICIÓN SÚBITA

Marta Bosa Santana, Mariam Albertos De La Rosa, Juan José Arrate Marrero, Vanisha Lilaram Lachmandas, Irene Cesteros Martín

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 48 años sin antecedentes personales de interés acude al servicio de urgencias de un hospital universitario por presentar de forma súbita y espontánea un aumento de volumen laterocervical izquierdo sin ningún desencadenante (traumatismo o infección) que la justifique.

Desde la aparición de la masa cervical hasta la valoración médica transcurren aproximadamente dos horas durante las que no se presenta mayor aumento del volumen. La paciente niega en todo momento disnea, disfonía, odinofagia o fiebre.

Exploración Física: Buen estado general, consciente y orientada en las tres esferas. Eupneica en reposo sin tiraje respiratorio. No se evidencia compromiso de la vía aérea. Afebril. Colaboradora. Estable hemodinámicamente manteniendo buenas constantes.

Exploración cervical: A nivel del hueco clavicular se palpa lesión ovalada, móvil, de aproximadamente tres centímetros de largo y dos centímetros de ancho dolorosa a la palpación. Orofaringe sin alteraciones. Resto de la exploración anodina.

Prueba complementaria: Tomografía Computarizada (TAC) de cuello con contraste donde se observa lesión quística cervical infrahioidea, paratiroidea y retro esternocleidomastoidea izquierda de 6'5x5x3 centímetros heterogénea. Así mismo, se aprecian imágenes lineales de trazo grueso en relación a septos vascularizados con posible sangrado activo. Ausencia de fistulización a piel. Discreto desplazamiento traqueal hacia el lado derecho, vías aéreas permeables. Se concluye de la prueba complementaria la existencia de un quiste de cuarto arco branquial complicado izquierdo con complicación hemorrágica.

Tratamiento y plan de actuación: La paciente es monitorizada en el servicio de urgencias, manteniéndose estable hemodinámicamente en todo momento. Se mantiene en reposo absoluto, sin movilización ni manipulación cervical y se coloca crioterapia local. Además, se pauta tratamiento con un gramo intravenoso de Ácido Tranexámico, antibioterapia empírica, con un gramo intravenoso de Amoxicilina/Ácido clavulánico, dada la posibilidad de que la complicación hemorrágica sea debida a un proceso infeccioso.

Se comprueba durante el ingreso mejoría de la clínica con disminución del volumen y desaparición del dolor. Dada la mejoría con tratamiento conservador se desestima tratamiento quirúrgico urgente, procediendo al ingreso en el Servicio de Otorrinolaringología.

Durante dicho ingreso se realiza punción aspirativa con aguja fina, descartando malignidad de la lesión, y se procede al alta de la paciente con recomendaciones y control en consultas externas de Otorrino a la espera de tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión, este caso clínico es excepcional por dos motivos:

En primer lugar, el quiste del cuarto arco branquial es una entidad clínica extremadamente infrecuente. La involución incorrecta del aparato branquial durante la embriogénesis provoca anomalías como quistes, senos y fístulas. Las anomalías del segundo arco representan hasta el 95 % del total de las malformaciones de la hendidura branquial; sin embargo, las del cuarto arco, únicamente representan entre el 1% y el 4%, presentándose en el lado izquierdo en el 97% de las ocasiones.

En segundo lugar, en este caso, la paciente se mantuvo asintomática hasta los 48 años de edad. Sin embargo, y por lo general, estas malformaciones se diagnostican en la infancia con hinchazón recurrente del cuello e infecciones. Además, es una entidad clínica que afecta en mayor proporción al sexo femenino.

La exéresis quirúrgica completa constituye el gold estándar del tratamiento. Al ser un caso tan excepcional se pone de manifiesto la importancia de una buena historia clínica y exploración, así como la importancia de las pruebas de imagen complementarias.

P. #592

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO CON RETENCIÓN URINARIA PRECOZ: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[1], José María García De Dompablo[2], Enrique Romero Sánchez[2], María Del Carmen López Flores[3], Juan Marcos Sánchez[4]

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
2. Hospital Universitario de León, León, España
3. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
4. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin antecedentes relevantes salvo una fijación cervical C5-C7 por accidente en 2018, pendiente de intervención por hernia discal L5-S1, y antecedente de miringotomía bilateral en la infancia con infecciones de oído recurrentes recientes. Inicia en 2023 con cuadro febril de posible origen otógeno (dolor en oído derecho). Al día siguiente, desarrolla debilidad progresiva en miembros inferiores, evolucionando en días hacia incapacidad total para caminar, junto a retención urinaria, por lo que acudió a Urgencias Hospitalarias para valoración. Requirió sondaje vesical. No presentaba alteración fecal, digestiva, fiebre ni disautonomía en ese momento. Durante su ingreso inicial en Observación, los estudios realizados (TC de cráneo y abdomen, punción lumbar) mostraron pleocitosis en líquido cefalorraquídeo (LCR) como único hallazgo relevante. Se instauró tratamiento empírico con aciclovir y ceftriaxona. Ante la persistencia del cuadro, fue ingresado en Neurología. A la llegada a planta, destacaba debilidad distal simétrica en miembros inferiores, con reflejos osteotendinosos abolidos y sensibilidad vibratoria disminuida. Los estudios complementarios realizados entonces incluyeron: Laboratorio: Anticuerpos antigangliósidos GD1a y sulfátidos positivos, proteinorraquia elevada (102.4 mg/dL), con bandas oligoclonales negativas y serologías infecciosas sin hallazgos relevantes. Neuroimagen: Resonancia magnética con hiperintensidad de raíces de la cola de caballo en T2. Neurofisiología: Cambios progresivos en electromiografía compatibles con polirradiculitis inflamatoria aguda. Con estos hallazgos y ante la exclusión de otras etiologías, se estableció el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB) atípico. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y rehabilitación física, mostrando mejoría progresiva. Sin embargo, persistió la necesidad de sondaje vesical por retención urinaria.

CONCLUSIONES

El síndrome de Guillain-Barré puede presentarse de manera atípica, dificultando su diagnóstico inicial. En este caso, la coexistencia de retención urinaria precoz y hallazgos inespecíficos en los estudios iniciales plantearon dudas diagnósticas. La confirmación del cuadro fue posible mediante la detección de anticuerpos antigangliósidos, la hiperintensidad radicular en resonancia magnética y el seguimiento neurofisiológico. Destacamos la importancia de mantener una alta sospecha clínica en pacientes con tetraparesia o paraparesia progresiva, asociada a hallazgos sugestivos en LCR o neuroimagen, incluso cuando los estudios neurofisiológicos iniciales no son concluyentes. Este caso enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinario y el uso sistemático de pruebas complementarias para evitar errores diagnósticos en esta entidad.

P. #596

MAREOS, VÉRTIGO Y CEFALEA DE REPETICIÓN EN PACIENTE MIGRAÑOSA DIABÉTICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[1], Guadalupe Isabel Guzmán Caro[2], María Del Carmen López Flores[3], Enrique Romero Sánchez[2], Juan Marcos Sánchez[4]

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
2. Hospital Universitario de León, León, España
3. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
4. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II en tratamiento con metformina y migraña con aura que presenta cuadro de 2 años de duración consistente en episodios repetidos sin aparente desencadenante de mareo, vértigo, vómitos, en alguna ocasión visión doble, de unos 10-15 minutos de duración, 1 vez al día, varias veces al mes, cedido posteriormente en ocasiones de cefalea pulsátil, sonofobia y fotofobia, recuperándose posteriormente de forma completa. Es valorada en Urgencias de Atención Primaria por su Médico de Familia quien deriva a la paciente a Urgencias Hospitalarias para valorar la posibilidad de relación con hipoglucemias o bien con un origen neurológico, en relación con su migraña. Se descarta fluctuaciones de glucemia en relación con los episodios y se comprueba buen control glucémico. Se solicitaron pruebas de neuroimagen y vasculares que no presentaron hallazgos relevantes, descartando la posibilidad de AIT de repetición por una estenosis vascular subyacente. Se realizó a su vez EEG que fue normal. Al observar la cronología de los síntomas y la asociación con cefalea migrañosa y migraña conocida, sin causa estructural que los justificase (se descartó AIT, ictus, hipoglucemia y crisis comicial), se diagnosticó a la paciente de migraña con aura troncoencefálica y se le pautó Flunarizina 5 mg/24h durante 3 meses, con mejoría parcial en cuanto a reducción del número de episodios.

CONCLUSIONES

La parte más importante del estudio de los síntomas de vértigo y/o mareo es conocer la cronología de los síntomas, desencadenantes y signos clínicos asociados, durante los episodios y fuera de estos. En el caso de nuestra paciente, se consiguió diagnosticar de migraña con aura troncoencefálica y pautar un tratamiento eficaz para ello, habiendo realizado un adecuado diagnóstico diferencial.

P. #600

CEFALEA TRIGÉMINO-AUTONÓMICA CON DATOS ATÍPICOS EN PACIENTE JOVEN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[1], Carmen Álvarez Tato[2], Juan Marcos Sánchez[3], María Del Carmen López Flores[4], Enrique Romero Sánchez[2]

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
2. Hospital Universitario de León, León, España
3. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España
4. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 34 años sin antecedentes de cefalea ni otros de interés que presentó cuadro de cefalea hemicraneal izquierda continua subaguda, ocasionalmente irradiada a la región frontal derecha. El dolor era opresivo y presentaba exacerbaciones de hasta 8 horas de duración. Se acompañaba de ptosis, inyección conjuntival, rinorrea y epífora ipsilateral, sin agitación psicomotriz. Refería sonofobia y fotofobia, pero sin náuseas ni vómitos. También describía dolor a la movilización del globo ocular izquierdo y aumento de sensibilidad en la hemicara izquierda.

El paciente acudió a Urgencias, donde se administraron Metilprednisolona intravenosa (250 mg) y Lacosamida, sin mejoría significativa. Posteriormente, se instauraron otros dos bolos de metilprednisolona y una pauta descendente de prednisona, con la sospecha de cefalea en racimos. Sin embargo, el dolor no cedió con los corticoides, ni con oxigenoterapia a alto flujo ni con zolmitriptán subcutáneo, por lo que consultó nuevamente de forma urgente y se hospitalizó para estudio. Durante el ingreso, se detectó cetoacidosis diabética, diagnosticándose de diabetes mellitus tipo 2.

En la exploración física destacaba: Funciones superiores conservadas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No oftalmoparesias. Dolor a la supraversión-abducción del ojo izquierdo. Hiperestesia hemifacial izquierda. No paresia facial ni de extremidades. Fondo de ojo: papilas bien delimitadas, presencia de pulso venoso en papila izquierda. En cuanto a las pruebas complementarias que se realizaron: Analítica: Glucosa 407 mg/dL, HbA1c 14%. Autoinmunidad negativa. TC craneal: informado como normal. RM craneal con y sin contraste: Sin lesiones estructurales significativas. Engrosamiento mucoso de senos etmoidales izquierdos, ya presente en TC simple de cráneo previo. ECG: Bloqueo incompleto de rama derecha.

Se orientó como una cefalea de posible origen en una hemicránea continua o bien por una sinusitis etmoidal izquierda, por lo que se inició tratamiento con indometacina en pauta ascendente, observándose una mejoría progresiva inicial. En la revisión tras el alta, el paciente se encontraba asintomático y sin signos trigémino-autonómicos, por lo que se decidió retirar indometacina progresivamente para comprobar si reaparecía el dolor, lo cual no ocurrió, por lo que la sospecha principal finalmente se enfocó como una cefalea con signos trigémino-autonómicos secundaria a sinusitis etmoidal izquierda. . Ante la sospecha de que la cefalea pudiera ser secundaria a la sinusopatía etmoidal izquierda, se indicó una reducción progresiva de indometacina a razón de 25 mg cada 3 días.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de una cefalea trigémino-autonómica en un paciente sin antecedentes migrañosos debe incluir tanto entidades primarias como secundarias. Inicialmente, se sospechó de cefalea en racimos, pero la falta de respuesta a triptanes y oxigenoterapia, así como a corticoides, junto con signos clínicos atípicos, llevó a considerar el diagnóstico de hemicránea continua. Sin embargo, la presencia de sinusopatía etmoidal izquierda en la neuroimagen sugirió una posible causa secundaria, lo que motivó un seguimiento estrecho con reducción progresiva del tratamiento antiinflamatorio. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático tras la suspensión del tratamiento, lo que refuerza la necesidad del origen secundario relacionado con la sinusitis. Este caso destaca la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes con cefalea de nueva aparición con datos atípicos, considerando tanto cefaleas primarias como causas secundarias potencialmente tratables.

P. #603

APENDICITIS TRAS APENDICECTOMÍA ¿MITO O REALIDAD?

Pascual López Riquelme, Teresa Agudo Villa, Raquel Torres Garate, Esther Álvarez Rodríguez, María Hernández Martínez, Estrella Serrano Molina

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
A veces damos pasamos por alto patologías que, por infrecuentes y/o poco probables, retrasan el diagnostico en los Servicios de Urgencias.
Objetivos:
- Describir una patología poco frecuente pero potencialmente grave si se retrasa el diagnóstico en los SUH.

Historia clínica:
Varón de 40 años con AP: Apendicectomía en 2024. Consulta la tarde del 24/01/2025 por dolor epigástrico. Analítica sin reactantes de fase aguda, por lo que se da de alta como dolor abdominal inespecífico.
Reconsulta el 25/01/2025 por dolor en flanco derecho, continuo, que empeora con el movimiento. En la Exploración Física (EF): Presión Arterial (PA):124/58mmHg; 116 lpm , abdomen blando, depresible, con RHA+ y dolor a palpación profunda en flanco derecho. Blumberg (-) . Resto de exploración sin alteraciones.
Pruebas complementarias:
- Bioquímica: Normal excepto PCR 241 mg/L.
- Hemograma: Leucocitos 17.440 (85% neutrófilos).
- Coagulación: Quick 67%.
- Gasometría venosa: Normal.

Se deja en observación como epigastralgia inespecífica, a pesar de la elevación de PCR debido a que se descartó la probabilidad de apendicitis conociendo loa antecedentes quirúrgicos.
El 26/01/2025 el paciente presenta discreta mejoría del dolor, pero en la EF: PA: 118/70 mmHg; 118 lpm; Tª 36,9°C y persiste dolor en flanco y FID con McBurney (+), Blumberg (-).
Nueva analítica de control que muestra:
- PCR: 262 mg/L.
- Leucocitos: 15.880 (84% neutrófilos).
- Coagulación: Normal.

Ante la sospecha diagnóstica y los antecedentes de apendicectomía, se realiza TAC abdominal, que muestra: Apendicitis aguda del muñón: Engrosamiento mural, realce y calibre de 12 mm con aumento de densidad grasa mesentérica adyacente a los clips quirúrgicos.
Se avisa a Cirugía y se interviene de urgencia esa misma tarde sin complicaciones postquirurgicas.

CONCLUSIONES

- La apendicitis del muñón es una complicación rara 0.02% al 1% de los pacientes sometidos a apendicectomía pero potencialmente grave de la apendicectomía.
- Puede suceder desde meses hasta años poscirugía, sobre todo laparoscópica.
- Su diagnóstico debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente quirúrgico y dolor en fosa ilíaca derecha, especialmente si persisten síntomas después de la cirugía inicial.

P. #626

HEMORRAGIA RETROCLIVAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Roswell Enrique González Rodiles Heredia, Fernando Muñoz Pérez, Juan Casas Rodríguez, María Pia Bissutti, Carlos Alberto Ortega Laureriro

Hospital Quironsalud Palmaplanas, Palma De Mallorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Cefalea
Antecedentes Personales:
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Fibrilación auricular permanente
- Hiperplasia benigna próstata

Tratamiento habitual: Bisoprolol 2,5mg/día, digoxina, apixabán 2,5mg c/12h, metformina, silodosina.
Enfermedad actual
Varón de 79 años que acude al servicio de urgencias refiriendo dolor de cabeza intenso y de inicio súbito. El dolor comenzó aproximadamente una hora antes de su llegada a urgencias, en la región occipital, y se ha extendido rápidamente hacia el resto del cráneo. No refiere otros síntomas neurológicos, alteraciones visuales, debilidad muscular o disfunción del habla.
Exploración física
Consciente y orientado en las tres esferas. Mal estado general por dolor.
Constantes vitales: Tensión arterial 150/100mm/Hg, frecuencia cardíaca 78lpm, Temperatura 36.7° Saturación basal 99%
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin signos de descompensación cardíaca evidente.
- Neurológico: Sin déficits focales evidentes en la evaluación inicial. Meníngeos negativos. Glasgow 15.

Consideraciones diagnósticas iniciales: ante cefalea de inicio súbito, cifras tensionales elevadas y anticoagulación sospechamos una posible hemorragia intracraneal aguda e iniciamos control de cifras tensionales, analgesia y solicitamos estudios complementarios.
Exploraciones complementarias
Analítica: Hb 13 g/dl, Hto 38%, Plaquetas 149000/ul, TP 87%, Fibrinógeno 469 mg/dl, TTPA 27s. Leucocitos 9400/ul, PCR 0.8 mg/l, PCT 0.06 ng/ml Urea 0.44 g/l, Creatinina 1.25 mg/dl, Na 142 meq/l, K 4 meq/l
ECG: Fibrilación auricular a 80 lpm, Eje 20°, QRS 90 ms, onda T negativa V1-V2 y aVR.
TC craneal: Estudio sin administración de civ. Ocupación hiperdensa retroclivus y prepontina descendiendo a región cervical alta ¿hematoma epidural? Confirmación/ampliar estudio mediante RM craneal/ columna cervical.
RMN: Colección extraaxial de línea media, que se extiende desde dorsum selae, desciende por clivus hasta C2, isointenso en T1 e hiperintensa en T2 que sugiere hematoma epidural hiperagudo.
Con estos resultados se continúa:
- Control de tensión arterial.
- Reversión urgente de anticoagulación.
- Interconsulta con neurología, neurocirugía e ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

Las hemorragias retroclivales representan un hallazgo raro en urgencias y neuroimagen. Pueden ser secundarias a múltiples etiologías, siendo el trauma la más común. Su identificación oportuna es crucial para evitar complicaciones neurológicas severas.
Etiología
Las hemorragias retroclivales pueden clasificarse según su origen en traumáticas y no traumáticas. El trauma craneoencefálico, especialmente por mecanismo de hiperflexión-extensión en accidentes de tránsito, es una de las principales causas. En niños, estas hemorragias pueden localizarse en los compartimentos epidural, subdural o subaracnoideo, con posibles consecuencias graves como inestabilidad craneocervical y vasoespasmo.
Otras causas incluyen coagulopatías, como hemofilia o el uso de anticoagulantes, que predisponen a hemorragias espontáneas, así como patologías vasculares como la disección arterial vertebrobasilar o el aneurisma roto.
Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico
Los síntomas varían desde cefalea intensa tipo “thunderclap” (cefalea en trueno) hasta déficits neurológicos focales como parálisis de nervios craneales, en particular del VI par. La resonancia magnética (RM) es la técnica más sensible para evaluar estas hemorragias y su posible afectación de estructuras neurovasculares.
Manejo y Pronóstico
El tratamiento suele ser conservador en la mayoría de los casos, con seguimiento clínico y radiológico estrecho. En casos de hematomas con compresión del tronco encefálico o hidrocefalia, se puede requerir evacuación quirúrgica, como el abordaje endoscópico transclival. El pronóstico es generalmente favorable, salvo en casos asociados con lesiones craneocervicales severas.
En nuestro paciente se presentan la hipertensión arterial y la anticoagulación como los factores determinantes. Las técnicas de imagen, el TC inicial y RMN más especifica permitieron arribar al diagnóstico. El control de las cifras de tensión arterial, unido a la reversión urgente de la anticoagulación consiguieron una evolución favorable del paciente sin secuelas de ningún tipo.

P. #634

DEBILIDAD PROGRESIVA Y DISFAGIA EN PACIENTE POST-COVID: UN CASO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Richard Jardim Rodrigues, María Del Pilar Jaimes Ledesma, José Luis Prieto Gálvez, Ana Belén Cabrera Díaz

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Debilidad progresiva en miembros inferiores y disfagia en una mujer de 73 años.
Antecedentes personales:
Hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad de Alzheimer, artrosis y glaucoma.
Tratamiento habitual:
Tramadol/Paracetamol, losartán, vortioxetina, memantina, rosuvastatina, omeprazol, donepezilo, timolol/tafluprost.
Historia actual:
En julio de 2024, la paciente fue diagnosticada de neumonía por COVID-19, con buena evolución inicial. Desde el 21/08, presenta debilidad progresiva en miembros inferiores, dificultando la marcha. El 25/08, acude a urgencias por empeoramiento de la debilidad, imposibilidad para mantener los miembros inferiores contragravedad y disfagia asociada.
Exploración física:
- Estado general: consciente, ojos cerrados, los cuales abre espontáneamente ante la llamada. Lenguaje limitado a una frase repetitiva sin discurso elaborado.
- Neurológico:
- Motilidad ocular externa conservada.
- Miembros superiores: fuerza simétrica.
- Miembros inferiores: caída en bloque sobre el plano, sin fuerza contragravedad, pero postura en flexión mantenida con pies apoyados.
- Reflejos osteotendinosos: hiporreflexia generalizada.
- Respuesta al estímulo doloroso simétrica, más vigorosa en extremidades superiores.
- Sin rigidez de nuca ni signos meníngeos.

Pruebas complementarias:
- Analítica sanguínea: leve hiponatremia (122mEq/L), sin otras alteraciones relevantes.
- Gasometría arterial: normal.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos destacados.
- TC de cráneo: signos de atrofia córtico-subcortical sin lesiones agudas.
- Punción lumbar: proteínas elevadas (175 mg/dL), leucocitos normales (2/µL), sin xantocromía.
- Electromiograma: compatible con polirradiculopatía sensitivo-motora de tipo desmielinizante.

Evolución:
La paciente ingresó en planta de neurología, donde recibió tratamiento específico con inmunoglobulinas intravenosas, mostrando mejoría clínica progresiva. Fue dada de alta con indicación de rehabilitación funcional para optimizar su recuperación.

CONCLUSIONES

El síndrome de Guillain-Barré es una complicación neurológica poco frecuente pero potencialmente grave asociada a infecciones virales, incluida la COVID-19. Este caso destaca la importancia de un diagnóstico temprano, basado en la historia clínica, los hallazgos exploratorios y las pruebas complementarias, para instaurar un tratamiento oportuno. Además, subraya la necesidad de vigilancia post-COVID en pacientes de riesgo.

P. #646

HEMATOMA ESPONTÁNEO CON COMPRESIÓN MEDULAR Y SÍNDROME DE CAUDA EQUINA: REPORTE DE DOS CASOS

Ioana Stefan Tica, Diego Sebastián Yanel Meiriño, Cristina Tello Sánchez, Andrea Ramírez Fernández

CUAP Casernes, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presentan dos casos clínicos de compresión medular aguda con manifestaciones atípicas: un paciente con hematoma epidural espontáneo a nivel de L5-S1 y una paciente con síndrome de cauda equina secundario a hernia discal. Ambos casos resaltan la importancia de una evaluación neurológica detallada y un abordaje terapéutico oportuno para optimizar el pronóstico funcional.
Caso 1: Hematoma Espontáneo con Compresión Medular a Nivel de L5-S1
Resumen: Paciente masculino de 42 años de edad que acude por dolor lumbar intenso sin antecedente traumático. A pesar del tratamiento con AINEs, la sintomatología progresa a debilidad en miembros inferiores y retención urinaria.
A la exploración física destaca: Fuerza muscular disminuida en miembros inferiores (dorsiflexión del pie derecho 3/5, izquierdo 4/5), hipoactividad de reflejos osteotendinosos, sensibilidad disminuida en dermatomas L5-S1, marcha imposible debido a la debilidad, globo vesical palpable.
Pruebas complementarias:
RMN de columna lumbosacra: Hematoma epidural espontáneo a nivel de L5-S1 con compresión medular.
Diagnóstico: Compresión medular secundaria a hematoma epidural espontáneo.
Se realizó manejo con dexametasona endovenosa, sondaje vesical por la retención aguda de orina y tratamiento quirúrgico urgente con laminectomia descompresiva con evacuación de hematoma.
Evolución: Postoperatoriamente, el paciente presentó mejoría parcial de la fuerza y recuperación progresiva del control de esfínteres. Se inició rehabilitación temprana.
Caso 2: Síndrome de cauda equina con presentación atípica
Resumen: Acude paciente femenina de 36 años de edad con sensación de bultoma en zona vaginal con oligoanuria y tenesmo rectal de 48 horas de evolución.
A la exploración física destaca: Cistocele grado 3, hipoestesia en la región sacra y globo vesical a la palpación.
Pruebas Complementarias:
RMN de columna lumbosacra: Hernia discal con compresión de raíces nerviosas, compatible con síndrome de cauda equina.
Diagnóstico: Síndrome de cauda equina secundario a hernia discal.
Manejo: se derivo de manera urgentge a especializado en patologia medular, se realizó evaluación por guardia de neurocirugía y rehabilitación y se optó por laminectomia descompresiva urgente.
Evolución: La paciente fue intervenida quirúrgicamente con evolución favorable y recuperación progresiva de la función urinaria y motora.

CONCLUSIONES

Estos casos reflejan la diversidad de presentación de las patologías compresivas medulares. El hematoma epidural espontáneo es una entidad rara que debe sospecharse ante síntomas neurológicos agudos sin antecedentes de traumatismo o coagulopatías. Por otro lado, el síndrome de cauda equina puede manifestarse con síntomas uroginecológicos inespecíficos, lo que retrasa su diagnóstico si no se realiza una exploración neurológica exhaustiva.
El diagnóstico temprano mediante RMN y la intervención quirúrgica oportuna son claves para mejorar el pronóstico funcional de los pacientes.

P. #647

CUANDO LA RETENCIÓN DE ORINA ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG: UN ENIGMA NEUROLÓGICO EN URGENCIAS

Mariola Michelini Sola, Carlos Fernandes Suárez, María Josefa Teijido Abad, Cristina Herranz Martínez, Susana Vert García, Laura Ferré Berges

Institut Català de la Salut, Viladecans, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años, procedente de Brasil, sin alergias medicamentosas conocidas, con consumo habitual de enol de hasta 10 UBEs los fines de semana y 4 UBEs entre semana. No presenta otros antecedentes médicos o quirúrgicos de relevancia. Niega antecedentes de viajes internacionales en los últimos 9 años.

Consulta a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de polimialgias y cefalea asociado a fiebre de hasta 38,8°C. Refiere haber presentado un cuadro catarral la semana previa.

La exploración física resulta anodina, por lo que se orienta como cuadro vírico y se da de alta con Tª de 37,8°C y medidas antitérmicas.

Reconsulta a las 24 horas debido al empeoramiento de la cefalea y persistencia de la fiebre, a pesar de haber realizado tratamiento antitérmico alterno. En exploración física se observa hiperemia conjuntival. Se realizan pruebas complementarias: hemograma que muestra leucocitosis a expensas de neutrófilos, sin elevación de reactantes de fase aguda y se cursan hemocultivos. Se orienta como fiebre sin foco y se da de alta con el mismo tratamiento.

A las 6 horas reconsulta por un episodio de retención aguda de orina. Se realiza sondaje vesical con obtención de 1200 cc de orina clara, con sedimento urinario no patológico.

En la exploración física destaca debilidad de miembros inferiores con fuerza (5-/5) y reflejos osteotendinosos disminuidos.

Se solicita un hemograma y una TAC craneal sin hallazgos patológicos significativos.

Dada la persistencia de la clínica en paciente joven previamente sano, se coordina traslado a hospital de tercer nivel para ampliar estudio.

A su llegada, se revalora con presencia de nistagmus horizontal no agotable a la levo/dextroversión y vertical a la supravisión, sin déficits campimétricos. Destaca además hiperreflexia generalizada y marcha con aumento de la marcha, sin llegar a ser atáxica.

Se amplía estudio con punción lumbar y RMN craneal que muestra signos de mielitis parcheada de distribución central con coexistencia de segmentos cortos y largos, desde la unión bulbomedular hasta el cono medular.

CONCLUSIONES

Ante una reconsulta, es fundamental reevaluar el diagnóstico inicial y realizar una anamnesis más detallada, buscando nuevos signos y síntomas que permitan precisar mejor la causa subyacente. La retención aguda de orina en un paciente joven sin antecedentes relevantes, sin síndrome miccional previo ni manipulación de la vía urinaria, debe considerarse un signo de alarma y motivar una evaluación neurológica exhaustiva.

La presencia de arreflexia, nistagmo, pérdida de fuerza o cualquier otro signo neurológico asociado sugiere la necesidad de ampliar el diagnóstico diferencial hacia patologías del sistema nervioso central, incluyendo enfermedades desmielinizantes. Dentro de este grupo, se debe considerar la enfermedad asociada a anticuerpos MOG (MOGAD), una entidad neuroinflamatoria recientemente descrita que afecta principalmente el nervio óptico, pero que también puede comprometer la médula espinal y el cerebro. La identificación temprana de estas condiciones es clave para un abordaje adecuado y un mejor pronóstico del paciente.

P. #650

PARÁLISIS DE IV Y VI PAR CRANEAL SECUNDARIO A ANEURISMA ACI

Blanca Ros Gómez[1], María González López[2], María Labián Román[3], Pilar Fuertes Pérez[2]

1. Médico Emergencias. UME Puertollano, Puertollano, España
2. Médico Urgencias Hospitalarias Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
3. Enfermera Urgencias Hospitalarias Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años con antecedentes personales de dislipemia y temblor esencia en tratamiento con Rosuvastatina y Propranolol que acude a Urgencias por presentar desde hace 12h visión borrosa y diplopia binocular. Además refiere cefaleas frecuentes en los últimos meses. A la exploración física destaca diplopia con la mirada a la izquierda con los movimientos oculares limitados en la abducción e infraaducción del ojo izquierdo. El resto de la exploración neurológica no presenta ningún hallazgo patológico.
Con sospecha de parálisis de IV y VI par craneal, se solicita analítica de urgencias sin alteraciones y TAC craneal, que evidencia una lesión redondeada hiperdensa de unos 2 cm de diámetros adyacente al borde lateral izquierdo de la silla turca, que en fase arterial se replecciona de contraste, salvo en una zona de defecto de replección en su porción más posterior, y que muestra un realce similar a la de las estructuras arteriales cercanas en la fase tardía, lo cual sugiere dilatación aneurismática sacular parcialmente trombosada que parece depender de la arteria carótida interna ipsilateral en su porción cavernosa.

CONCLUSIONES

El cuarto nervio craneal tiene el recorrido intracraneal más largo y es el nervio craneal más delgado; siendo el único que tiene una salida dorsal del tronco encefálico 1
La causa más frecuente de parálisis del IV PC es la congénita, de las adquiridas destacan el origen traumático y la enfermedad microvascular. Las causas menos comunes de parálisis aisladas del cuarto nervio incluyen tumores del tronco encefálico, infecciones intracraneales, herpes zóster oftálmico, macroadenoma hipofisario, aneurisma de la arteria cerebelosa superior o intracavernosa 2
La parálisis del sexto nervio craneal es el nervio ocular más frecuentemente afectado de forma aislada 3. generalmente surge de una lesión adquirida que ocurre en cualquier lugar a lo largo de su recorrido entre el sexto núcleo en la protuberancia dorsal y el músculo recto lateral dentro de la órbita. Las causas más frecuentes son la neoplásica, la enfermedad vascular y los traumatismos con fractura de base de cráneo.
La afectación de más de un par craneal debe hacernos pensar en en aquellas localizaciones anatómicas donde los nervios confluyen, fundamentalmente órbita y seno cavernoso 4.
Bibliografía:

1) Kline LB, Demer JL, Vaphiades MS, Tavakoli M. Trastornos del cuarto nervio craneal. J Neuroophthalmol 2021; 41:176.
2) Gold DR, Shin RK, Galetta S. Perlas y ostras: parálisis del nervio 4 central. Neurología 2012; 79:e193.
3) Elder C, Hainline C, Galetta SL, et al. Parálisis aislada del nervio abducens: actualización sobre evaluación y diagnóstico. Curr Neurol Neurosci Rep 2016; 16:69.
4) Rodríguez del Valle, J.M. González Manrique, M. Laria Ochaita, C. Barrio Barrio, J. Foro de casos clínicos. Caso de parálisis oculomotora doble. Acta Estrabológica. Vol I. LII, Julio-Diciembre 2023; 2 : 90 -94.

P. #656

EL ARAÑAZO DE MI GATO ME SALVÓ LA VIDA

Zaida Provencio Del Olmo, Sara Vinat Prado, Miriam Gómez Carracedo, Carlos Bibiano Guillén, Marina Sobreviela Albacete, Rita Carnero Cid

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 37 años que consulta por adenopatías inguinales bilaterales dolorosas de una semana
de evolución, asociadas a fiebre y sudoración nocturna. Refiere contacto con su gato doméstico,
presentando arañazos ocasionales. Llama la atención que en la exploración física se palpan adenopatías inguinales móviles y dolorosas.
Se realiza ecografía clínica presentando datos de adenopatías inflamatorias. La radiografía de tórax muestra una lesión nodular calcificada. Analíticamente, destaca elevación de transaminasas, LDH y PCR. El test de Paul-Bunnell, las serologías de virus hepatotropos y VIH son negativos.
Se cursa ingreso para continuar estudio, durante el cual se realiza una tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que objetiva adenopatías pélvicas, iliacas e inguinales bilaterales, y un nódulo heterogéneo en el lóbulo tiroideo derecho. La ecografía de cuello caracteriza el nódulo tiroideo como sospechoso de malignidad, y la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) confirma el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides.
El estudio inmunofenotípico de sangre periférica no muestra población B patológica, pero la serología de Bartonella henselae es positiva. Se inicia tratamiento con doxiciclina, con resolución completa de las adenopatías, la fiebre y la sudoración nocturna.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra una asociación inusual de dos entidades con diferente etiología: adenopatías
inguinales por Bartonella henselae y carcinoma papilar de tiroides. El hallazgo del carcinoma
tiroideo fue incidental, durante el estudio de las adenopatías. Es importante destacar la necesidad
de una evaluación exhaustiva del paciente con adenopatías, considerando diferentes diagnósticos
diferenciales y realizando las pruebas complementarias necesarias para llegar al diagnóstico
correcto.

P. #660

DOCTORA ME DUELE EL ESTÓMAGO

María Del Mar Luque De Ingunza, Asunción Márquez García-Salazar, Carmen Rios Aranda, José Carlos García Ortiz, Juan Manuel Castro García

Hospital, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

MUJER DE 69 AÑOS, CON COLECISTECTOMÍA PREVIA, SIN OTROS ANTECEDENTES PERSONALES. CONSULTA POR EPIGASTRALGIA, DISTENSIÓN ABDOMINAL, NÁUSEAS, VÓMITOS OCASIONALES E ICTERICIA AUTOLIMITADA DE 1 MES DE EVOLUCIÓN. NO FIEBRE.
BUEN ESTADO GENERAL. NO ICTERICIA. ABDOMEN BLANDO CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO. MURPHY POSITIVO.
ANALÍTICA: LEUCOCITOS: 25.000, CON NEUTROFILIA. PCR: 257. AMILASA Y BILIRRUBINA NORMAL.
TC ABDOMINPÉLVICO: Se aprecia litiasis duodenal, marcada distensión gástrica, y presencia de gas en la vesícula biliar, que sugiere la existencia de una fístula colecistoduodenal. Sugestivo de Síndrome de Bouveret
MUY BUENA EVOLUCIÓN: SE INGRESA A LA PACIENTE Y SE CONSIGUE CON ENDOSCOPIA MIGRACIÓN DE LITIASIS A SIGMA, SIN COMPLICACIONES

CONCLUSIONES

JUICIO CLÍNICO: SÍNDROME BOUVERET
El Síndrome de Bouveret es una forma infrecuente de íleo biliar, en el que se produce una fístula bilioentérica que permite el paso de la litiasis al duodeno, impactándose a ese nivel y produciendo una obstrucción intestinal alta. Las manifestaciones clínicas son bastante inespecíficas. Supone el 1-4% del total de las oclusiones intestinales en el adulto. Afecta sobre todo a las mujeres (1-3), generalmente en pacientes ancianos, con enfermedades asociadas y afección biliar previa. En el 91% de los casos se requiere manejo quirúrgico.

P. #669

MIELOMA MÚLTIPLE DISFRAZADO DE LUMBALGIA CRÓNICA: LA IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN GLOBAL EN URGENCIAS

Elisabet Poquet Faig

Hospital Parc Taulí, Sabadell, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 48 años, sin antecedentes de interés, remitido desde un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) por deterioro de la función renal (creatinina 1.94 mg/dL) y lumbalgia de evolución crónica. El paciente refiere el inicio del dolor en agosto, tras un esfuerzo al levantar una lavadora. Desde ese momento, el dolor ha presentado una evolución progresiva sin mejoría a pesar de tratamiento analgésico con opioides.

A su llegada al servicio de urgencias, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos clínicos de deshidratación ni alteraciones del estado neurológico. La exploración física revela dolor a la palpación de la columna dorsal baja y lumbar alta, con limitación funcional a la flexoextensión craneolumbar. No se objetivan déficits motores ni sensitivos.

La analítica sanguínea muestra hipercalcemia severa (13 mg/dL), insuficiencia renal (creatinina 1.94 mg/dL), anemia moderada (hemoglobina 10.8 g/dL) y elevación del ácido úrico (9 mg/dL). Se solicita ecografía renal ante la sospecha inicial de cólico nefrítico, evidenciándose nefrolitiasis bilateral sin signos de obstrucción. Se realiza una radiografía de columna dorsolumbar que revela fractura patológica en T12 y probable afectación de D8. Ante dichos hallazgos, se decide realizar un proteinograma sérico, planteando el mieloma múltiple como diagnóstico diferencial, evidenciándose la presencia de una banda monoclonal.

Para el manejo de la hipercalcemia e insuficiencia renal se instaura tratamiento con fluidoterapia intensiva y furosemida, y se contacta con el servicio de hematología para completar el estudio diagnóstico. La sospecha de mieloma múltiple se confirma mediante la realización de una biopsia de médula ósea, que objetiva una infiltración del 20-30% por células plasmáticas atípicas. El paciente es ingresado en dicho servicio, donde se establece tratamiento específico con 6 ciclos de quimioterapia, autotrasplante hematopoyético, eritropoyetina intramuscular semanal y profilaxis antiviral con aciclovir. La evolución clínica es favorable, con normalización de la calcemia y mejoría de la función renal (creatinina 1.2 mg/dL).

CONCLUSIONES

La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias y suele atribuirse a etiologías musculoesqueléticas benignas. Sin embargo, en presencia de datos analíticos sugestivos como insuficiencia renal, hipercalcemia y anemia, es fundamental considerar el mieloma múltiple dentro del diagnóstico diferencial.

El reconocimiento precoz de esta patología es esencial para optimizar el manejo terapéutico y mejorar el pronóstico del paciente. Este caso subraya la relevancia de una evaluación clínica y analítica integral en pacientes con lumbalgia persistente, especialmente cuando se asocia a alteraciones bioquímicas sugestivas. Un abordaje diagnóstico temprano facilita la identificación del mieloma múltiple y permite instaurar el tratamiento adecuado de manera precoz, mejorando así el pronóstico del paciente.

P. #677

HIPERCALCEMIA SEVERA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Vela Vela, Claudia Del Carmen Fernández Ruiz, María Teresa Serrato Llamas

AGS Serranía de Ronda, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Mujer de 52 años con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento con torasemida, y artritis reumatoide, tratada con prednisona y suplementos de calcio. Presenta intolerancia al metotrexato debido a un cuadro de pancitopenia.
Enfermedad actual: Acude al servicio de urgencias hospitalarias por un cuadro de astenia, náuseas sin vómitos, pérdida de peso no cuantificada y debilidad progresiva del hemicuerpo izquierdo, de un mes de evolución.
Exploración física: Tensión arterial: 145/77 mmHg, Frecuencia cardíaca: 120 lpm (taquicardia sinusal), Saturación de oxígeno: 96% basal. Estado neurológico: Consciente, orientada y colaboradora. Lenguaje fluente sin disartria. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fuerza 5/5 en miembros derechos. Claudicación del brazo y pierna izquierdos en menos de 10 segundos.
Pruebas complementarias: Se realiza tomografía computarizada (TC) craneal, donde se evidencia una lesión osteolítica en el hueso frontal derecho, con un amplio diagnóstico diferencial.
En la analítica sanguínea destacan los siguientes hallazgos: Creatinina: 2.58 mg/dL (filtrado glomerular estimado: 20 mL/min/1.73 m^2). Calcio sérico: 19.2 mg/dL (calcio corregido por proteínas: 16.52 mg/dL).
Evolución y Desenlace: La paciente presenta una hipercalcemia severa y una lesión ósea osteolítica pendiente de filiar. Se inicia tratamiento en el área de observación con fluidoterapia intensiva, corticoides, zoledronato y calcitonina. A pesar del tratamiento, los niveles de calcio persisten en rangos severos, por lo que se decide su ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Una vez estabilizada, es trasladada a la planta de medicina interna, donde se amplía el estudio con pruebas de imagen. En el TC de tórax, se identifica una lesión hiliar izquierda y mediastínica, altamente sugestiva de cáncer de pulmón. La resonancia magnética cerebral revela un realce meníngeo de la duramadre, que afecta todo el hemisferio derecho desde la región frontal hasta la occipital, compatible con carcinomatosis paquimeníngea, además de una otomastoiditis izquierda con enfermedad metastásica subyacente.
Se realiza una fibrobroncoscopia con biopsia, confirmándose un carcinoma escamocelular infiltrante no queratinizante. La paciente es derivada al hospital de referencia, donde es seguida por los servicios de otorrinolaringología y oncología. Se le practica una mastoidectomía, pero fallece a los pocos días debido al deterioro generalizado y la rápida progresión de la enfermedad tumoral.

CONCLUSIONES

- La hipercalcemia paraneoplásica es la complicación metabólica más común en el cáncer, y en el caso del cáncer de pulmón, se asocia principalmente al carcinoma epidermoide. Se debe en la mayoría de los casos a la producción ectópica de PTHrP (péptido relacionado con la PTH), aunque también puede estar mediada por citocinas o destrucción ósea metastásica.
- Las manifestaciones clínicas dependen del grado de hipercalcemia (leve 10,5 a 11,9 mg/dL, moderada 12,0 a 13,9 mg/dL y grave > 14 g/dL).
- El diagnóstico incluyen pruebas analíticas (que incluyan calcio sérico corregido por albúmina, PTH, PTHrP) y estudios de imagen (TAC, PET-TC) para identificar tumor primario.
- El tratamiento consiste en la reposición de volumen con suero salino al 0.9% (hidratación agresiva), diuréticos de asa y corticoides (aumentan la excreción renal de calcio), el uso de bifosfonatos intravenosos (zoledronato, pamidronato) para inhibir la resorción ósea, el uso de calcitonina en crisis hipercalcémicas para reducir calcio rápidamente y en última instancia, el tratamiento del tumor primario para evitar recurrencias.

P. #680

LO INUSUAL, LO VISCERAL

Laura García Lara, Alfredo Tonda Sellés, Irene Carmona García, Javier De Aristegui Bengoechea, Isabel González Babe Salgado, Elia Chaves Prieto

Médica, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años, hipertensa, diabética y dislipémica en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20/12.5 mg, amlodipino 10 mg, metformina 850 mg, dapaglifocina 10 mg, semaglutida 7 mg/día y simvastatina 10 mg que consulta por mal estado general de menos de 24 horas.

Según refiere su marido, hace cuatro días presentó cuadro diarreico, tratado con septrim y suero oral, ya resuelto, pero desde ayer comienza con astenia, hiporexia y somnolencia progresiva, tanto, que hoy es incapaz de comunicarse con ella. No fiebre, nauseas o vómitos. No cefalea u otra sintomatología.

A su llegada a urgencias tendencia a la hipotensión (TA 90/53 mmHg), a 80 lpm, eupneica en reposo sin trabajo respiratorio, saturando a 93 % en basal. Consciente pero somnolienta, desorientada, y poco colaboradora. Impresiona de mal estado general, con llamativo tinte ictérico cutáneo-mucoso. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones; abdomen globuloso, blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal; ausencia de edemas o signos de TVP. Exploración neurológica difícilmente valorable por escasa colaboración: pupilas isocóricas y normoreactivas, movilidad de las cuatro extremidades; resto no valorable.

Se monitoriza a la paciente, se inicia resucitación con 1000 cc de plasmalyte, se determina glucemia capilar (69mg/dl) y se solicitan pruebas complementarias: ECG, sin alteraciones, bioquímica completa, hemograma, coagulación, gasometría venosa, radiografía de tórax y abdomen y TAC craneal basal.

- Analíticamente destaca PCR de 91, leucocitosis y neutrofilia leves con PCT 0.41; alteración del perfil hepático, predominantemente colestásico (GOT 86U/L, GPT 46U/L, BT 5.1mg/dl con directa 4.8), coagulopatía (INR de 1.9 y TP 53%); anemia microcítica (Hb:9.6gr/dl VCM 64); sin alteraciones del pH con lactato 14mg/dl
- En la radiografía de tórax, abdomen y TAC craneal basal, sin alteraciones significativas.

Dentro de nuestro diagnostico diferencial inicial, constaban las siguientes patologías:

- Etiología infecciosa: podría tratarse de una sépsis, con qSOFA 2 a su llegada, siendo el foco más probable el abdominal (antecedente de diarrea), o del sistema nervioso central (somnolencia)
- Etiología tóxico-metabólica: alteraciones iónicas o del medio interno por pérdidas digestivas o baja ingesta, descartadas analíticamente; encefalopatía, siendo el origen más probable en nuestro caso el hepático, de causa no enólica; y menos probables, alteraciones tiroideas o insuficiencia suprarrenal (hipotensión, hipoglucemia, somnolencia, alteraciones del tracto digestivo...).
- Patología tumoral: anemia ferropénica > 50 años, nos obligaría a descartar patología tumoral digestiva, siendo el hígado uno de los órganos donde con más frecuencia metastatizan, pero rara vez producen fallo hepático; y por otro lado podría tratase de un síndrome paraneoplásicos en concreto el síndrome de Stauffer, caracterizado por disfunción hepática, elevación de enzimas hepáticas y/o encefalopatía hepática sin afectación orgánica directa del hígado.

Tras las pruebas obtenidas y haciendo referencia a nuestro diagnóstico diferencial, se amplio estudio con TAC abdominal, evidenciándose neoplasia primaria de colon derecho con adenopatías en borde mesentérico y retroperitoneo, lesiones hepáticas y en glándulas suprarrenales, sugestivas de metástasis. Finalmente, la paciente ingresa en Medicina interna con diagnóstico de neoplasia de colon derecho estadio IV y encefalopatía hepática por fallo hepático secundario a metástasis. La evolución en planta es desfavorable, con posterior limitación terapéutica y sedación paliativa tras consenso familiar, con éxitus en las siguientes 48 horas.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que en ocasiones nos enfrentamos a casos complejos, tanto por dificultades en la realización de la historia clínica como en el diagnóstico y manejo de los mismo, de ahí la importancia de la elaboración de un buen diagnóstico diferencial, el cual no es estático, sino que se podrá ir moldeando en función de la reevaluación y resultados complementarios. Por otro lado, es muy importante que todo medico sepa manejar situaciones difíciles y ser capaz de dar malas noticias de forma objetiva, clara, concisa y desde el respeto

P. #689

CERVICALGIA E HIPERTENSIÓN, SI PRESENTA CEFALEA PREOCUPATE UN MONTÓN

María Ángeles San Martín Díez, Alba Sasia Tomas, Oihane Orokieta Rincon, Danae Moreno Alcaide

HU BASURTO, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años, fumadora de paquete y medio de tabaco diario y derivados anfetamínicos de forma puntual, hipertensa y valorada por neurología en julio de 2023 por dudosa primera crisis comicial con TAC normal. Laboralmente activa, cuidadora principal de su familia. Acude al servicio de urgencias por cuadro de instauración subaguda de inicio hace varias semanas consistente en cefalea, cervicalgia y sensación de mareo con los movimientos cefálicos, acompañándose de progresiva alteración del estado mental con cambios conductuales, comportamiento bizarro y errático, desorientación y cierta agitación.

15 días antes, la paciente había consultado a su médico de atención primaria por crisis hipertensiva y cefalea, iniciándose ramipril 2.5 mg al desayuno. Una semana después vuelve a consultar por cervicalgia y mareo con los movimientos cefálicos, añadiéndose analgesia y sulpirida. A las 72 horas reconsulta y ante persistencia de la cervicalgia se añade diazepam como miorrelajante. Tras esto el familiar dado el empeoramiento de la clínica y encontrándola desorientada e inadecuada la lleva a urgencias.

A su llegada estable hemodinámicamente y afebril; consciente, desorientada, inquieta y agitada, sin obedecer a ordenes sencillas, sin otra focalidad neurológica. Resto de exploración normal.

Se realiza tomografía computerizada (TAC) craneal sin alteraciones y estudio analítico donde se obtiene una proteína C reactiva de 32, con leucocitosis de 12.000 y procalcitonina normal, descartándose alteraciones metabólicas subyacentes. El estudio toxicológico de orina resultado positivo para benzodiacepinas (tratamiento activo con diazepam) y anfetaminas (posible consumo reciente). . Ante este cuadro clínico y el registro de un pico aislado de fiebre, se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo sin datos inflamatorios ni infecciosos. Considerando la sospecha inicial de encefalitis se avisa al servicio de reanimación y se inicia tratamiento empírico con Aciclovir y Amoxicilina/clavulanico por posible broncoaspiración.

Tras 72 horas en Reanimación, siendo valorada por psiquiatría y ante la estabilidad clínica es dada de alta a Medicina Interna. Durante las primeras horas de ingreso en esta planta presenta focalidad neurológica de instauración brusca hemisférica izquierda con hemiplejia derecha y alteración del lenguaje. Se activa código Ictus y se detecta en TC multimodal oclusión de la ACI derecha desde su origen y estenosis significativa de la ACI izquierda con calibre filiforme en sus segmentos distales. Asocia lesión isquémica aguda de nueva aparición en surco precentral izquierdo. Se traslada a Unidad de Ictus y se inicia tratamiento preventivo secundario con Antiagregación.

Durante su estancia en la UI, permanece neurológicamente estable, con tendencia a la mejoría progresiva de la clínica focal, sin objetivarse arritmias embolígenas y con estudio de autoinmunidad y trombofilias normal. Se completa el estudio con un angio-resonancia magnética, objetivándose disección de ambas arterias carótidas internas con presencia de trombosis y oclusión completa de ACI derecha. Tras estos hallazgos se solicita AngioTAC de aorta objetivándose ectasia e irregularidad parietal en un segmento de la arteria renal principial izquierda que sugiere cambios de displasia fibromusucular.

CONCLUSIONES

La displasia fibromuscular incluye un grupo heterogéneo de cambios arteriales no ateroscleróticos ni inflamatorios responsables del desarrollo de cierto grado de estenosis, oclusión o aneurismas vasculares. Suele presentarse en mujeres de entre 40 y 60 años y la causa se desconoce, aunque puede tener un componente genético y el tabaquismo puede ser un factor de riesgo. La displasia fibromuscular puede afectar diversas arterias, siendo la más frecuentes las renales, seguidas de las carótidas y las intracraneales. La ecografía puede sugerir el diagnóstico, pero el diagnóstico de certeza de la displasia fibromuscular se confirma con angiografía. El tratamiento varía según su localización y es importante que el paciente deje de fumar y se realice un control de otros factores de riesgo para la aterosclerosis.

P. #693

DEMENCIA PARECE.... ALZHEIMER NO ES

OIHANE Orokieta Rincon, ALBA Sasia Tomas, DANAE Moreno Alcaide, María Ángeles San Martín Díez, AMELIA ESPERANZA López Capel

HU BASURTO, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 83 años hipertenso y diabético, con una Fibrilación Auricular (FA) anticoagulada con lixiana y una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En estudio por dermatología por dermatitis atópica de debut en el anciano y en tratamiento con metotrexate y acfol semanales. Autónomo, con ligera alteración de la marcha en control por neurología desde 2023 con tomografía axial computerizada (TAC) normal.
Acude al servicio de urgencias por cuadro de tres semanas de evolución
consistente en alteraciones visuales con dificultad para reconocer los objetos en el espacio. Se añaden de forma progresiva dificultades para la realización de actividades cotidianas como comer, vestirse y asearse y en los últimos días asocia desorientación y apatía. Además, se observan también episodios de rigidez en extremidad superior izquierda (ESI) y alucinaciones visuales en forma de animales. No fiebre ni cefalea, ni otros síntomas acompañantes.
A la exploración presenta constantes en rango, con orientación en las tres esferas y lenguaje bien elaborado. Destaca ataxia óptica y apraxia visuomotora bimanual, junto con alexia, agrafia y apraxia en la ESI. Resto de exploración general sin alteraciones significativas.
En el servicio de urgencias se realizan analítica sanguínea, TAC craneal y sedimento de orina con tóxicos que resultan negativos; por lo que se avisa al servicio de neurología de guardia, que solicita un electroencefalograma (EEG) urgente informado como: actividad periódica lateralizada sobre cuadrante posterior derecho que adquiere carácter dinámico sugerente de patrón peri-ictal/ictal; con actividad cerebral de fondo lentificada de forma difusa. Tras esto se cursa ingreso en planta de neurología para continuar estudio.
A las 48 horas del ingreso se realiza resonancia magnética (RMN) cerebral mostrándose una leve restricción de la difusión cortical parietal derecha y en córtex medial de polo posterior occipital derecho, pudiendo estar en relación con signo de enfermedad priónica.
Durante el ingreso se realizan punción lumbar con citoquímica, citología y microbiología sin alteraciones y RMN cerebral de control a los 6 días observándose de forma más llamativa restricción de difusión e hiperseñal T2-FLAIR cortical parietal posterior, occipital y temporal derecha; sugestiva de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).
Además, en el estudio de biomarcadores de degeneración se obtuvieron los siguientes resultados: ENE normal, pero tTau 1940, pTau 62.4, y ratio tTau/pTau de 31'09 sugestivo de prionopatía (amiloide normal). WB para 14.3.3. negativo. Onco y anti-neuronales negativos
Debido al empeoramiento clínico progresivo el paciente fue trasladado a un Centro de Cuidados Paliativos falleciendo a las cuatro semanas del diagnóstico. Dada la sospecha clínica tras el fallecimiento se solicita autopsia clínica y estudio de reordenamiento genéticos a los cuales no tenemos acceso

CONCLUSIONES

La ECJ es un trastorno cerebral poco frecuente que deriva en demencia (afecta aproximadamente a una o dos personas por millón al año en todo el mundo). Normalmente aparece de forma espontánea, pero también puede aparecer por comer carne de vaca contaminada o por un gen hereditario anormal. Por lo general afecta a mayores de 40 años y normalmente aparece alrededor de los 65.
La clínica empeora rápidamente, por lo general, dentro de varias semanas o unos meses. Los síntomas iniciales incluyen los siguientes: cambios en la personalidad, pérdida de la memoria, pensamiento alterado, visión borrosa o ceguera, insomnio, …
El diagnóstico suele hacerse mediante EEG, análisis del líquido cefalorraquídeo y RMN. No existe cura, pero los fármacos alivian algunos de los síntomas y la muerte suele ocurrir en el plazo de un año.

P. #708

''ESPASMOS MUSCULARES INVALIDANTES: CUANDO LOS TRASTORNOS IÓNICOS VAN MÁS ALLÁ"

Catalina Merenciano Delgado, Francisco Javier Nieto García, Lucía De Tena Ferre, Isabel Chicano Villatoro

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avenida Manuel Siurot, S/n, 41013, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años que acude a urgencias por espasmos musculares y sensación de espasmo laríngeo. Niega fiebre u otra sintomatología por aparatos. Menciona un episodio similar hace unos años en contexto de deshidratación por sobreesfuerzo en ambiente húmedo.

Como antecedentes, sin alergias, hipertensa mal controlada tratándose con Olmesartán/Hidroclorotiazida 40/12.5 mg, Doxazosina 4 mg, Nevibolol 5 mg y Prazosina 1 mg. Tratamiento reciente con Espironolactona 100 mg, la cual suspendió por indicación de su Médico de Atención Primaria. Intervenida en centro privado de adenoma suprarrenal en 2012, en principio no funcionante.

La exploración anodina salvo ligero aumento del tono muscular con resistencia mínima al movimiento en antebrazos y manos bilateralmente y TA de 165/100 mmHg.

Pruebas complementarias:

GSV: pH 7.52, pCO2 40 mmHg, HCO3 35 mEq/L, K 2.1 mEq/L, Na 135 mEq/L.

Analítica: tres series del hemograma normal. Función renal normal. Sodio normal. Potasio de 1.8 mEq/L. Calcio y magnesio normales.

Evolución:

Comentamos en Observación-Sillones para continuidad asistencial y reposición hidroelectrolítica. Tras la administración de varias dosis de ClK, conseguimos reposición del potasio, alcanzando un valor de 3.2 mEq/L. También se pautaron Amlodipino 10 mg y Espironolactona 100 mg, consiguiendo una reducción significativa de las cifras tensionales.

La paciente quedó asintomática y fue dada de alta con potasio oral durante una semana.

Paralelamente, la paciente fue derivada a Medicina Interna por su Médico de Atención Primaria por el mal control tensional en el último año.

Aporta pruebas complementarias realizadas en centro privado con hallazgo en resonancia magnética compatible con incidentaloma suprarrenal derecho.

Se realizó estudio con metanefrinas/catecolaminas en orina normales, catalogándose de adenoma no funcionante que se intervino en 2012. Ante antecedente dudoso de adenoma no funcionante versus feocromocitoma (ella aseguró que era un feocromocitoma) y dado que las cifras tensionales oscilaban en torno 160-170/90, tras suspensión de espironolactona, la cual se reanudó, se inicia de nuevo estudio por Medicina Interna.

Se solicitaron TAC con contraste de glándulas suprarrenales, Doppler renal, catecolaminas en orina, cortisol libre urinario de 24 horas y cociente aldosterona/actividad de renina, así como MAPA.

El TAC describe una imagen morfológicamente compatible con adenoma suprarrenal, pero que al calcular el porcentaje de lavado absoluto y relativo, arroja valores indeterminados y no característicos, por lo que radiología sugiere la realización de una RM de glándulas suprarrenales. La ecografía Doppler renal, velocidades e índice de resistencia aumentados.

Las catecolaminas y cortisol en orina estuvieron dentro de la normalidad y la analítica no tenía hallazgos significativos, salvo un valor de aldosterona de 93 ng/dL, sin los valores de la renina por transporte inadecuado de la muestra.

Por último y dadas las dudas diagnósticas, queda pendiente la realización de un cateterismo de venas suprarrenales, así como un test de sobrecarga hidrosalina ante la imposibilidad de retirada de antihipertensivos antialdosterónicos.

Pese a ello, la sospecha diagnóstica es un hiperaldosteronismo primario con su tríada característica: hipopotasemia, alcalosis metabólica e hipertensión refractaria.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de una valoración integral, sin olvidar que el manejo en urgencias, además de tratar las alteraciones causantes de la sintomatología, involucra una necesidad de estudio, precisando un seguimiento para llegar al diagnóstico final.

En concreto, en este caso es importante el seguimiento ante la sospecha de hiperaldosteronismo en una paciente con hipertensión refractaria sintomática, que presenta manifestaciones típicas de la hipopotasemia junto con hallazgos analíticos de hipopotasemia y alcalosis metabólica. Esta presentación en Urgencias debería alarmarnos y plantear añadir al tratamiento antihipertensivos diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona/eplerenona).

P. #718

ESTRIDOR LARINGEO Y MIASTENIA GRAVIS

Luca Omizzolo Omizzolo
Hospital Universitario Insular, Las Palmas De Gran Canaria, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un paciente varón de 56 años con antecedentes de diabetes melitus tipo 2, depresión mayor, historia de abuso de benzodiacepinas. Fue atendido en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por ser hallado por el hermano con bajo nivel de consciencia en el domicilio. A su llegada consta una escala de Glasgow de 12 sin lesiones cervicales ni craneales. Dados los antecedentes personales, se solicita un panel de tóxicos, resultando positivo para benzodiacepinas. Se realiza también un escáner (TC) de cráneo sin contraste, que fue normal. Por ello en un primer momento se trató como una alteración del nivel de consciencia secundaria a un consumo perjudicial de benzodiacepinas y finalmente se pautó Flumazenilo en perfusión continua a dosis de 0,2mg/h. La respuesta clínica fue escasa. Al revaluarle, en el cambio de guardia, llamaba la atención la presencia de estridor laríngeo con parálisis bilateral del velo del paladar así como tetraparesia de predominio izquierdo. En ese momento el diagnóstico diferencial incluyó entidades diagnósticas como Encefalitis tipo Bickerstaff, botulismo, ingesta de organofosforados, ingesta de plomo o arsénico. Ante la sospecha de ictus isquémico en territorio vertebrobasilar (posible lesión bulbar), se contactó con Neurologia y se realizó el estudio correspondiente, con angio TC y resonancia magnética (RMN) craneal que resultaron normales. Por los antecedentes de depresión, se llegó a sospechar una lesión cervical por ahorcamiento, que se descartó al resultar normal la RMN cervical. Ante el empeoramiento del estridor laríngeo con disnea y saturación basal en descenso, se contactó con el servicio de Otorrinolaringología y se realizó una fibrobroncoscopia, objetivando una parálisis bilateral de las cuerdas vocales con compromiso del espacio glótico. Por ello se inició la secuencia rápida de intubación, llevando a cabo una intubación oro traqueal mediante videolaringoscopía. Tras estabilizar al paciente, se decidió tratarle con dosis de 1g de Metilprednisolona e Inmunoglobulinas, dada la sospecha de Miastenia Gravis. Tras pasar 24 horas en la unidad de cuidados intensivos, se trasladó a en la planta de Neurologia donde se llevó a cabo un estudio electromiográfico, confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La miastenia gravis es una enfermedad de la unión neuromuscular que causa debilidad muscular de diseminación centrifuga, afectando grupos musculares de proximales a distales. La presentación clínica es muy variada y en multiples ocasiones es desencadenada por consumo de fármacos, como las benzodiacepinas. En urgencias supone un reto diagnóstico que hay que tener en cuenta a la hora de valorar cualquier debilidad muscular. En el caso descrito, el consumo de benzodiacepinas, la larga historia de consumo de antidepresivos así como la anamnesis incierta por ausencia de testigos, nos obligaron a valorar multiples opciones diagnósticas, llegando al diagnóstico final por descarte. Finalmente, nos gustaría remarcar la importancia de la revaluación frecuente de los pacientes en urgencias, ya que el empeoramiento puede ser repentino y en muchas ocasiones nefasto.

P. #726

ISQUEMIA MESENTÉRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia Torre Moreno, Verónica Perea Ramírez
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

ISQUEMIA MESENTÉRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

HISTORIA CLÍNICA:
Mujer de 76 años que acude a Urgencias por cuadro de vómitos oscuros de 3 días de evolución.
Anamnesis: Refiere 3-4 vómitos diarios de color oscuro sin sangre fresca ni otros productos patológicos, de 3 días de evolución asociado a ausencia de deposición. Del mismo modo astenia generalizada y debilidad. Refiere que ha tomado suero en domicilio con escasa mejoría. No fiebre ni sensación distérmica. No ambiente epidémico. No otra clínica asociada.
Exploración física:
TA 135/103 mmHg; FC 66 lpm SatO2 96%, T° 36.8°C, Glucemia 150
Regular estado general. Consciente y orientada en las tres esferas. Signos de deshidratación mucocutánea. Frialdad distal. Sudorosa. Respiración superficial.
AC: Rítmica sin soplos audibles
AP: MVC sin ruidos sobreañadidos
Abdomen: Distendido, timpánico y globuloso sin ruidos hidroaéreos. No dolor a la palpación superficial ni generalizada.
Interpretación de PPCC:
Se realiza gasometría arterial en box vital donde se objetiva, acidosis metabólica grave con niveles bajos de pH y bicarbonato. Además, se observa en analítica niveles elevados de ácido láctico probablemente secundario a cuadro de hipoperfusión tisular.
Presenta así mismo, aumento de creatinina sugiriendo fracaso renal agudo probablemente de origen prerrenal multifactorial por bajo gasto y deshidratación anteriormente mencionada.
Analíticamente destacan elevación de CK progresivo secundario a daño muscular por hipoperfusión.
Se realiza TAC abdominal objetivando hallazgos compatibles con isquemia mesentérica sin defectos de repleción en ramas arteriales intraabdominales.
Tratamiento en urgencias:
Se realiza traslado a box vital tras vómitos oscuros en posos de café que precisan aspiración y se realiza colocación de SNG. Se comienza tratamiento antibiótico con Piperacilina/Tazobactam y se extraen HHCC posteriormente. Se avisa a servicio de UCI para realización de IOT. Abundante contenido gástrico con necesidad de aspiración durante la IOT. Inestable. Ante datos de probable shock distributivo y acidosis láctica grave, se avisa posteriormente al servicio de Radiología para realización de pruebas de imagen.
Tratamiento en UCI:
1. Isquemia mesentérica:
- Tratamiento: Se realiza laparotomía exploradora de urgencia con hallazgos de afectación difusa del intestino delgado y datos de baja perfusión sin isquemia establecida por lo que no se realiza resección intestinal.
2. Shock distributivo secundario:
- Noradrenalina: inicialmente a dosis elevadas (0.3 mcg/kg/min) para TAM >65mmHg y TAS mayor a 90 durante los 3 días posteriores.
- Láctico: nivel de láctico corregido a 2.5, mala perfusión a nivel distal en miembros inferiores, con pulsos pedios muy débiles y lesiones vasculares en MMII con livideces.
- Tratamiento: Corticoides a dosis de shock. Resucitación intensiva con sueroterapia y reposición con albúmina.
3. FA con FC variable entre 85-100lp:
- Se realiza ecocardiograma sin hallazgos relevantes
- Tratamiento: Medias de compresión neumáticas.
4. Fracaso renal agudo de probable origen prerrenal:
- Causa: Secundario a shock distributivo y deshidratación.
Tratamiento: STP con glucosado, isofundín y albúmina.
5. Bacteriemia por K.variicola:
- Tras resultados de HHCC se aisla K.Variicola, cubierto con P/T y Linezolid con descenso de RFA progresivo.

CONCLUSIONES

La isquemia mesentérica aguda es un estado de hipoperfusión producida de forma brusca sobre el intestino ocasionando una patología con elevada morbimortalidad de sintomatología inespecífica.
Para mejorar el pronóstico de esta entidad es muy importante el diagnóstico precoz. Los datos analíticos y la realización de una prueba de imagen permiten con bastante fiabilidad establecer el diagnóstico y su posible causa.
El tratamiento se debe aplicar de forma temprana para así restaurar el flujo sanguíneo. Se basa en un control de la PA y FC, temperatura, gasto urinario y SNG. Reposición de volumen posterior, así como cobertura con antibioterapia. Posteriormente, tratamiento quirúrgico en caso de sospecha de lesión visceral irreversible en forma de laparotomía exploradora.

P. #727

ATACAN RÁPIDO PERO CORREN LENTO

Paola Mariel Hernández Pimentel
Hospital marina baixa, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Femenina de 74 años de edad. Niega alergias. Hipertensión arterial, sin otros factores de riesgo. Tratamiento habitual candesartán 16 mg.
Acude a urgencias hospitalarias refiriendo coxalgia bilateral y mialgias en miembros inferiores de larga evolución. En los últimos 3 meses, ha presentado varias visitas al servicio, notificando alteración progresiva de la marcha con caídas recientes y recurrentes. Asocia pérdida de capacidad funcional y bajo estado de ánimo, rechazando antidepresivos. En la anamnesis dirigida, familiares refieren un año de malestar general inespecífico. Su médico de atención primaria, realiza analítica normal y pauta tratamiento sintomático con vitaminas grupo B, sin presentar mejoría. Progresivamente y de manera intermitente, empeora con discreto temblor de reposo en manos y rigidez en miembros inferiores con dificultad para deambular.
En urgencias se realiza analítica completa normal, salvo en bioquímica donde solo destaca discreta elevación de transaminasas.
Otras pruebas complementarias: electrocardiograma e imágenes como radiografía de tórax y de cadera bilateral, no revelan alteraciones significativas. Rx columna lumbar: L3-L4 disminuido, con cambios tróficos. TC cerebro urgente sin signos radiológicos de patología intracraneal aguda.
Ingresa a cargo de medicina interna como deterioro multifactorial a estudio para descartar parkinsonismo.
Exploración neurológica: Hipomimia. Bradipsiquia. Lenguaje conservado no fluente. Fuerza 3/5 con sensibilidad conservada en 4 extremidades. Rigidez en rueda dentada de MMSS. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Marcha no explorada.
Inicia pauta ascendente de Levodopa/carbidopa 25/100mg y es dada de alta estable.
Reingreso al 6to día, la paciente es llevada nuevamente de urgencias en estado progresivo de catatonia, con respuesta espontánea casi nula y mala situación basal. Consciente y alerta. Desorientada en espacio y tiempo. Tendencia al mutismo. Impresiona de limitación supraelevación de la mirada. No moviliza extremidades a la orden, rigidez generalizada de predominio en hemicuerpo izquierdo, rigidez axial, laterocolis hacia la izquierda. Reflejo cutáneo plantar indiferente derecho, Babinsky izquierdo. Reacciona al dolor. Cerebelo no explorable. Situación de encamamiento. Constantes con niveles tensionales bajos.
Analítica urgente: niveles de transaminasas, reactantes de fase aguda y troponinas elevados. Además se observan parámetros de fallo renal agudo, por lo que se inicia fluidoterapia correspondiente. Ante la sospecha de efectos secundarios medicamentosos, se inicia pauta de biperideno y se suspenden los fármacos antiparkinsonianos.
Evolución: La paciente se mantiene en estado catatónico con discreta reacción al dolor, ingresando a cargo de neurología. Se amplía estudio incluyendo autoinmunidad y marcadores onconeurológicos, líquido cefalo raquídeo, resonancia magnética, y varios encefalogramas. Al cabo de 20 días de ingreso se obtiene en LCR proteína 14.3.3, cambios sugestivos en EEG y en la RNM; cumpliendo criterios de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica probable. Es dada de alta con tratamiento paliativo y medidas de salud pública en caso de fallecimiento.

CONCLUSIONES

Ante clínica piramidal progresiva, deterioro de rápida evolución y varias visitas médicas, se requiere control y seguimiento estrecho, valorando ampliar estudio o ingreso si precisa.
A día de hoy, el pronóstico de esta enfermedad es letal y debido a su baja prevalencia, no contamos con pruebas de urgencia que nos ayuden a encaminar el caso con la mayor brevedad posible.
La mayoría de las enfermedades por priones o encefalopatía espongiforme son neurodegenerativas. En el 90% de los casos su etiología es idiopática, otras son adquirida o genética. En los 90, un brote alimentario por una variante no humana de clínica similar, dio lugar a las famosas vacas locas. Sin embargo, es su origen esporádico quien se lleva por delante a casi todos los pacientes en menos de 1 año del diagnóstico o incluso meses, como fue el caso de nuestra paciente.

P. #730

HEMATOMA CEREBELOSO ESPONTÁNEO DE ORIGEN HIPERTENSIVO

José González Reyes
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 53 años de edad, con Antecedentes Personales de Hipertensión arterial, Síndrome de Apnea obstructiva del sueño (SAOS), Gonartrosis.
En tratamiento con Valsartan/hidroclorotiazida, amlodipino, etoricoxib.
Paciente que consulta en su centro de salud por clínica de un día de horas de evolución de cefalea, holocraneana, sensación de inestabilidad en la marcha, al momento de la valoración en su centro de salud el paciente presentaba regular estado general, consciente, alerta, parcialmente orientado, eupneico, puntuación de escala de Glasgow 14 puntos, se evidencia tensión arterial de 226/120 milímetros de mercurio (mmHg), se pauta tratamiento con captopil 50 miligramos (mg) vía oral y es derivado a urgencias hospitalarias.
A su llegada el paciente se recibe en sala de críticos por persistir cifras de tensión arterial: 200/100 mmHg, el paciente se encontraba, consciente, alerta, orientado en lugar y tiempo, desorientado en persona, letárgico, no presentaba ningún otro déficit neurológico, se maneja con 20 mg de labetalol intravenoso, se solicitan las siguientes pruebas completarías, hemograma, bioquímica con marcadores cardiacos, coagulación, radiografía de tórax, electrocardiograma, tomografia axial computarizada (TAC) de cráneo, resultando:
Hemograma, coagulación sin alteraciones agudas, troponina ultrasensible 39.4 picogramos/mililitro.
Persistiendo cifras tensionales elevadas, se decide realizar TAC craneal, el cual es informado:
"Se aprecia imagen de lesión hiperdensa intraparenquimatosa a nivel de la parte anterior de hemisferio cerebeloso derecho de 22 milímetros de diámetro compatible con hematoma agudo de probable origen hipertensivo y se acompaña de moderados signos de efecto masa , sin producir hidrocefalia obstructiva"
Ane dichos hallazgos y clínica del paciente se traslada para valoración por parte de Neurocirugía, ya que persistían cifras tensionales elevadas a pesar de medicación antihipertensiva intravenosa, se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos neurológica para control tensional y vigilancia neurológica estrecha.
El paciente evoluciona favorablemente durante su estancia en UCI neurológica, realizándose TAC craneal de control, en el cual no se evidencia ninguna complicación, al mejorar cifras tensionales es trasladado a planta de Neurocirugía en donde continua con buena evolución clínica, únicamente presentaba cefalea de leve intensidad y náuseas, que se manejó con corticoides, y mejoro sin mayores incidencias, además se completó estudio con Angiotac en donde no se evidenció ninguna malformación arterio venosa, por lo que fue dado de alta a domicilio con control en consultas externas de neurocirugía.
Al consultar historia única del paciente se evidencia múltiple consultas en urgencias de atención primaria por gonalgia que se pautaba antiinflamatorios no esteroideos (AINES) intramusculares, además estaba ya en tratamiento crónico con etoricoxib, durante las tres semanas previa además refiere el paciente cifras tensionales elevadas, solicito cita previa en su médico de familia por dicho motivo, pero no llego a ser valorado en atención primaria debido a la demora en la asignación de citas previas en su centro de salud.

CONCLUSIONES

Este caso es un claro ejemplo que debemos tener en cuenta a la hora de valorar a nuestros pacientes sus antecedentes, así como medicación crónica y problemas actuales, tratándose de un paciente que venía presentando mal control de cifras tensionales, en las últimas semanas en tratamiento crónico con etoricoxib y al que se pautaba AINES a demanda en puntos de urgencias, la suma de estos factores probablemente hayan sido el desencadenante para presentar el Hematoma cerebeloso de probable origen hipertensivo.

P. #748

CUANDO LA SIMPLICIDAD ENGAÑA: UN DEBUT DIABÉTICO QUE OCULTABA AUTOINMUNIDAD

Alba García-Páramo Bernáldez, Enrique Noé Navarro Jiménez, David García Gacimartín, Damián Jesús González León, Irene Corral Flores, Estíbaliz Garrido Leal

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 56 años obesa, dislipémica e hipertensa; acude a urgencias el 13/08/24 derivada por su MAP ante clínica cardinal de Diabetes Mellitus tipo 2 con hiperglucemia simple. A su llegada la paciente refiere polidipsia, poliuria y nicturia de 3-4 días de evolución, bien tolerada, sin otros síntomas en meses previos ni datos de alarma a la anamnesis y/o exploración física. Tan solo comenta clínica miccional asociada al cuadro.

En la analítica sanguínea destaca: glucosa de 457 mg/dL con función renal y hemograma normales. En el sistemático de orina no se evidencian datos de infección urinaria.

Dado que se trata de una sospecha de debut diabético, se inicia tratamiento con sueroterapia y perfusión de insulina iv (intravenosa) y se cursa ingreso en endocrinología.

En planta se repite la analítica sanguínea, destacando: glucemia de 249 mg/dL, Hb (hemoglobina) glicosilada de 8.9% con función pancreática conservada, función renal y perfil tiroideo sin alteraciones. Además, en el sistemático de orina se evidencia piuria con nitritos negativos, hematuria y proteinuria.

Dada la sospecha clínica de Diabetes Mellitus tipo 2, se decide iniciar pauta de insulina subcutánea bolo-basal con adecuado manejo de las glucemias.

Ante adecuada evolución y ausencia de signos de alarma, tras un día de ingreso, el 14/08/24 se decide dar el alta domiciliaria a la paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 con hiperglucemia simple ya resuelta, y con recomendaciones higiénico-dietéticas, Synjardi 5/1000mg 1-0-1 como tratamiento antidiabético y Fosfomicina 3gr 1/24h, dos días. Queda pendiente el resultado de la autoinmunidad.

La paciente es revisada en consultas externas de endocrinología el 26/08/24 con inicio de Semaglutida 3mg/24h, que se añade al tratamiento previo, para intentar control óptimo de las glucemias.

El 25/11/2024 la paciente vuelve a acudir a urgencias por malestar general y glucemias en BMTest de 430 mg/dL. Refiere pérdida ponderal desde agosto y cifras de glucemia mayores a 250 mg/dL en la última semana, pese a una correcta toma de la medicación pautada.

En la analítica sanguínea destaca: acidosis metabólica con pH en la primera gasometría venosa de 7.21 y bicarbonato de 13.6 mmol/L; cetonuria y glucemia mayor de 350 mg/dL.

Se inicia perfusión de insulina y se repiten BMTest horarios y gasometrías venosas cada dos horas, constatándose mejoría clínica y analítica de la acidosis metabólica (pH de 7.29 y bicarbonato de 13.9 mmol/L), motivo por el que se decide retirar la perfusión e iniciar pauta de insulina bolo-basal.

Tras revisar las analíticas previas, se evidencian unos resultados de autoinmunidad pancreática positivos, confirmándose la existencia de una Diabetes Mellitus tipo LADA, tramitándose ingreso a cargo de endocrinología.

Durante el ingreso, ante los hallazgos constatados y la nueva orientación diagnóstica de la paciente, se decide suspender los antidiabéticos orales y se inicia tratamiento con insulinoterapia bolo-basal. Es dada de alta el 27/11/2024.

Se revisa por última vez el 03/12/2024 en consultas externas de endocrinología, con regular control de las cifras de glucemia, motivo por el que se aumenta levemente la dosis de insulina. No se realizan otros cambios en el tratamiento.

CONCLUSIONES

- Importancia de conocer el manejo diagnóstico y terapéutico de los diferentes tipos de Diabetes Mellitus y sus complicaciones en urgencias.
- También fue clave la revisión de toda la historia clínica previa de la paciente, incluyendo las analíticas sanguíneas realizadas tanto en urgencias como en la planta de endocrinología, para establecer un diagnóstico de confirmación.
- Como conclusión final me gustaría destacar que algunas veces lo más común no es lo acertado, y que tal y como ha sucedido en este caso, en urgencias tenemos que indagar para conseguir realizar un adecuado abordaje de los pacientes.

P. #749

PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE: LA GRAN INFRADIAGNOSTICADA

Luis Miguel Garrido Aguayo[1], Noelia Martínez Gázquez[1], Sergio Ortega Pérez[2]

1. Centro de Salud Mengíbar Doctor Manuel Polaina Bailón, Mengíbar, España
2. Centro de Salud Torredelcampo, Torredelcampo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 30 años desplazada desde otra comunidad autónoma, sin alergias conocidas, ni antecedentes personales ni familiares de interés y en tratamiento con anticonceptivos orales. Fumadora activa de 5 cigarrillos/día.

Acude por primera vez al servicio de urgencias hospitalarias con regular estado general por cuadro tres días de evolución dolor abdominal difuso muy intenso, que localiza más en epigastrio e hipogastrio, acompañado de náuseas y vómitos, sin diarrea. Afebril en todo momento, menstruaciones normales, test de embarazo negativo, no clínica miccional... Niega otra sintomatología. A la exploración presenta un abdomen blando y depresible, más doloroso en epigastrio, fosa ilíaca derecha e hipogastrio. La auscultación cardiorrespiratoria es normal. Presenta tensiones en torno a 160/100mmHg y frecuencia cardíaca en 120 latidos por minuto. El resto de la exploración es normal. Se realiza radiografía abdominal (sin hallazgos de interés) y una analítica con discreta leucocitosis y neutrofilia en el hemograma, bioquímica, coagulación y sistemático de orina normales salvo por una cruz en proteinuria. Se le administra analgesia intravenosa y la paciente refiere mejoría parcial, por lo que es dada de alta a su domicilio con analgesia pautada.

En el transcurso de una semana, acude hasta en tres ocasiones más por el mismo cuadro tanto a Urgencias de Atención Primaria como a Urgencias Hospitalarias. En todas las ocasiones, la sintomatología es la misma, y no hay cambios en la exploración ni en el resultado de las pruebas complementarias (se realizan de nuevo analíticas y radiografías). En la última visita, se le realiza una ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Ante la no mejoría y la escasa respuesta de la analgesia, se interconsulta con Cirugía General quien realiza una laparoscopia exploradora, con apendicectomía sin claro foco. Tras la intervención, y una vez ingresada a cargo de Cirugía, se realiza una interconsulta a Medicina Interna quien indica realizar un test de Hoesch, resultando positivo. Se le administra hemina intravenosa y la paciente mejora notablemente durante el ingreso.

CONCLUSIONES

Aunque el caso derivase en la resolución del cuadro estando la paciente ya ingresada, la importancia del manejo de esta paciente en Urgencias es crucial ya que la Porfiria Aguda Intermitente (PAI) es una patología muy infradiagnosticada en nuestro medio (alrededor de 6,3 casos por millón de habitantes en España con especial incidencia en mujeres de entre 20-40 años) y se estima que hay alrededor de 5-10 casos no diagnosticados por cada caso confirmado.

Es especialmente en este tipo de paciente en los que hay que tener en cuenta esta patología dentro del diagnóstico diferencial de dolor abdominal recurrente o abdomen agudo, ya que algunos fármacos (como por ejemplo los anticonceptivos orales o el metamizol) o el tabaco, favorecen la aparición de brotes de dicha enfermedad.

Y es que a pesar de ser una enfermedad de difícil diagnóstico, si se disponen de los medios para un rápido diagnóstico en Urgencias (test de Hoesch, a pesar de no ser la técnica diagnóstica definitiva), una vez interiorizada por parte del profesional médico y asumirla en sus diagnósticos diferenciales, es posible diagnosticar más casos y poner el tratamiento correcto a pacientes de estas características que, a pesar de probar muchas opciones de tratamientos distintos, nunca terminan de mejorar, puesto que nunca van a obtener el tratamiento que de verdad necesitan, pues seguirán sin un diagnóstico definitivo y esta patología seguirá infradiagnosticada y oculta como hasta ahora.

P. #751

ATAXIA, CONFUSIÓN Y UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

Irene Ursúa Sánchez, Marco Aurelio Alfaro Mora, Yolanda Álvarez Colmenero, Ana Ramos Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia Clínica: Mujer de 66 años que acude a consulta por alteración de la marcha e inestabilidad de dos meses de evolución, requiriendo apoyo constante para sus desplazamientos. Refiere episodios de confusión, dificultad para la pronunciación y sacudidas generalizadas en las cuatro extremidades, autolimitadas. Niega sensación de giro de objetos, vómitos o náuseas.

Antecedentes Personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Hipertensión arterial.
- Hiperlipemia.
- Cáncer de mama tratado hace 20 años.
- Fibrilación auricular en tratamiento con amiodarona.

Exploración Física: A su ingreso, la paciente presenta marcha inestable y dificultad para articular palabras. No se evidencian signos focales neurológicos en la exploración inicial. Durante la hospitalización, evoluciona con deterioro neurológico progresivo, agravamiento de la ataxia hasta impedir la deambulación, alteración en los movimientos oculares con limitación de la mirada vertical (supra e infraversión) y deterioro del lenguaje hasta desarrollar mutismo acinético. Se observan mioclonías esporádicas.

Pruebas Complementarias:

- Analítica sanguínea: Sin alteraciones significativas.
- ECG: Fibrilación auricular con frecuencia ventricular de 98 lpm.
- TC cerebral urgente: Sin hallazgos patológicos.
- Resonancia Magnética (RM) cerebral inicial: Sin evidencias de patología estructural.
- Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) transparente, bioquímica sin alteraciones, microbiología y citología negativas.
- RM cerebral repetida: Restricción de la difusión en ambos núcleos caudados y putámenes.
- Determinación de proteína 14-3-3 y RT-QuIC en LCR: Positivas, confirmando el diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).

Tratamiento y Evolución: Inicialmente, se sospechó un cuadro de ataxia y mareo secundarios a amiodarona, por lo que se suspendió el medicamento y se dio de alta. Sin embargo, la paciente evolucionó con deterioro neurológico progresivo, por lo que se reingresó para completar estudios. Ante la sospecha de ECJ, se instauró tratamiento sintomático para el control de los síntomas, incluyendo manejo de mioclonías y soporte nutricional. La progresión de la enfermedad fue rápida, con empeoramiento del estado general. Finalmente, es dada de alta con seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de una mujer de 66 años con ataxia progresiva, alteraciones del lenguaje y mioclonías, cuyo deterioro neurológico rápido llevó al diagnóstico de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica. La confirmación diagnóstica se realizó mediante RM cerebral con restricción en núcleos caudados y putámenes, y la positividad de la proteína 14-3-3 y RT-QuIC en LCR. La ECJ es una enfermedad priónica sin tratamiento curativo, por lo que el manejo se enfoca en cuidados paliativos y soporte sintomático.

La amiodarona es un antiarrítmico que puede producir efectos adversos neurológicos, incluyendo ataxia, neuropatía periférica y temblores, lo que inicialmente llevó a la sospecha de toxicidad por este medicamento en la paciente. Sin embargo, la progresión rápida de los síntomas y la ausencia de mejoría tras la suspensión del fármaco orientaron hacia una etiología diferente.

El diagnóstico diferencial en este caso incluyó causas de ataxia progresiva y deterioro neurológico, como enfermedades autoinmunes (encefalitis autoinmune), enfermedades metabólicas, infecciones del sistema nervioso central y enfermedades neurodegenerativas como la parálisis supranuclear progresiva. No obstante, la restricción en la difusión en los núcleos caudados y putámenes en la RM, junto con la positividad de los marcadores en LCR, confirmaron el diagnóstico de ECJ. La ECJ es una enfermedad priónica con evolución rápida y mal pronóstico dada la ausencia de tratamiento específico, lo que resalta la importancia del diagnóstico temprano y el enfoque en cuidados paliativos.

P. #752

DE FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA A MIASTENIA GRAVIS

Adriana Heersche Morillo, Lucía Sánchez Valentín, María Teresa Parrado Espinosa, Fátima Flores Nieto

HC La Axarquía - SAS, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DEL CASO
Mujer de 71 años que consulta por tercera vez en el servicio de urgencias por sequedad orofaríngea, asociando esta vez sialorrea y dificultad para tragar.
Se trata de una paciente con antecedentes personales de HTA, FA paroxística, obesidad y rinoconjuntivitis alérgica en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, bisoprolol, bilastina, symbicort, mometasona y anticoagulada con sintrom.
En su primera visita, acude por sequedad de garganta con malestar general sin fiebre. En la exploración se visualizó exudado amigdalar por lo que se trató con amoxicilina y antiinflamatorios.
En su segunda consulta, acude por persistencia de rinorrea, mucosidad en faringe y tos no productiva. Contaba náuseas tras ataques de tos. En exploración básica solo destacó amigdalas hipertróficas con persistencia de exudado, por lo que se pauta tratamiento corticoideo en urgencias y domicilio.
Esta vez, acude por inicio de sialorrea y dificultad para tragar la medicación. Ha tenido febrícula. Se objetiva voz gangosa que la mujer refiere tener desde el inicio.
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Sialorrea, voz muy gangosa, tolera conversación. No trismus. Lengua no edematosa, con restos blanquecinos que no impresionan de muguet. Eritema e hipertrofia amigdalar sin edema de úvula.
ACP arrítmico sin soplos, MVC conservado
Pruebas complementarias:
Analítica de sangre, radiografía de tórax y TC de cuello normal.
Interconsulta a ORL: nasofibrolaringoscopia normal. Se objetiva incapacidad para deglutir saliva.
Interconsulta a digestivo: endoscopia digestiva alta normal.
Se pasa a observación con sospecha de disfagia de origen neurológico.
Exploración neurológica: Glasgow 15. PICNR, visión conservada, no borrosa ni visión doble, movimientos oculomotores conservados sin desviación de la mirada, sensibilidad facial y craneal conservada, incapacidad para arrugar la frente (VII par) con movilidad facial a nivel de pómulos y labios conservada, audición y equilibrio conservados, incapacidad para la movilidad de la lengua y escasa de la faringe con leve elevación del paladar blando (IX y XII par). No presenta afectación motora o sensitiva de miembros.
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: Alta sospecha de neuropatía desmielinizante aguda tipo Guillain-Barré con afectación bulbar
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: amigdalitis aguda con absceso periamigdalino, disfagia por causas estructurales (anillo de Schatzki, esofagitis, cuerpos extraños, diverticulos esofágicos, masas mediastínicas..), acalasia, colagenopatías, ACV, miastenia gravis
EVOLUCIÓN
Tras interconsulta con neurología se indica punción lumbar y gammaglobulina iv, con ingreso a cargo de Medicina Interna, ampliando estudio analítico. En dicho ingreso presentó disartria, mal manejo de secreciones y claudicación respiratoria precisando intubación orotraqueal emergente con ingreso en UCI. En este contexto, presentó neumonía por broncoaspiración y FA con RVR que precisó de CVE.
Posteriormente, evolución favorable siendo dada de alta
A las dos semanas, vuelve a consultar en urgencias de nuestro hospital por empeoramiento de la clínica consensuando con la paciente acudir por sus propios medios a hospital de primer nivel para valoración por neurología. En dicho momento presenta ptosis leve del párpado izquierdo que aumenta con la fatigabilidad. Motilidad lingual normal. No debilidad facial. Eleva bien el velo del paladar. Al beber agua tose. ROT 2/4. Resto normal.
Por tanto, presenta ptosis con fatigabilidad y cuadro bulbar recurrente con buena respuesta a IG iv. Ac antireceptor Ach positivos. Finalmente, se diagnostica de miastenia gravis bulbar.

CONCLUSIONES

Importancia de explicar en urgencias los datos de alarma, especialmente en pacientes que vuelven a consultar. La enfermedad evoluciona y lo que podrían ser síntomas de una patología banal también pueden ser el inicio de la sintomatología de una enfermedad más grave o menos frecuente.
Por otro lado, destacar el valor de invertir tiempo suficiente en cada paciente, para poder realizar una buena historia clínica y exploración física.

P. #753

NO TODO LO QUE PICA ES UN HERPES

Lorena Díez Domínguez[1], María Ángeles Moreno Planelles[1], Itziar Fortuny Esterri[2], Marina Parras Cordoves[2]

1. hospital universitario infanta sofía, san sebastián de los reyes, madrid, españa
2. hospital universitario puerta de hierro, majadahonda, madrid, españa

HISTORIA CLÍNICA

Alergia a betalactamicos.
DM e HTA desde al menos 1993.
Obesa
Osteoporosis
Cardiopatia isquemica crónica en 2007. Angor estable.
Anemia ferropénica
Colecistectomia por colelitiasis
ICC FEVIp descompensada en paciente con CI crónica sin claro desencadenante. Fibrilación auricular
Enfermedad actual:
Paciente que llega a urgencias por cuadro de lesiones en cara eritematosas, se encuentra tomando Famciclovir desde hace unos días por lesiones en espalda sugestivas de zoster. Paciente con antecedente de urticaria.
Exploración física:
- AC: arrítmica, sin soplos
- AP: MVC, crepitantes basales
- Lesiones vesiculosas sobre base eritematosa en escote, región dorsal. En cara presenta lesiones habonosas, no claramente vesiculosas, pruriginosas, no dolorosas.

Analítica Urgencias
Hemograma.
Leucocitos: 6.01 10^3/µL (3.60 - 10.50); Neutrófilos: 3.5 10^3/µL (1.5 - 7.7); Linfocitos: 2.0 10^3/µL (1.1 - 4.0); Eosinófilos: 0.0 10^3/µL (< 0.5);
Hematíes: 4.14 10^6/µL (3.85 - 5.20); Hemoglobina: 13.2 g/dL (11.8 - 15.8); V.C.M: 102.1 fL (80.0 - 101.0); H.C.M: 32.0 pg (27.0 - 34.0);
Plaquetas: 270 10^3/µL (140 - 370);
Gasometría sangre venosa
pH: 7.55 (7.33 - 7.42); pCO2: 28 mmHg (38 - 48); SBC (Bicarbonato estándar): 25.8 mmol/l
Determinaciones bioquímicas en suero/plasma
Glucosa: 137 mg/dl (70 - 110); Urea: 154 mg/dl (20 - 50); Creatinina: 4.00 mg/dl (0.44 - 0.95); Proteínas totales: 7.3 g/dl (5.7 - 8.2); Albúmina: 3.0 g/dl (3.2 - 4.8); Sodio: 135 mmol/L (136 - 145); Potasio: 4.2 mmol/L (3.5 - 5.3); Lactato: 3.06 mmol/L (< 1.80); Osmolalidad calculada: 293 mOsm/kg (275 - 295); Filtrado Glomerular estimado (CKD-EPI): 10 ml/min/1.73m2 Clasif. G5 Fallo Renal
Proteina c reactiva: 84.5 mg/L (< 5.0);
Radiografía torax. cardiomegalia y elongación aortica. No datos de ICC
Analítica en planta.
Hemograma.
Leucocitos: 4.95 10^3/µL (3.60 - 10.50); Neutrófilos: 3.0 10^3/µL (1.5 - 7.7); Linfocitos: 1.5 10^3/µL (1.1 - 4.0);Hematíes: 3.59 10^6/µL (3.85 - 5.20); Hemoglobina: 11.8 g/dL (11.8 - 15.8); Plaquetas: 237 10^3/µL (140 - 370);
Gasometría Muestra de sangre venosa
pH: 7.33 (7.33 - 7.42); pCO2: 46 mmHg (38 - 48); SBC (Bicarbonato estándar): 22.1 mmol/l
Determinaciones bioquímicas en suero/plasma
Glucosa: 147 mg/dl (70 - 110); Urea: 65 mg/dl (20 - 50); Creatinina: 1.42 mg/dl (0.44 - 0.95)
Diagnósticos:
FRA AKIN 3 de causa funcional sin descartar NIA por famciclovir.
Lesiones papulomaculares en espalda. Probable prúrigo
Reacción alérgica probablemente a Famciclovir.

CONCLUSIONES

El famciclovir es un profármaco (diacetilester) del penciclovir y se convierte rápidamente en éste tras su administración oral. Constituye una alternativa al aciclovir con una mejor biodisponibilidad (75%). Es activo frente al VHS-1 y 2 y el VVZ.
La semivida de eliminación del penciclovir es de unas 2 h, y más del 90% es excretado sin cambios por la orina, tal vez por filtración y secreción tubular activa.
Está reportado en distintos artículos en daño renal secundario a antivirales, es el aciclovir el más estudiado al respecto.
La IRA inducida por aciclovir es debida a la obstrucción renal asociada al depósito de microcristales en túbulos renales. En ocasiones, el aciclovir puede ser causa de nefritis intersticial y necrosis tubular directa generando igualmente insuficiencia renal . La IRA asociada a aciclovir a menudo ocurre dentro de las 24-48 h siguientes a la administración del medicamento.
Una vez que la toxicidad renal se establece, el manejo general incluye la suspensión del tratamiento antiviral y medidas de soporte, e inducción de diuresis con un diurético de asa.
La erupción facial se refirió como posible reacción alérgica al medicamento, pero entre sus efectos adversos frecuentes: erupción, picor.
En conclusión podemos decir que la paciente pudo experimentar un daño renal por famciclovir, no se pudo realizar estudio concluyente al respecto, como sería la biopsia renal. No se ha detectado famciclovir inalterado en orina, por lo que tampoco formaría cristales como el aciclovir. Pero sí se demostró, que al retirar el medicamento y administrar hidratación intensiva la paciente experimentó una mejoría progresiva de la función renal.

P. #758

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE. DOCTOR NO ME VOY CON ESTE DOLOR

Mario Agreda Fernández[1], Audrey Morales Rodríguez[2], Marta Crespillo Peralta[2], Noiva García Díaz[2], Julieta Zlatkes Kirshmeimer[2], Susana Pérez Anton[2]

1. Hospital, Madrid, España
2. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 47 años sin antecedentes personales de interés con múltiples visitas a urgencias en los últimos 10 meses todas por dolor abdominal posprandial acompañado de disminución del apetito y pérdida de peso de más de 10 kilos sin otros síntomas acompañantes.
Todas las consultas con analíticas sin alteraciones significativas salvo leve aumento de LDH siempre por debajo de 400 mg/dl, dado de alta con tratamiento analgésicos comunes y diagnósticos varios, como cólico renal (con analíticas normales), epigastralgia sin datos de urgencia, habiendo precisado hasta morfina para control del dolor.
UroTc: sin alteraciones significativas realizada 6 meses antes de esta visita.
Exploración física dolor a la palpación abdominal de moderada intensidad difuso, sobretodo en mesogastrio dudoso blumberg, pulsos normales a todos los niveles y un soplo a nivel epigástrico
Analítica sin alteraciones reseñables, incluida perfil pancreático y enzimas de daño miocárdico, salvo LDH 450
Rx abdomen: luminograma normal, no datos de obstrucción intestinal.
Dado mal control analgésico decidimos mantener en observación en dieta absoluta, repetir analítica y ajustando analgesia, progresando hasta rescates con cloruro mórfico ante mal control del dolor, solicitamos TC abdominal para despistaje de patología de origen vascular.
Angio TC abdominal: Impronta focal del tronco celiaco en su margen superior a nivel de las cruras diafragmáticas, sin evidencia de dilatación posterior ni circulación colateral, a descartar síndrome de ligamento arcuato medio, a correlacionar exclusivamente con la clínica.
Con el diagnóstico de síndrome de ligamento arcuato (SLAM) se interconsulta a cirugía general que posterior a valoración deciden realizar la liberación mediante laparoscopia del tronco celiaco Al tercer día postoperatorio el paciente es dado de alta, remitiendo los síntomas al mes de la intervención.
En el estudio mediante eco-doppler del tronco celiaco no se obtienen estenosis hemodinámicamente significativas, por lo que no se realiza ningún tipo de tratamiento revascularizador.

CONCLUSIONES

El diafragma en el SLAM forma bandas fibrosas que conectan ambos pilares y rodean al hiato aórtico anteriormente. Su forma, consistencia y localización varía en las diferentes personas, el cual, en ocasiones, comprime el extremo superior del tronco celiaco. Estudios in vivo han demostrado variaciones en el grado de compresión con los movimientos respiratorios, relacionado con un desplazamiento inferior de la aorta y un desplazamiento anterior del ligamento arcuato durante la inspiración. Por lo tanto, el origen del tronco celíaco y el ligamento arcuato se acercan durante la espiración y se alejan durante la inspiración.
La presentación clínica del SLAM es muy variable y su diagnóstico se realiza habitualmente por exclusión.
El dolor se localiza en el epigastrio y empeora tras las comidas, el ejercicio o al inclinarse, tiene varias posiciones antiálgicas (posición fetal). Además del dolor otros síntomas frecuentes pueden ser: náuseas, vómitos, diarrea y en relación con el miedo a presentar dolor en relación a la ingesta
Como conclusión para nuestra práctica clínica aún en este tiempo el dolor abdominal sigue siendo un desafío para los médicos de urgencia, además de ser uno de los síntomas más frecuentes de consultas. Es necesario estar atento a los detalles del cuadro clínico y buscar con mucho interés la etiología del dolor. A pesar de que la angiografía sigue siendo la prueba diagnóstica de referencia, la angioTC es capaz de confirmar los típicos hallazgos de imagen del SLAM. La liberación laparoscópica del ligamento arcuato en el SLAM es técnicamente factible y segura.

P. #760

TAQUICARDIA SINUSAL SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL DE BASE EN

PACIENTE DE 31 AÑOS
Inmaculada Morcillo Sillero, Luis Zafra Iglesias
Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Mujer de 31 años. Natural de Colombia. Antecedentes personales de ablación de vía accesoria por Wolff-Parkinson-White hace 7 años en su país y Diabetes Mellitus tipo I en tratamiento con insulina pauta bolo- basal. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Acude a Urgencias por somnolencia, astenia y sensación de palpitaciones de 72 horas de evolución. Además, comenta leve sensación disneica. No refiere dolor torácico. Hace dos semanas presentó cuadro catarral sin fiebre, de carácter autolimitado. A su llegada a Urgencias, se realiza EKG con hallazgo de taquicardia sinusal con QRS estrecho a 170 latidos por minuto, por lo que se decide pasar a Observación para vigilancia estrecha.
Exploración
Tensión arterial 188/115. Frecuencia cardíaca 170 latidos por minuto.
Temperatura 35,6 ° C. Saturación O2 97 % aire ambiente. Glucemia 240.
Consciente, orientada, normocoloreada, eupneica en reposo.
A la exploración, auscultación cardíaca con tonos taquicárdicos rítmicos, sin soplos, roces o extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica sin focalidad, con Glasgow 15/15 y signos meníngeos negativos. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.
Diagnóstico diferencial
Bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico, tiroiditis, ingesta excesiva de hormonas tiroideas, tirotoxicosis facticia, crisis adrenal, tumores hipofisarios productores de TSH, síndrome del enfermo eutiroideo, taquicardia supraventricular, infecciones, anemia, estrés, causas medicamentosas.
Pruebas complementarias
En analítica, destaca hemograma y coagulación normales; bioquímica con GGT 337 U/L y GOT 47 U/L; bioquímica con glucosa 253 mg/dL, GGT 59 U/L, GPT 45 U/L, GOT 56 U/L y calcio corregido 10,8 mg/dL; PCR 7,2 mg/dL, Troponina T 4,4 ng/L y pro-péptido natriurético cerebral 59 pg/mL.
Radiografía de tórax con índice cardiotorácico normal, sin evidencia de condensaciones neumónicas ni pinzamiento de senos costofrénicos.
EKG con taquicardia sinusal de QRS estrecho a 170 lpm con aparentes ondas delta en precordiales.
Ecocardiografía realizada a pie de cama sin evidencia de cardiopatía estructural Ecografía de cuello a pie de cama con ambos lóbulos tiroideos aumentados de tamaño, con ecogenicidad heterogénea y sin presencia de nódulos tiroideos, pero con tabiques y áreas hipoecoicas en su interior.
Vascularización de ambos nódulos tiroideos normal.
Juicio clínico
Tirotoxicosis por Enfermedad de Graves-Basedow.
Evolución
Tras plantear a la paciente el uso de Adenosina para mejorar el diagnóstico de la taquiarritmia supraventricular que presentaba, ésta lo rechaza, por lo que se decide iniciar en consenso con la paciente Flecainida 150 mg en bolo intravenoso en 20 minutos. A los 5 minutos, comienza con dolor torácico opresivo sin palpitaciones, por lo que se decide retirar Flecainida y, ante la normalidad de las pruebas complementarias realizadas, iniciar analgesia habitual intravenosa y solicitar Tiroxina (3,26 ng/dL) y Tirotropina (< 0,05 µUI/mL). Tras estos hallazgos, se inicia Ivabradina 5 mg vía oral, con buena respuesta y frecuencia cardíaca en torno a 90 lpm, confirmándose el diagnóstico de tirotoxicosis por Enfermedad de Graves-Basedow tras ser derivada a Endocrinología al alta.

CONCLUSIONES

La tirotoxicosis es una enfermedad provocada por exceso de hormonas tiroideas en sangre. Entre las causas más comunes, se encuentra la Enfermedad de Graves-Basedow, de origen autoinmune. Entre los síntomas más importantes provocados por esta enfermedad, destacan taquicardia, pérdida de peso, debilidad generalizada, exoftalmos, alteraciones del estado mental y tormenta tiroidea. En el caso de nuestra paciente, según el score de Burch-Wartofsky, presentaba una puntuación de 26 puntos, apoyando el diagnóstico de tirotoxicosis sin ser catalogada como tormenta tiroidea (afebril, no alteraciones neurológicas, gastrohepáticas ni cardiológicas ni factores predisponentes). Tras iniciar Tiamazol e Ivabradina, mejoría de los niveles de Tiroxina y Tirotropina de la paciente tras analítica de control a las 4 semanas por parte de Endocrinología, con resolución de la sintomatología.

P. #763

CUANDO TUS NERVIOS DECIDEN TOMARSE UN DESCANSO

Elena Belda López, Fernando Guil Giménez, Ángela Pedreño Lorente, Patricia Martínez Cañavate, Ingrid María Muñoz Cañavate, Oleg Kyrychenko .

Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

En el ámbito de la medicina, existen casos que desafían nuestra comprensión y requieren la colaboración de múltiples especialidades para lograr un diagnóstico preciso y un tratamiento multidisciplinario.
Acude una paciente de 35 años a la puerta de urgencias porque desde hace dos semanas presenta parestesias e hiperalgesia en miembro inferior derecho, desde zona anterolateral tibial proximal hasta el dorso del pie. Progresivamente a los pocos días refiere comenzar con debilidad distal la cual limita la flexo-extensión del tobillo y dedos. No traumatismo previo ni dolor lumbar.
La paciente ha sido valorado previamente por su Médico de Atención PriMaría con hallazgo analítico de Ana positivo 1/320 patrón nucleolar y se encuentra pendiente de valoración por Reumatología.
En la exploración inicial presenta integridad de pares craneales, sin alteraciones del lenguaje ni dismetrias. Se exploran reflejos en miembro inferior izquierdo y ambos miembros superiores sin hallazgos. En miembro inferior derecho presenta cuadriceps 4/5, isquiotibiales 5/5, flexo dorsal 1/5, flexo plantar 2/5, flexión de los dedos 2/5, aquileo derecho +, territorio de S1 conservado con hipoestesia algésica en antepié y cara lateral de la pierna derecha
Se procede a la realización de una analítica y Rx lumbosacra. No se observó elevación de reactantes de fase aguda. En la radiografía se visualizó pérdida de altura a nivel de L5 ya visible en Rx previa.
Tras descartar patologías infecciosas o urgentes se decide ingreso a cargo del servicio de Neurología para continuar estudio.
Al cuarto día de ingreso comienza con parestesias parcheadas en ambos bordes cubitales, antebrazo izquierdo y dolor y parestesias en miembro inferior izquierdo por lo que con sospecha de mononeuritis múltiple y se inician pulsos de metilprednisolona estabilizándose la afectación neurológica. Sin embargo presenta dolor de difícil control precisando gabapentina a dosis altas y lacosamida.
Tras la extensión del cuadro se interconsulta con Reumatología y Medicina Interna.
Entre los diferentes servicios se solicitan diversas prueban complementarias como electromiogramas, analítica con anticuerpos, punción lumbar, TAC de tórax, RM cerebral y de rodilla derecha , capilaroscopia y se remitió suero al Hospital de Barcelona para estudio de anticuerpos esclerodermiformes.
Se confirma mononeuropatía con signos de denervación en miembro inferior izquierdo. Tras ello se plantea realización de biopsia de nervio sural y se consulta con anatomopatólogo para conocer cantidad y profundidad necesaria para una correcta interpretación y posteriormente con traumatología.
La paciente fue dada de alta a domicilio con próximas revisiones para ver resultados de biopsia y suero y con tratamiento analgésico y antiinflamatorio.

CONCLUSIONES

- La mononeuritis múltiple es una condición que puede ser indicativa de diversas etiologías, por lo que es necesario realizar una evaluación exhaustiva para identificar la causa subyacente.
- Tratamiento personalizado incluyendo tratamientos inmunosupresores, terapia física y manejo del dolor.
- Importancia en el seguimiento dado que la mononeuritis múltiple puede tener un curso variable.
- Importancia de la valoración multidisciplinar y la comunicación entre servicios permite abordan todas las dimensiones del paciente y optimizar el tratamiento mejorando el bienestar del paciente.

P. #764

LUMBALGIA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO EN MUJER DE 73 AÑOS CON FRACTURA-APLASTAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Zafra Iglesias, Inmaculada Morcillo Sillero
Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Mujer de 73 años. Antecedentes personales de dislipemia. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Acude a Urgencias por dorsalgia de dos meses de evolución que aumenta con los movimientos respiratorios, de perfil inflamatorio, con irradiación hacia abdomen y tórax e imposibilidad para el decúbito en ocasiones. No refiere traumatismo previo al inicio de los síntomas, aunque si refiere sobreesfuerzo físico (pintar habitación en su domicilio). Comenta además sensación disneica acompañante. No refiere otra sintomatología de interés. Valorada hace 7 días en Urgencias por sintomatología similar, pero asociando dolor torácico no claramente opresivo y crisis hipertensiva, con aumento de Dímero D y Troponina T que justificaron la petición de un angioTC de tórax, siendo negativo para tromboembolismo pulmonar y dada de alta con analgesia en domicilio.
Exploración
Tensión arterial 157/96. Frecuencia cardíaca 84 latidos por minuto. Temperatura 36,2 ° C. Saturación O2 98 % aire ambiente. Consciente, orientada, normocoloreada, eupneica en reposo.
A la exploración, auscultación cardíaca con tonos rítmicos, sin soplos, roces o extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, con crepitantes bibasales. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración osteoarticular con dolor a la palpación en musculatura paravertebral dorsal, con intolerancia al decúbito. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.
Diagnóstico diferencial
Gammapatía monoclonal de significado incierto, linfoma B difuso de células grandes, leucemia aguda mieloide (LAM), leucemia linfocítica crónica (LLC), plasmocitoma, osteoporosis, enfermedades autoinmunes.
Pruebas complementarias
Analítica realizada en Urgencias con hemograma, coagulación y bioquímica normales, con PCR en 8,6 mg/L.
Radiografía PA y L de columna dorsolumbar con fractura-aplastamiento de del cuerpo vertebral T4, ya visible en estudios previos.
TAC sin contraste intravenoso de columna dorsal, con hallazgos de disminución generalizada de densidad ósea con refuerzo del patrón de trabeculación vertical en cuerpos vertebrales y cambios espondilósicos degenerativos a nivel de columna dorsal. Fractura - aplastamiento del cuerpo vertebral T4 a expensas de su plataforma inferior y fractura, y acuñamiento del cuerpo de T9 con fenómeno de vacío en disco intervertebral suprayacente T8-T9 que plantean la posibilidad de fracturas por osteoporosis/ insuficiencia. Varias lesiones líticas en cuerpo vertebral de T1 y T7 y arco posterior de T9 sin poder descartar malignidad.
Juicio clínico
Mieloma múltiple Ig G-Lambda.
Evolución
Ante la no mejoría del dolor de la paciente a pesar de la subida escalonada de analgesia intravenosa en Urgencias, y los hallazgos del TAC sin contraste intravenosa de columna dorsolumbar descritos anteriormente, se decide ingreso a cargo de Medicina Interna para completar estudio con aspirado de médula ósea.

CONCLUSIONES

El mieloma múltiple es una afectación de la médula ósea que cursa con una proliferación anormal de células plasmáticas, las cuales producen una proteína M detectable en estos pacientes. Es la segunda neoplasia hematológica más frecuente, con una incidencia más marcada a partir de los 50 años. Suele cursar con dolores óseos generalizados, cansancio, anemia, leucopenia y fatiga. Al cierre de este caso clínico, nuestra paciente se encuentra actualmente en tratamiento con el esquema DRd (Daratumumab, Lenalidomida, Dexametasona).

P. #767

DOCTOR, MI HIJO VA ARRASTRANDO EL PIE DERECHO CUANDO CAMINA

Luis Zafra Iglesias, Inmaculada Morcillo Sillero
Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso
Varón de 21 años. Antecedentes personales de rinitis estacional. Sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Acude a Urgencias acompañado por su padre por parestesias en miembro inferior derecho (MID) de 6 meses de evolución, con pie caído desde hace varias semanas y pérdida de fuerza. Refiere que el cuadro comenzó con dolor en región lumbar e irradiación del mismo a MID hasta evolucionar de manera progresiva a los síntomas mencionados anteriormente. Comenta además pérdida de peso no cuantificada, así como pérdida de apetito. No refiere otra sintomatología de interés.
Ha sido valorado en varias ocasiones por parte de su médico de familia, con varias tandas de analgesia ante la sospecha inicial de lumbociatalgia, sin encontrar mejoría.
Exploración
Tensión arterial 123/76. Frecuencia cardíaca 77 latidos por minuto. Temperatura 36 ° C. Saturación O2 100 % aire ambiente. Consciente, orientado, normocoloreado, eupneico en reposo.
A la exploración, auscultación cardíaca con tonos rítmicos, sin soplos, roces o extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, con crepitantes bibasales. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración osteoarticular con dolor leve a la palpación en región paravertebral lumbar baja derecha. No dolor a la palpación de apófisis interespinosas. Pérdida de sensibilidad desde rodilla en cara lateral de MID. Pulsos conservados. ROT rotuliano y aquíleo abolidos. Pie derecho caído, con marcha con pie arrastrado. Paresia de MID.
Diagnóstico diferencial
Condrosarcoma, osteoma osteoide, sarcoma de Ewing, osteosarcoma telangiectásico, sarcoma sinovial, metástasis óseas, hernia discal.
Pruebas complementarias
Analítica realizada en Urgencias sin hallazgos de interés.
Radiografía AP y axial de cadera, AP de miembro inferior derecho y AP y L de columna lumbosacra sin evidencia de líneas óseas de fractura.
RMN de columna lumbosacra, con hallazgos de lesión infiltrativa ósea en hemipelvis derecha, sacro y parte de cuerpos vertebrales de L4 y L5 con gran masa de partes blandas asociada que afecta a los agujeros de conjunción derechos de L5-S1 que invade el canal espinal comprimiendo el saco tecal y raíces a nivel de las foráminas.
TAC toraco-abdomino-pélvico, con hallazgos de masa neoplásica de partes blandes de densidad heterogénea predominantemente hipodensa (importante componente necrótico) que invade musculatura íleo-psoas derecha, paravertebral derecha y glútea profunda derecha con infiltración esclerosa difusa del hueso iliaco derecho y ala sacra derecha, con diámetros máximos de 14x9,4x12,7cm. Vena cava inferior (desde D12 hasta extremo caudal) y vena iliaca común derecha se encuentran en contacto con la masa, de calibre aumentado con ocupación hipodensa sugestiva de trombosis tumoral. Además, se identifican tres nódulos de unos 15 mm (dos) y otro de 10 mm de bordes irregulares que invaden el peritoneo regional de FID adyacente a la masa.
Juicio clínico
Osteosarcoma condroblástico de sacro y hemipelvis derecha.
Evolución
El paciente fue ingresado en Neurocirugía para completar estudio con las pruebas complementarias mencionadas anteriormente y, posteriormente, trasladado a Oncología Médica para completar estudio con Biopsia con Aguja Gruesa (BAG), así como para control del dolor que seguía presentando el paciente.

CONCLUSIONES

Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con esquema MAP (Cisplatino, Doxorrubicina, Metotrexate), con mal pronóstico a corto plazo. Destacar la importancia de una anamnesis y exploración física adecuada al contexto clínico del paciente, con el objetivo de no dejar pasar síntomas y signos de alarma que nos hagan demorar el diagnóstico y en consecuencia, el inicio de un tratamiento precoz.

P. #775

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

Noelia Martínez Gazquez[1], Luis Miguel Garrido Aguayo[1], Sergio Ortega Pérez[2]

1. Centro de Salud Mengíbar Doctor Manuel Polaina Bailón, Mengíbar, España
2. Centro de Salud Torredelcampo, Torredelcampo, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin factores de riesgo cardiovascular hasta el momento. Como únicos antecedentes importantes, fué intervenida de Carcinoma Tiroideo con Cirugía y Radioterapia en 2016, hipotiroidismo posterior, intervenida de hallus valgas bilateral.
No refiere hábitos tóxicos
Como único tratamiento en la actualidad, se encuentra Eutirox.
Acude tras empezar a notar 1-2 días previos menor fuerza en manos y extremidades inferiores hasta que al final del día no podía caminar sola, coger objetos ni tenía control de esfínter vesical. En el día de hoy comienza también con dolor intenso en región dorso-lumbar sin asociarlo a ninguna contusión ni sobreesfuerzo y sin referir alguna otra ocasión un dolor similar, motivo por el que es derivada desde Urgencias extrahospitalarias a nuestro servicio de Urgencias Hospitalarias.
En una anamnesis dirigida, como único dato de interés, nos refiere haber presentado un cuadro Gastrointestinal y fiebre de 3 días de evolución hace 7 días con recuperación posterior completa.
En la exploración, encontramos a la paciente con Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normoperfundida y eupneica en reposo. Permanece afebril, con un buen control de constantes como se muestra: Tensión Arterial: 125/75, Frecuencia Cardiaca: 90latidos por minuto, Saturación 02: 94%, peso: 81kg.
Presentaba la siguiente exploración Neurológica: Consciente, orientada en 3 esferas, atenta, no rasgos disfásicos ni disastria, funciones superiores conservadas. Campimetría sin alteraciones, no oftalmoparesia, Pupilas Isocóricas Normoreactivas a La Luz y a la Acomodación (PINLA), Movimientos Oculares Extrínsecos Conservados (MOEC). No paresia facial, motilidad lingual conservada. Tetraparesia con balance muscular (Derecho/Izquierdo): deltoides 5/5, tríceps 4+/4+, bíceps 4-/4-, APB 3/2, flexores de los dedos 2/2, extensor de los dedos 0/0, glúteos 5/5, psoas 4-/4-, isquiotibiales 4-/4-, cuádriceps 4/4, gastrocnemios 2/2, tibiales anteriores 0/0. Reflejos osteotendinosos (ROTS) aquileos abolidos, resto conservados ++ (rotulianos, estilorradiales, bicipitales, tricipitales). Hipoestesia tacto- algésica en palma mano derecha, sin hipoestesia a otros niveles.
Ante nuestra sospecha se solicitaron Analítica Urgente, Radiografía dorso-lumbar, electrocardiograma y TAC craneal y Punción Lumbar.
Analítica urgente: sin alteraciones.
Rx dorso-lumbar: sin alteración.
TAC de cráneo sin CIV: leve atrofia cortico-subcortical y pequeñas lesiones vasculo-degenerativas crónicas. Quiste aracnoideo en lóbulo temporal izquierdo.
ECG: ritmo sinusal, sin alteración aguda en la repolarización.
Tras analizar resultados, rápida progresión de sintomatología y antecedentes según anamnesis, se sospechó de una Tetraparesia de predominio distal con reflejos abolidos y sensibilidad conservada. Sospecha de S. Guillain- Barré variante AMAN que se trata de Neuropatía Axonal Motora Aguda, por lo que se contactó con Neurología para tratamiento precoz y se decidió iniciar tratamiento con Inmunoglobulinas IV, cursándose Ingreso a su cargo para estudio. Tras realización de Pruebas analíticas, EMG y EEG, confirmaron el diagnóstico, apreciando una mejoría en la paciente desde inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

A pesar de la rápida actuación y sospecha de diagnostico desde primera consulta de nuestra paciente, hasta el día de hoy, permanece con importantes secuelas y limitaciones funcionales. No llegó a presentar compromiso respiratorio ni de la deglución, pero si un empeoramiento del dolor neuropático que se ha conseguido controlar. Continua en Rehabilitación con discreta mejoría un mes después, siendo dependiente para actividades básicas de la vida diaria.
Este caso, nos hace ver la importancia de la rapidez para diagnosticar o sospechar desde nuestro punto de Urgencias, diferentes patologías que se pueden agravar de manera significativa si no actuamos pronto. De vital importancia también, la realización de pruebas complementarias como puede ser una punción lumbar, también nos hace llegar a diagnósticos de certeza o descartar si procede.

P. #785

A LA TERCERA VA LA VENCIDA

ANDREA Iboleon Jiménez[1], ESTHER Jiménez Aranda[1], REYES Picazo Castillo[1], María González Vidal[2]

1. Hospital Comarcal Axarquía. Vélez Málaga, Málaga, España
2. Centro de Salud Vélez Norte. Vélez Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia
ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer de 59 años que acude por dolor persistente de predominio en flanco derecho de tipo cólico, de predominio nocturno, dolor irradia hacia la ingle ipsilateral. No fiebre termometrada. Micción espontánea mantenida. No hematuria. El dolor no se relaciona con los movimientos, niega antecedente traumático.
Actualmente en tratamiento con AINEs + buscapina con leve mejoria del dolor.
Ha consultado hace 3 semanas por clínica sugerente de CRU , con diagnostico de ITU, con prescripción de ATB oral ambulatoria. Ha sido revisada por su medico de cabecera sin mejoría, motivo por el cual reacude.
Refiere cuadro de un mes aproximadamente de dolor en hemiabdomen derecho que tras varias asistencias en urgencias y tratamientos analgésicos prescritos persiste. Tolerancia oral disminuida por dolor.
Estudios complementarios previos: Análisis de sangre y orina sin hallazgos. Urocultivo negativo. No se han realizado estudios de imagen.
Exploración: Buen estado general. Constantes mantenidas a la llegada. Afebril. EVA: 8/10.
Auscultación cardiorespiratoria normal.
Abdomen distendido y endurecido en hemiabdomen derecho depresible, Murphy negativo. Se palpa visceromegalia - hepatomegalia de 3 traveses, con leve dolor a la palpación. Dolor referido en fosa ilíaca derecha, sin signos de riritación peritoenal.
PLAN: Se solicitan estudios complementarios y se pauta tratamiento analgésico.
- Analitica de sangre y orina normales.
- Ecografía de Abdomen Se objetiva Riñón derecho medializado a línea media, con conservación del grosor cortical, de la vascularización y sin dilatación de vía excretora. Se encuentra desplazado por una lesión hipoecogénica bien delimitada y encapsulada de al menos 8 x 13 x 7,5 cm, con áreas de mayor ecogenicidad que impresionan de probable hematoma subcapsular.

Riñón Izqueirdo de tamaño, normal.
Se amplia estudio con:
Se amplia a estudio con contraste:
- TC con Contraste I.V. de Abdomen; Riñón, Bilateral y de Pelvis: Hematoma subcapsular y perirrenal derecho, de gran tamaño y con sangrado activo.

EVOLUCION:
Se contacta con urología que desestima tratamiento por su parte en ese momento y valorado por Radiología Intervencionista que desestima embolización por sangrado no activo actualmente y de origen venoso. Se inicia tratamiento antibiótico en área de observación y se ingresa a cargo de urología dada la estabilidad hemodinámica.
Se completa estudio ambulatoriamente:
- Biopsia de masa retroperitoneal: SARCOMA PLEOMORFO. SUGESTIVO DE LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO
- TC ABDOMEN C/C IV comparativo se evidencia progresión de sarcoma retroperitoneal

SITUACION ACTUAL:
Tras varias pruebas y eventual operación por C. General (exeresis de la tumoración +- nefrectomía derecha +- hemicolectomía derecha) se llega a un diagnóstico final de liposarcoma desdiferenciado de alto grado G3 FNCLCC de predominio pleomorfo y mixoide (R0 tras ampliación). En el momento actual no es subsidiario de adyuvancia ni con QT ni con RT. Requiere seguimiento estrecho.

CONCLUSIONES

- Es fundamental realizar una exploración física exhaustiva y reiterada en cada consulta del paciente, garantizando una evaluación integral y actualizada de su estado clínico.
- Se debe evitar la inercia diagnóstica, cuestionando y reevaluando las hipótesis diagnósticas previas establecidas por otros profesionales de la salud.
- En pacientes con consultas reiteradas por la misma sintomatología sin mejoría, es imprescindible replantear el abordaje clínico y considerar diagnósticos diferenciales.
- Los servicios de urgencias representan un punto clave en la detección y diagnóstico definitivo de patologías de alta complejidad, incluyendo enfermedades oncológicas

P. #786

FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN UN PACIENTE JOVEN

Lujan Llorente De Santiago, Marta García De Prado Cwierz, Olga Jiménez Alfonso, Sara Gayoso Martín

Hospital El Escorial, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 36 años con antecedentes personales de glaucoma, meningitis bacteriana con 18 años sin secuelas, circuncidado, herniorrafía inguinal bilateral y apendicectomía. No antecedentes familiares de interés. Tratamiento habitual: Latanoprost colirio.
Acude a Urgencias a las 06:36h am por falta de coordinación de miembro superior derecho y ambos miembros inferiores desde que se ha levantado esa mañana. Apraxia del vestir con la mano izquierda. El día anterior se encontraba inestable, sin impedirle realizar sus actividades cotidianas. Niega perdida de fuerza o de sensibilidad. Niega consumo de tóxicos.
EXPLORACIÓN FÍSICA
36.5 °C Tensión arterial 114/70 Frecuencia cardiaca 65 lpm Saturación O2 96%
Buen estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Normohidratado, nutrido y perfundido. Eupneico en reposo.
Neurológico: Glasgow 15. Pupilas isocóricas normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Movimientos oculares externos conservados. No nistagmo ni diplopía. No asimetría facial. Fuerza y sensibilidad facial conservadas. Resto de pares craneales sin alteraciones. Lenguaje conservado, no afasia ni disartria. Obedece órdenes simples y complejas. Fuerza 5/5 con buen tono. Clonía en mano izquierda. No alteraciones de la sensibilidad táctil. Leve dismetría en miembro superior izquierdo, no diadococinesias. Romberg negativo. Marcha levemente inestable. No aumento de la base de sustentación.
Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica sanguínea: sin alteraciones
- Electrocardiograma: ritmo sinusal, resto sin alteraciones
- Tomografía axial computarizada (TAC) craneal: hematoma frontal derecho de localización periférica que mide 1,8 x 1,1 x 1,6 cm con un halo de edema perilesional. No condiciona efecto de masa sobre las estructuras adyacentes.

Evolución: A su llegada a urgencias se monitorizó las constantes del paciente, manteniéndolo en pbservación. Se realizó ITC a neurología, ingresando el paciente a su cargo para estudio y tratamiento. Durante el ingreso en neurología, realizaron un Angio-TAC sin alteraciones y una RM cerebral (resonancia magnética) donde se observa una vena cortical frontal izquierda de aspecto ectásico, adyacente al hematoma, que sugiere ingurgitación venosa secundaria al hematoma. Se mantuvo estable en el ingreso, con resolución de los síntomas.
Se realizó RM cerebral de control a los 3 meses, sin encontrar malformaciones vasculares. Tras seguimiento varios meses sin evidenciar alteraciones, se dio de alta con recomendaciones y prevención de factores de riesgo.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN
- La hemorragia intraparenquimatosa es el resultado de un sangrado que tiene lugar directamente en el parénquima cerebral. Puede ser de etiología traumática o no traumática. Las no traumáticas pueden deberse a alteraciones a nivel intravascular (por ejemplo, la hipertensión, que es la causa más frecuente de sangrado intraparenquimatoso no traumático), en la pared vascular (malformaciones vasculares, disección, aneurismas…) y extravasculares (tumoral o infecciosa). Ante clínica de focalidad neurológica súbita en paciente joven, hay que descartar hemorragia cerebral, que se puede deber a consumo de tóxicos o malformaciones arteriovenosas.
- La localización y el patrón del sangrado nos orienta a encontrar la causa subyacente y el manejo de este.
- Clínicamente se manifiestan como cuadros, generalmente bruscos, de focalidad neurológica, alteración de la conciencia, crisis convulsivas, cefalea o elevación de la tensión arterial. Es importante una exploración neurológica completa para orientar el diagnóstico, pues en ocasiones los síntomas resultan difíciles de identificar, siendo necesario una historia clínica detallada, con una exploración minuciosa.
- El TAC es una prueba sensible para la detección aguda del sangrado intracraneal, mientras que para el estudio etiológico se recomienda el angio-TC y la RM.
- En urgencias hay que monitorizar las constantes del paciente y mantener en observación para vigilar el inicio de nueva focalidad neurológica.

P. #793

CUANDO LA CEFALEA CAMBIA DE PERFIL. LA IMPORTANCIA DE DESCARTAR CAUSAS SECUNDARIAS

Alma Elena Real Martín, Marta Torres Arrese, Mónica Pozo Peña, Ana Isabel Yuguero López, Paula García Domingo, Marcia Renee Gómez Puyal

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 40 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés salvo migrañas hace años, sin tratamiento habitual, procedente de Marruecos.

Acude a Urgencias por cefalea holocraneal opresiva de intensidad moderada-grave, asociando sonofobia y fotofobia, de un mes de evolución. No auras. No otra focalidad neurológica. Desde hace unos días el dolor aumenta con Valsalva y le despierta por la noche. Niega infecciones recientes, no fiebre. No otra clínica por aparatos.

En las dos semanas previas acude a nuestro servicio por mismo motivo en cuatro ocasiones, con diagnóstico de cefalea de perfil migrañoso (de inicio el dolor era más leve y cedía con analgesia, en paciente con migrañas conocidas). Se escala analgesia tras cada visita y se deriva a consulta de Neurología.

Desde hace 24 horas no responde a analgesia, antinflamatorios ni sumatriptan e indica que el dolor es diferente. Durante última visita se realizó analítica con discreto aumento de reactantes de fase aguda sin otros hallazgos. No estudios de imagen.

En la exploración actual constantes adecuadas, Regular estado general asociado a intenso dolor. Dolor a la palpación en regiones temporales, más en derecha, sin induraciones. Eupneico, auscultación normal, resto anodino.

Exploración Neurológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Atento, alerta, colaborador. Lenguaje normal. PINR. Pares craneales normales. No dismetrías ni disdiacocinesias. Romberg -. Balance muscular 5/5. REMS ++/++++. No alteraciones de la marcha. No signos de irritación meníngea.

Se ajusta analgesia y se solicitan pruebas complementarias.

- ANALÍTICA Neutrófilos 76.8 %, PCR 37.82 mg/L.
- TAC CRANEAL: sin alteraciones
- Comentamos con Neurología. Decidimos realización de punción lumbar, presión apertura 15cmH20. Estudio básico del líquido cefalorraquídeo : proteínas 78, Recuento de leucocitos 13 cel/mm3, Linfomononucleares 94%, Recuento de hematíes 20 cel/mm3. Cultivo bacteriano y PCR viral negativos.
- Sospechamos meningitis linfocitaria, probablemente vírica, a descartar otras causas. Ante ausencia de sospecha de infección aguda, no se inicia tratamiento dirigido. Se ajusta analgesia. Ingresa en Neurología.

-Durante ingreso se realiza resonancia magnética cerebral: se objetiva malformación de Arnold-Chiari tipo I y en región parietal superior derecha afectación de partes blandas extracraneal, con mínima colección subperióstica y fístula entre cráneo y duramadre, engrosamiento focal subyacente e hiperrealce meníngeo, sugestivo de infección con componente de osteomielitis y afectación meníngea secundaria. No puntos de entrada cutáneos. Se inicia antibioterapia con Ceftriaxona + Linezolid + Metronidazol, corticoterapia. Se contacta con Neurocirugía de referencia.

En ampliación de estudios, se objetiva serología luética +. Ante sospecha de goma sifilítica extracraneal, se realiza PAAF ecoguiada, hallazgo de PCR positiva para Treponema pallidum. Se confirma sífilis terciaria y goma sifilítica parietal derecha, fistulizada, con componente de osteomielitis y afectación meníngea. Se descarta afectación sifilítica a otros niveles. Se ajusta tratamiento a Ceftriaxona. Resto de las serologías negativas. Despistaje de otras ETS con aislamiento en exudado rectal de Chlamydia trachomatis y en exudado uretral de Mycoplasma genitalium, iniciando tratamiento con Doxiciclina. A nivel radiológico presenta una evolución favorable de la lesión, con disminución de tamaño y mejoría de la cefalea tras inicio de antibioterapia. Completa 14 días de tratamiento dirigido. Dada la estabilidad y buena evolución, se decide alta con seguimiento ambulatorio. Evolución actual favorable en controles posteriores.

CONCLUSIONES

El estudio de la cefalea primaria y de la cefalea conocida con cambios en el perfil previo, es de obligatoria realización. Una correcta anamnesis y exploración son cruciales en nuestra labor asistencial.

Si no hay mejoría tras analgesia, y a pesar de ausencia de otros hallazgos clínicos, se deber realizar prueba de imagen y resto de estudios pertinentes para identificar la causa de la cefalea o de su empeoramiento. En el caso que presentamos, queda patente la necesidad de dichos estudios.

P. #796

TODO COMENZÓ CON "UN PELLIZCO EN EL PECHO"

María Reyes Picazo Castillo, Coraima Cobos Montenegro, Patricia Bermejo Cotillo

Hospital Comarcal Axarquía, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años sin antecedentes personales de interés que acude por disfagia a sólidos y líquidos presentando hoy un episodio de vómito en el desayuno junto con dolor epigástrico fluctuante y abundante sialorrea. Refiere episodios previos de dolor epigástrico de meses de evolución no tan pronunciados como el actual que cedieron espontáneamente. Afebril.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Regular estado general. Consciente y orientada. Alerta. Muy inquieta con sialorrea constante y necesidad de deambular por la consulta.

- Exploración otorrinolaringologica: No se aprecia cuerpo extraño en cavidad oral. Abundante sialorrea y reflejo nauseoso persistente.
- Exploración Cardiológica: Taquicardia sinusal a 100 lpm. No soplos ni roces pericardicos.
- Exploración Pulmonar: Murmullo Vesicular Conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- Abdomen: Blando, depresible. Globuloso. Doloroso a la palpación a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo. No signos de irritación peritoneo.

ANALÍTICA: Hemograma y coagulación en rango. Glucosa 146, urea 30, Cr 0.99, perfil hepatopancreático e iones normal. PCR 7. Tr 40.

ELECTROCARDIOGRAMA: Ritmo sinusal a 106 llm, QRS estrecho, eje normal no signos de isquemia ni alteraciones agudas de la repolarización.

RADIOGRAFÍA TORAX: Indice cardiotorácico normal. No se aprecian imágenes de condensación ni ocupación de senos costofrénicos. No signos de perforación.

ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA: A los 18 cm de la arcada dentaria se aprecia un gran coágulo con comida que está sobre gran laceración mucosa de 3 cm de ancho y se extiende hasta los 30 cm (12 cm en longitud). En la parte próxima, donde está situado el coágulo se aprecian incluso fibras musculares. Existen otros tres regueros lineales, hiperémicos y ulcerados de unos 8 cm de longitud. Se recomienda ingreso con dieta absoluta, antibioterapia de amplio espectro y percusión de inhibidos de bomba de protones además de solicitar un TAC toracoabdominal para descartar perforación.

TAC TORÁCICO CON CONTRASTE:

Esófago con paredes engrosadas a nivel del tercio distal. No se observa paso de contraste fuera de la luz esofágica que sugiera perforación del mismo. Ganglios axilar bilaterales, algo en torno al centímetro. Ateromatosos calcificada aórtica. Hernia de hiato por desplazamiento. Parénquimas: Tia traqueobronquial sin alteraciones significativas. Atelectasias subsegmentarias bibasales.

Conclusión:

Esófago con engrosamiento parietal en tercio distal sin signos que sugieran perforación del mismo.

CONCLUSIONES

Las laceraciones esofágicas son lesiones de la mucosa del esófago que pueden variar en severidad, desde pequeños desgarros autolimitados hasta lesiones extensas con riesgo de perforación. Se presentan principalmente en el contexto de vómitos repetitivos, maniobras de Valsalva intensas o traumatismos esofágicos, siendo el síndrome de Mallory-Weiss una de sus manifestaciones más comunes.

El diagnóstico se basa en la endoscopia digestiva alta, que permite visualizar la extensión de las lesiones y diferenciar entre laceraciones superficiales y aquellas con afectación más profunda, como en este caso, donde se evidencia exposición de fibras musculares. El TAC con contraste es útil para descartar complicaciones graves como perforación o mediastinitis.

El manejo depende de la gravedad de la lesión. En casos leves, el tratamiento es conservador con inhibidores de la bomba de protones y soporte nutricional. Cuando hay sangrado activo o sospecha de perforación, pueden requerirse intervenciones endoscópicas, quirúrgicas o incluso cuidados intensivos. La evolución suele ser favorable con un manejo adecuado, aunque es esencial un seguimiento estrecho para evitar complicaciones.

P. #797

DEL SÍNTOMA INESPECÍFICO AL DIAGNÓSTICO PRECISO: LINFOMA B PRESENTÁNDOSE COMO UN DOLOR ABDOMINAL

Noelia Martínez Gazquez, Luis Miguel Garrido Aguayo, Silvia María Martín Sánchez

Centro de Salud Mengíbar Doctor Manuel Polaina Bailón, Mengíbar, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 75 años que presenta como antecedentes personales HTA, HBP, Hernia de hiato, Esofagitis y anillo péptico. Intervenido absceso perianal, hernia umbilical y catarata.
No presenta hábitos tóxicos ni alergias.
Como tratamiento habitual se encuentra con Lansoprazol, Serenoa repens y Ramipril/Amlodipino.
Nuestro paciente acude a consulta de Atención Primaria desde hace un año por dolor abdominal y episodios diarréicos intermitentes, con pruebas analíticas y exploración dentro de la normalidad, siendo tratado con analgésicos, Inhibidores Bomba Protones, probióticos y procinéticos, presentando leve mejoria. Derivado a Aparato Digestivo para estudio con diagnóstico de Hernia de Hiato pero refiere que desde ese momento no se encuentra bien.
Es valorado en su Centro de Salud, indicando acudir a servicio de Urgencias para valoración ante evolución. En este momento acude a Urgencias por empeoramiento del dolor, comentándonos episodios alternantes de diarrea y estreñimiento, distensión abdominal que no relaciona con ingesta de alimentos. Refiere anorexia, astenia y debilidad. Afebril. No presenta nauseas ni vómitos.
En anamnesis dirigida nos indica pérdida de peso no cuantificado a destacar sin disminución de ingesta.
Presenta Buen Estado general, Consciente y Orientado, Normohidratado y Normoperfundido, Euneico en Reposo
Pupilas Isocóricas Normoreactivas, Movimientos oculares extrínsecos conservados, con exploración Neurológica dentro de la normalidad.
Auscultación Cardio Pulmonar: rítmico sin soplos audibles, Movimientos Ventilatorios Conservados sin ruidos sobreañadidos
Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda generalizada, sin palpar masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos +.
Se realiza Analítica Urgente con Hemograma con las 3 series dentro de la normalidad. Coagulacion normal. Bioquímica con perfil hepático, renal e iones normales, sin aumento de reactantes de fase aguda.
Se realiza Rx de tórax y abdomen sin evidenciar patología de interés en la actualidad.
El paciente aporta Ecografía realizada en centro privado, con resultado dentro de la normalidad, por lo que ante sintomatología y nuestra sospecha de síndrome constitucional ante los síntomas actuales presentados, se decide realización de TAC con siguiente resultado:
" Múltiples adenopatias significativas en número y tamaño en mesenterio, helio hepático, rodeando a marco duodenal y a salida de grandes vasos retroperitoneales superiores, hasta bifurcación de aorta abdominal distal. Sin adenomegalias pélvicas ni inguinales valorables. Resto de estudio dentro de la normalidad.
Conclusión: Múltiples adenopatias intra y retroperitoneales abdominales superiores, en probable relación con síndrome linfoproliferativo."
Ante resultados obtenidos, se habla con el paciente de la situación y se contacta con Medicina Interna para inicio rápido de estudio y evolución.
Le solicitaron posteriormente PET TAC, Ecocardiograma y biopsia y finalmente pudimos saber que nuestro paciente fué diagnosticado de Linfoma B de bajo grado concordante con Linfoma B de la zona marginal Nodal (LBZMN).
Se encuentra en tratamiento y seguimiento con buena evolución hasta la actualidad.

CONCLUSIONES

Con este caso queremos resaltar la importancia de realizar una buena anamnesis y como la ausencia de patología de interés en unas primeras pruebas, no nos puede hacer caer en el error de no seguir indagando en síntomas que nos pueden ayudar a entender qué le está ocurriendo a nuestro paciente, ya que la rapidez de actuación es importantísima a la hora de tener un mejor pronóstico.
El LBZMN es un linfoma no Hodgkin indolente que representa aproximadamente el 1.5-1.8% de todos los linfomas, con una supervivencia global a 5 años en torno a 85-90%.
La Presentación Clínica típica suele ser una Linfadenopatía periférica indolente y por ello se encuentra en Estadios avanzados al diagnóstico (III-IV) en 75% de casos . Suele tener una afectación medular en 30-40% de pacientes. Esto nos hace ver que no todos los pacientes son iguales ya que en nuestro caso encontrábamos una sintomatología marcada aunque inespecífica.

P. #799

SÍNDROME DE MILLER - FISHER A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Auxiliadora Marqués Mayor[1], Marta Palmero Calvo De Mora[2]

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Varón de 38 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso y dislipémico, sin otras enfermedades médico – quirúrgicas de interés. No hábitos tóxicos. No antecedentes familiares de interés. Tratamiento domiciliario con amlodipino, rosuvastatina/ezetimiba y tadalafilo.
ENFERMEDAD ACTUAL
Acude a urgencias por alteración de la visión, de inicio esa mañana al levantarse. Visión doble binocular al mirar hacia arriba. Sensación de hormigueo constante en mano izquierda hasta región media de antebrazo. Niega cefalea, mareo o síncope. No fiebre, disfagia ni disnea. No otra clínica acompañante.
En tratamiento con amoxicilina – ácido clavulánico cada 8 horas hasta día previo por perforación timpánica izquierda.
EXPLORACION FISICA
A su llegada a urgencias, hemodinámicamente estable con tensión 134/79 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm y saturación 97% basal. Auscultación rítmica, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. Murmullo conservado.
Neurológicamente consciente, orientado y colaborador. Funciones superiores conservadas mediante entrevista. Pupilas isocóricas, reactivas de forma simétrica a la luz. No defecto pupilar aferente. No dolor con los movimientos oculares externos. Ptosis en ojo derecho. Diplopía en la supra, infra y levoversión, siendo más marcada y con ligera limitación en la supralevoversión. No asimetría facial. Protruye y moviliza la lengua de forma simétrica. Elevación simétrica del paladar.
Hoffman negativo bilateral. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Reflejos motores estilorradiales conservados simétricos muy hipoactivos; bicipitales, tricipitales, rotulianos, aquíleos abolidos simétricos. Sensibilidad táctil, vibratoria y artrocinética sin alteraciones en las 4 extremidades. No dismetrías. Marcha cautelosa, puntillas y talones posibles, tándem inestable.
Se solicita analítica sanguínea sin signos infeccioso-inflamatorios, PCR negativa y función renal conservada. TAC de cráneo sin contraste sin lesiones agudas.
Desde urgencias se avisa a Neurología. Tras valoración del paciente, se decide ingreso para completar estudio y descartar patología hemimesencefálica derecha dado la sospecha de afectación incompleta del III par derecho y disestesias en mano izquierda.
EVOLUCIÓN
En el ingreso, se completa estudio con RNM cerebral y de órbitas con angiografía y RNM cervical sin hallazgos reseñables. Estudio neurofisiológico con único hallazgo de ausencia del reflejo H en ambos tibiales posteriores. Punción lumbar y estudios analíticos con autoinmunidad y serologías negativos.
Ante la sospecha clínica del paciente de una variante de poliradiculoneuropatía inflamatoria aguda, Miller – Fisher, se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa durante 5 días. El paciente mejora sintomáticamente.
JUICIO CLÍNICO:
Probable variante de síndrome de Guillain - Barre (Miller – Fisher) con oftalmoparesia, ataxia y arreflexia.

CONCLUSIONES

El síndrome de Miller – Fisher es la variante más común del síndrome de Guillain-Barré, caracterizado por la tríada oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Tiene buena recuperación sin déficit residuales. Múltiples estudios han encontrado una correlación entre la aparición del síndrome y una infección previa, comúnmente Campylobacter jejuni.
El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y puede ser difícil de establecer. Es de vital importancia el manejo de forma multidisciplinar.
Aunque de forma inespecífica y sin estar incluido en guías clínicas, actualmente se ha descrito que la ausencia aislada del reflejo H de forma bilateral (en ausencia de patología radicular S1) se asocia a estadios tempranos de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, sobre todo en variantes que debutan con oftalmoparejía y LCR normal.

P. #810

UN DOLOR POCO COMÚN

Raquel Cenjor Martín[1], Raquel Barrós González[1], Virginia Arroyo Linares[1], María Galán Berasaluce[1], Natalia Tejado Rodríguez[2], Gema Domínguez Gioya[1]

1. Hospital Universitario del Henares, Madrid, España
2. Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un varón de 60 años sin alergias medicamentosas, metabolopatías conocidas ni hábitos tóxicos. No tratamiento habitual. Antecedentes de ingreso hace seis meses en Medicina Interna por dolor costal derecho mal controlado para el que se realiza tomografía computarizada (TC) objetivando lesión suprarrenal derecha sugestiva de adenoma, sin alteraciones funcionales tras estudio endocrinológico completo.
Consulta en Urgencias por dolor costal derecho irradiado a región dorsal ipsilateral desde la madrugada, que se inicia durmiendo en reposo, sin antecedente traumático ni sobreesfuerzos. Niega clínica infecciosa ni síndrome constitucional.
Estable hemodinámicamente, con exploración física anodina excepto leves molestias a la palpación de hipocondrio derecho. Analítica de sangre y orina normales, electrocardiograma normal y radiografías simples sin alteraciones. Se solicita nuevo TC por dolor intenso objetivando franco crecimiento de la lesión previamente descrita, que ha doblado su tamaño, con algún foco de sangrado asociado. Es valorado por Urología y se decide traslado a centro de referencia por su proximidad a grandes vasos. Tras primer ingreso en que se logra control analgésico y se confirma ausencia de sangrado activo o anemizante, se decide tratamiento quirúrgico programado de la lesión de forma posterior de forma conjunta con Cirugía Vascular. La recuperación es satisfactoria y finalmente el paciente pasa a cargo de Oncología Médica con el diagnóstico de Carcinoma adrenocortical convencional derecho, Estadio III (pT3 (de 4,8 x 2 cm, que invade a través de la cápsula con invasión de la grasa periadrenal), pN no asignado, M0); R1 (margen afecto por carcinoma (en contacto con la tinta) en la pieza quirúrgica grande), no funcionante. Criterio histopatológico de alto riesgo por Weiss: Invasión de gran vaso y alto grado (más de 20 mitosis por 10 mm2). IHQ: Ki-67: 15%, p53 WT, Beta-catenina positiva de membrana; ausencia de expresión nuclear.
Se inicia tratamiento adyuvante con Mitotane durante 3-5 años que se suspende por hepatotoxicidad y radioterapia. Las revisiones hasta la actualidad muestran buena evolución, sin datos de recidiva.

CONCLUSIONES

El presente caso pretende reflejar varios aspectos característicos de la Medicina de Urgencias: por un lado, cómo presentaciones clínicas sencillas pueden convertirse en hallazgos mucho más importantes; cómo las pruebas complementarias iniciales no siempre son reflejo de la gravedad de la patología; cómo los antecedentes son fundamentales en el manejo de los pacientes y cómo nuestro trabajo se convierte en muchas ocasiones en un arte que une muchas variables complejas hasta lograr un diagnóstico final.

P. #811

DEL DAÑO MUSCULAR AL DIAGNÓSTICO ENDOCRINO: RABDOMIÓLISIS REVELADORA DE HIPOTIROIDISMO GRAVE

Noelia Martínez Gazquez, Luis Miguel Garrido Aguayo, Silvia María Martín Sánchez

Centro de Salud Mengíbar Doctor Manuel Polaina Bailón, Mengíbar, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años con Antecedentes Personales de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, Hipertension Arterial, Dislipemia, hiperglicemia. En tratamiento activo con Atorvastatina 40mg, Losaban 100/Hidroclorotiazida 12.5mg, Amlodipino 5mg, Alopurinol 300mg, Lansoprazol 15mg.
No alergias medicamentosas.
No refiere hábitos tóxicos.
Acude en varias ocasiones a Urgencias en las ultimas semanas por entumecimiento de miembros, sensación de edematización en antebrazos y ambos miembros inferiores. Refiere sensación de molestias oculares. Se descarta en todas ocasiones patología Neurológica urgente de interés y se deriva a domicilio al alta con corticoides con leve mejoría.
Vuelve a consultarnos por Urgencias por empeoramiento de sintomatología con astenia intensa, disnea al habla y disfonía. Niega inflamación de articulaciones específicas, no presenta rigidez matutina ni fiebre.
A nuestra exploración:
Pupilas Isocóricas Normoreactivas, Movimientos Oculares Extrínsecos conservados, Exploración neurológica compatible con la normalidad, sin signos de meningismo.
Auscultación Cardio Pulmonar: rítmico sin soplos audibles, Movimientos Ventilatorios Conservados sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal.
Tensión Arterial 125/80. Frecuencia Cardiaca 51 latidos por minuto. Peso 108kg.
Electrocardiograma se evidencia bradicardia sinusal sin bloqueos ni alteraciones agudas de la repolarización.
No se aprecia bocio, mixedema leve.
Se evidencia una hiperpigmentación por áreas (es conductor y refiere exposición solar intensa).
Al explorar musculatura y articulaciones, no se visualiza inflamación articular importante, pero sí un endurecimiento de la musculatura sobretodo en antebrazos.
Solicitan analítica urgente es su Centro de Salud donde se evidencia como datos de interés, una disminución de Función renal, no visualizada previamente. Una Hormona Estimulante de Tiroides (TSH) de 202, T4 Libre (T4L) indetectable (siendo el año anterior normal) y una Creatina Quinasa de 2814. Se deriva ante estos resultados a este Servicio de Urgencias Hospitalarias para continuar estudio y tratamiento ante rápido empeoramiento del paciente.
Aquí se realiza nueva determinación de Creatina Quinasa que va en aumento llegando hasta 3893 por lo que se inicia tras consultar con Endocrinología tratamiento con Levotiroxina 400 Intravenoso y con Hidrocortisona 100 intravenoso, procediendo tras su estabilización, a ingreso a su cargo con buena evolución, según pudimos comprobar.

CONCLUSIONES

Tras revisar bibliografía durante su estancia, observamos una relación entre la rabdomiólisis, presentada como única manifestación de un Hipotiroidismo severo, por lo que es una asociación que debemos tener presenta en nuestro día a día como diagnóstico diferencial en consulta de Urgencias ante este tipo de síntomas, aunque es una asociación poco frecuente, está bien documentada en la literatura. Una revisión sistemática reciente identificó que aproximadamente el 1% de los casos de rabdomiólisis pueden estar asociados a hipotiroidismo severo.
Con respecto a otras causas de rabdomiólisis, suele tener una evolución más indolente, menor riesgo de fallo renal agudo, una recuperación más lenta y mejor pronóstico con tratamiento hormonal.
El paciente tras inicio de tratamiento ha presentado una notable mejoría con recuperación funcional total y vuelta a la normalidad de su vida diaria. Mantiene tratamiento y seguimiento por parte de Endocrinología sin recaída hasta la actualidad.

P. #813

CAÍDAS EN URGENCIAS: ¡A PASO DE FESTINACIÓN HACIA EL DIAGNÓSTICO

Samar Hassan Querol, María Del Rosario Mariscal Ocaña, Noelia Domínguez Manzano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos encontramos ante el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, con buen control y adherencia terapéutica, y protusiones discales C6-C7. Acude a urgencias y es triada al área de Traumatología por episodio de contusión nasal y traumatismo craneoencefálico (TCE) como consecuencia de caída accidental en domicilio.
Durante la entrevista clínica, la paciente describe la caída fortuita desde su propia altura como un evento repentino, sin pródromos ni pérdida de conciencia o control de esfínteres. Conforme vamos indagando descubrimos que es el cuarto episodio de "presíncope" seguido de caída en los últimos meses, lo que ha requerido su atención en urgencias en varias ocasiones, necesitando en alguna de ellas inmovilización por fractura. No síntomas anginosos acompañantes ni de cortejo vegetativo. Curiosamente los describe y recuerda de características muy similares los episodios previos.
A la exploración presenta contusión nasal sin desviación de tabique ni crepitación, así como un TCE sin heridas abiertas ni sangrantes. No se evidencian déficits neurológicos ni focalidad. Auscultación cardiopulmonar normal. Resto de exploración sin datos de interés.
Ante la sospecha de un problema subyacente, solicitamos pruebas complementarias. La TC craneal y la analítica de sangre, incluyendo troponinas, sin hallazgos relevantes. El electrocardiograma: ritmo sinusal a 54 lpm, PR 160 ms, QRS 160 ms con morfología de bloqueo de rama izquierda (BRIHH) -ya conocido y descrito previamente- y QTc 440 ms.
Dada la presencia de un BRIHH y la posible pérdida de tono postural, se decide interconsultar con el servicio de Cardiología. Se realiza una ecocardiografía que muestra una función sistólica en el límite de la normalidad, con válvulas normales y aorta sin alteraciones.
De forma conjunta, planteamos valoración de por Neurología que, de ser normal, se procederá a implantación de marcapasos y, ante patología neurológica que justifique la clínica, se considera necesario el estudio a través de un Holter LINQ. En una primera impresión por parte de neurología, estamos posiblemente ante un caso de "drop attack", pero, tras la valoración y exploración de la paciente, se orienta el caso como una festinación de la marcha, por lo que requiere completar estudio por sospecha de parálisis supranuclear progresiva.

CONCLUSIONES

Este caso clínico pone de manifiesto la complejidad del abordaje de pacientes con caídas recurrentes. La festinación de la marcha, un trastorno caracterizado por la aceleración progresiva de los pasos al caminar, y la sospecha de parálisis supranuclear progresiva, una enfermedad neurodegenerativa que afecta la marcha y el equilibrio, recuerdan la necesidad de un enfoque multidisciplinar para llegar a un diagnóstico preciso y establecer un plan de tratamiento adecuado.
La realización de un estudio con Holter LINQ para confirmar o descartar la presencia de arritmias cardíacas que pudieran estar contribuyendo a los episodios de presíncope y caídas de la paciente.
Todo esto vuelve a señalar que desde el Servicio de Urgencias podemos cumplir una doble función: atender las urgencias médicas y, al mismo tiempo, iniciar el proceso diagnóstico y terapéutico que conduzca a la resolución de la enfermedad del paciente.

P. #818

PANCREATITIS SILENCIOSA

Francisco Javier Ayuso Iñigo, Macarena Campos Carreras, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Anton, Mario Agreda Fernández, Noiva Díaz García

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 72 años con antecedentes personales de Dislipemia, Hipotiroidismo que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de epigastralgia irradiada en cinturón, nauseas y vómitos de 4 días de evolución. Inicialmente se realiza electrocardiograma sin alteraciones, analítica con perfil hepático y enzimas pancreáticas, además de marcadores de daño miocárdico sin alteraciones. Únicamente leucocitosis y PCR de 211 mg/L. Dada la persistencia del dolor acompañado de intolerancia oral, permanece en observación con nueva analítica de control sin movilizar enzimas. Finalmente se solicita un TAC abdominal con hallazgos de lengüetas de líquido libre de localización peripancreática, asociadas a trabeculación de la grasa adyacente en torno a la cabeza de la glándula y extensión hacia la grasa mesentérica sugestivos de necrosis de la grasa peripancreática en el contexto de Pancreatitis aguda, sin litiasis biliar. Permanece ingresada con fluidoterapia, analgesia con mejoría sintomatica y finalmente dada de alta.

CONCLUSIONES

1.No todas las pancreatitis aumentan los enzimas pancreáticos.
2.Dolores abdominales en epigastrio, irradiados en cinturón de más de 72 horas de evolución que no mejoran con analgesia, obligan a descartar radiológicamente la existencia de una pancreatitis.

P. #820

ESTATUS CONVULSIVO, CÓMO ABORDARLO

ANDREA Iboleon Jiménez[1], María González Vidal[2], NURIA Ramos Galindo[1], CORAIMA Cobos Montenegro[1]

1. Hospital Comarcal Axarquía. Vélez Málaga, Málaga, España
2. Centro de Salud Vélez Norte. Vélez Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Personales
-Encefalopatía hiperamonémica secundaria a ácido valproico.
- Estado protrombótico secundario a mutación del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR).
- Talasemia minor.
- Epilepsia generalizada idiopática con fenotipos variables de difícil control, debido tanto a farmacorresistencia como a intolerancias a excipientes por alergias alimentarias.

Múltiples ingresos previos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por crisis comiciales refractarias, requiriendo sedación profunda o coma barbitúrico para control del estado epiléptico y aislamiento de la vía aérea.
Última hospitalización hace seis meses por crisis comiciales en el contexto de una posible infección urinaria, con manejo complejo que requirió intubación orotraqueal, sedación y traslado a un centro de referencia.
- Tratamiento Actual
Levetiracetam 500 mg con pauta descendente (1/2-0-1 durante una semana; 1/2-0-1/2 durante una semana; 0-0-1/2 durante una semana y suspensión).
Lacosamida 150 mg cada 12 horas.
Topiramato 100 mg en la mañana, 50 mg al mediodía, 100 mg en la noche.
- Motivo de Consulta
Mujer de 34 años acude al servicio de urgencias tras crisis convulsiva refractaria. Paciente conocida por epilepsia de base, es trasladad desde su centro de salud, por presentar crisis tónico-clónica generalizada mientras se encontraba en sala de espera. Ha acudido a consulta de Atención Primaria por odinofagia y fiebre autolimitada en días previos, con diagnóstico presuntivo de cuadro viral. Se realizó test de detección rápida para Streptococcus con resultado negativo y fue dada de alta con indicación de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) según tolerancia.
Extrahospitalariamente, ha presentado una crisis tónico-clónica de aproximadamente 1,5 minutos con traumatismo occipital secundario. A los 5 minutos, sufre una segunda crisis de 1 minuto de duración, por lo que se administra midazolam 5 mg IV con cese de la actividad convulsiva. Se decide traslado al servicio de urgencias hospitalarias.
Ingreso en Box de Críticos:
Se objetivan un total de cinco crisis tónico-clónicas generalizadas con inicio característico en desviación ocular hacia la derecha.
Se administran:
Midazolam 15 mg IV (extrahospitalario).
Diazepam 30 mg IV.
Levetiracetam 2 g IV.
Lacosamida 200 mg IV.
Las crisis son finalmente controladas, dejando a la paciente en estado postcrítico con bradipsiquia. Constantes mantenidas en todo momento.
Paso a Área de Observación:
Durante la monitorización en observación, presenta dos nuevas crisis tónico-clónicas, requiriendo incrementar dosis de BZN: Midazolam 15 mg IV y Diazepam 10 mg IV.
No presenta una recuperación clara del nivel de conciencia entre las crisis.
En total, la paciente ha presentado nueve crisis convulsivas (hospitalarias y extrahospitalarias).
Se realiza interconsulta con Neurología, que indica:
incrementar tratamiento hasta completar bolo de 4 g de Levetiracetam IV y aumento de la dosis de Lacosamida hasta 400 mg IV.
Debido a la persistencia del cuadro clínico, se plantea interconsulta con UCI para valoración de manejo avanzado.
Juicio Clínico
Episodio de estado epiléptico recurrente en el contexto de posible desencadenante exógeno (cuadro viral).

CONCLUSIONES

- Actualmente, las benzodiacepinas (BZD) continúan siendo el tratamiento de primera línea para el manejo del estatus epiléptico.
- En el contexto de urgencias, ante crisis prolongadas o sospecha de estado epiléptico, se recomienda la administración precoz de biterapia combinando benzodiacepinas (BZD) con un fármaco antiepiléptico (FAE).
- Se debe establecer una actuación coordinada con el servicio de cuidados intensivos (UCI) para la instauración temprana de sedación profunda o coma terapéutico en pacientes con estado epiléptico refractario, con el objetivo de preservar la función neurológica, en línea con el concepto de “Time is Brain”.

P. #822

EL TRASFONDO DE LA DIABETES MAL CONTROLADA

Beatriz Guerrero Barranco[1], Francisco Javier Ladera Fernández[1], Cristina Ballesteros Molina[2]

1. Hospital Poniente, Almería, España
2. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 43 años, como antecedentes únicamente fumador de 1 paquete diario y diabético tipo I de debut tardío, con pésimo control. Última HbA1C hace 4 años de 12.
Ante la situación de bajas temperaturas y domicilio con escasas infraestructuras el paciente decide colocar un brasero dentro de la cama para dormir, de madrugada se despierta por el olor, presentando graves lesiones cutáneas en el dorso de pie izquierdo. Decide acudir a Urgencias donde se cataloga de quemadura de 3º grado que precisa ingreso para tratamiento, desbridamiento y posterior valoración por Cirugía Plástica. Al informar del proceso el paciente refiere que no presenta tanto dolor y solicita el alta voluntaria a domicilio.
Dos semanas después acude nuevamente por Urgencias por deformidad de miembro inferior izquierdo que impide la deambulación. A nuestra valoración presenta terrible evolución tórpida de la quemadura, con retracción de pie hacia el dorso, con grave celulitis asociada y osteomielitis (foto).
Se valorada por Cirugía de Guardia que indica que la única opción viable es la amputación del miembro a nivel de tobillo.

CONCLUSIONES

La inmigración es un fenómeno complejo que presenta diversos desafíos, especialmente en el ámbito de la salud. Las barreras sanitarias, como el acceso limitado a servicios de salud, la falta de información y en ocasiones de comprensión por parte de los pacientes, pueden dificultar el control de enfermedades crónicas como la diabetes.
Es crucial fomentar la conciencia sobre la enfermedad, no solo en las comunidades inmigrantes, sino también en los profesionales de la salud y la sociedad en general. La educación sobre la diabetes, sus síntomas y su manejo puede empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud. Al aumentar la conciencia sobre la enfermedad, podemos reducir el estigma y mejorar la detección temprana, lo que a su vez puede llevar a un mejor control y reducción de las complicaciones. Sin menoscabar el gran impacto económico que tiene la falta de atención adecuada a estas enfermedades. El gasto económico global en sanidad se ve afectado por el aumento de enfermedades crónicas no controladas, lo que genera un mayor costo en tratamientos y hospitalizaciones. Invertir en la prevención y el manejo adecuado de enfermedades como la diabetes no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también puede resultar en un ahorro significativo para los sistemas de salud a largo plazo.
Solo a través de un enfoque colaborativo podremos mejorar la calidad de vida de estas poblaciones y construir un sistema de salud más equitativo y efectivo. La salud es un derecho de todos, y es nuestra responsabilidad trabajar juntos para garantizar que cada individuo tenga la oportunidad de vivir una vida saludable y plena, al mismo tiempo que optimizamos los recursos económicos destinados a la sanidad.

P. #829

¡DOCTORA MIRE MI TRIPA! Y ESO QUE YO ME CUIDO MUCHO

Ana Bonmatí Seva, Carmen Paúl Rios, Deborah Prats Florez, Elvira María Sánchez Fernández

Médico, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

- Descripción del caso
Mujer de 65 años hipertensa, sin hábitos tóxicos, intervenida de anexectomía bilateral laparoscópica por formación ovárica quística con aumento progresivo de tamaño (sin disponibilidad de anatomía patológica, marcadores tumorales negativos en dicho momento). Acude a su Médico de Atención Primaria por molestias abdominales difusas y meteorismo de 2 semanas de evolución. Al no presentar mejoría con procinético prescrito, acude a Urgencias donde se evidencia ascitis de novo acompañada de pérdida de 4 Kg de peso en el último mes. Apetito conservado. Niega orina colúrica ni acolia. Sin náuseas ni vómitos. Niega sensación distérmica ni fiebre.
- Exploración física y pruebas complementarias
Normotensa, afebril, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida (sin ictericia de piel ni mucosas).
Auscultación cardiaca y pulmonar normal.
Abdomen con ascitis no a tensión, sin circulación colateral, blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada, matidez a la percusión.
Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Exploración neurológica sin focalidad, consciente y orientada en las tres esferas.
1) Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.5, normo-normo, plaquetas 534000, leucocitos 17070. Glucemia 100, función renal y hepática normales (sin elevación de transaminasas ni bilirrubina), iones en rango, Proteína C reactiva (PCR) 100, Procalcitonina 1.2. Coagulación sin alteraciones.
2) Radiografía tórax: normal
3) Radiografía abdomen: luminograma normal
4) Ecografía abdomen: Lesión focal 1.4 cm lóbulo hepático izquierdo, sugestiva de metástasis, no pudiendo descartar proceso neoformativo primario. Ascitis generalizada en moderada cuantía. Hidronefrosis grado II-III/IV en riñón izquierdo, sin evidenciar causa de la obstrucción.
5) Pasa a área de Observación donde se realiza paracentesis diagnóstica con visualización de líquido ascítico de aspecto hemorrágico y se cursa cultivo del mismo.
6) TAC abdomen-pelvis: Lesión pélvica probablemente ginecológica sugestiva de malignidad que se acompaña de metástasis hepáticas, moderada ascitis y carcinomatosis peritoneal. Ectasia uretero-pielocalicial grado II-III/IV izquierda por compresión extrínseca.
Se cursa ingreso a cargo de Medicina Interna para continuar estudio y correcta caracterización de las lesiones
- Orientación diagnóstica / Juicio Clínico
Lesión pélvica probablemente ginecológica sugestiva de malignidad con metástasis hepáticas, carcinomatosis peritoneal. Ectasia uretero-pielocalicial grado II-III/IV izquierda.
Ascitis secundaria.
- Diagnóstico diferencial
Cirrosis, hipertensión portal, hepatitis alcohólica, coledocolitiasis, neoformación pancreática, insuficiencia cardíaca.
- Bibliografía
https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/aproximaci%C3%B3n-al-paciente-con-hepatopat%C3%ADas/ascitis

CONCLUSIONES

Me gustaría destacar la importancia de correlacionar la clínica descrita por el paciente con la exploración realizada por parte del médico. En este caso la paciente vino derivada con diagnóstico de meteorismo, sin embargo, al palpar el abdomen no se trata simplemente de distensión abdominal sino de ascitis, con un cambio completo del diagnóstico. Si la paciente hubiese continuado en tratamiento con procinético sin acudir a Urgencias, el cuadro habría continuado evolucionando con empeoramiento progresivo del pronóstico que ya es comprometido por presentar incluso imágenes metastásicas. Por otro lado, destacar la importancia del diagnóstico diferencial, indagando tanto en la anamnesis como en la exploración física para ir excluyendo posibles causas del cuadro y así orientar las pruebas complementarias a solicitar para obtener un diagnóstico de confirmación.

P. #833

CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN

Beatriz Guerrero Barranco, Francisco Javier Ladera Fernández, Salvador Maroto Martin

Hospital Poniente, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 21 años, natural de Senegal. Es España desde hace 6 meses, barrera idiomática parcial, sin hábitos tóxicos ni enfermedades previas.

Acude traído por DCU al Hospital tras consulta en Centro de Salud por cefalea, cervicalgia, mareo y 2 episodios de vómitos. En el traslado administrado paracetamol y ondasentron con mejoría parcial. Normotenso en todo momento, ligeramente tendente a bradicardia sinusal entorno 40 lpm.

A su llegada a Box de Críticos, comienza con deterioro neurológico progresivo y desaturación, que no responde a oxigenoterapia convencional, con parada cardiorrespiratoria. Se procede a aislamiento de vía aérea, con recuperación de cifras de saturación y posterior recuperación de ritmo sinusal tras 40 minutos de RCP avanzada.

Desde críticos acudimos al TAC Craneal con la firme sospecha de ACV henmorrágico, como responsable del cuadro, resultando normal, por lo que se completa estudio con AngioTAC de Torax para descartar TEP, que resulta normal también, por lo que se procede al ingreso en UCI para completar estudio incluída punción lumbar y tóxicos siendo todos los resultados negativos.

A las 24 horas se retira la sedación del paciente, con apertura ocular espontánea, pero tetraplejía y ausencia de respiración espontánea. Por lo que se completa estudio con RMN cervicodorsal, con diagnóstico de mielitis transversa cervical.

CONCLUSIONES

La mielitis transversa (MT) es una condición neurológica caracterizada por la inflamación de la médula espinal, que puede resultar en una disfunción neurológica significativa. Se clasifica como una forma de mielitis, que se refiere a la inflamación de la sustancia blanca de la médula espinal. La MT puede ser idiopática o asociada a diversas etiologías, incluyendo infecciones virales (como el virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y el virus de la gripe), enfermedades autoinmunitarias (como la esclerosis múltiple y el lupus eritematoso sistémico), y reacciones postinfecciosas.

Los síntomas de la mielitis transversa suelen presentarse de manera aguda y pueden incluir debilidad motora, alteraciones sensoriales (como parestesias o pérdida de sensibilidad), dolor radicular, y disfunción autonómica, que puede manifestarse como incontinencia urinaria o fecal. La presentación clínica puede variar dependiendo de la localización y extensión de la inflamación en la médula espinal.

El tratamiento de la mielitis transversa generalmente incluye la administración de corticosteroides intravenosos para reducir la inflamación y mejorar la recuperación neurológica. En algunos casos, se pueden considerar terapias adicionales, como la plasmaféresis, especialmente en pacientes con formas autoinmunitarias refractarias al tratamiento inicial. La rehabilitación neurológica es fundamental para maximizar la recuperación funcional y mejorar la calidad de vida del paciente.

El pronóstico de la mielitis transversa varía considerablemente entre los individuos, con algunos pacientes experimentando una recuperación completa, mientras que otros pueden sufrir secuelas permanentes. La identificación temprana y el manejo adecuado son esenciales para optimizar los resultados clínicos y minimizar el impacto a largo plazo de esta condición.

La falta de conciencia sobre los síntomas y la variabilidad en la presentación clínica pueden llevar a retrasos en el diagnóstico, lo que a su vez puede resultar en complicaciones adicionales y un impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

P. #845

POSESIÓN ENDEMONIADA

Francisco Javier Ayuso Iñigo, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Anton, Macarena Campos Carreras, Noiva Díaz García

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 16 años con antecedentes personales de Tiroiditis linfocitaria crónica que acude al Servicio de Urgencias por alteración aguda del comportamiento al encontrarla, tras escuchar ruidos en su dormitorio desordenado, realizando movimientos bruscos con las extremidades, constantes y aleatorios, alternados con bajo nivel de conciencia sin responder a estímulos, y emitiendo gruñidos constantes y babeo. Se realiza analítica sanguinea sin alteraciones, tóxicos en orina negativos, TAC craneal sin patología aguda intracraneal. Dada la persistencia de un nivel de conciencia fluctuante se decide sedoanalgesiarla e intubarla para completar estudio con punción lumbar que solo muestra hiperproteinorraquia leve, anticuerpos antineuropilo negativos (incluye NMDAr), con cultivos y PCR viral negativos. Ingresa en UVI y se inicia tratamiento con 1 g metilprednisolona iv al día e Ig intravenosa 2g/kg/día por sospecha de encefalitis autoinmune. Ya en ingreso se completa estudio con RM cerebral sin hallazgos significativos, electroencefalograma con encefalopatía difusa de carácter inespecífica y grado leve. Sin anomalías epileptiformes ni datos de status convulsivo. En analítica se detecta aumento de anticuerpos antitiroideos, en relación a su antecedente de patología tiroidea de base. Es valorada por ginecología, que descarta teratoma ovárico ni otras neoplasias ovaricas. Finalmente se reduce sedación y se extuba tras tratamiento corticoesteroideo y evoluciona favorablemente. Dada de alta como Encefalitis autoinmune seronegativa vs encefalopatía de Hashimoto a estudio.

CONCLUSIONES

1. Ante una alteración del comportamiento es necesario descartar causas tóxico metabólicas.
2. Las pruebas radiológicas de imagen ayudan a complementar el estudio
3. No todas las alteraciones del comportamiento son de causa psiquiátrica.
4. Ha habido un aumento de casos de encefalitis por anticuerpos anti NMDA que obligan a descartar neoplasias ováricas.

P. #849

CUANDO LA DESNUTRICIÓN SEVERA CONDICIONA CEGUERA: HIPOVITAMINOSIS A GRAVE EN UN PACIENTE CON ENOLISMO CRÓNICO

Júlia Calvet Giralt, Josep Canela Gomà, María Rosa Escoda Turon

Hospital Clínic, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 56 años sin alergias medicamentosas conocidas, con consumo crónico de alcohol (9-10 UBE/día) y tabaquismo activo (30-40 cigarrillos diarios). Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y reside en un piso facilitado por el ayuntamiento, participando en un programa de soporte socioeducativo.Como antecedentes destacan enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin tratamiento activo ni reagudizaciones recientes y esteatosis hepática grado II.

Es derivado a urgencias en enero de 2025 por sus tutores por deterioro progresivo del autocuidado. Refiere, desde junio de 2024, hipoacusia bilateral progresiva con una pérdida auditiva del 60% y deterioro cognitivo leve en seguimiento por neurología. Además, presenta pérdida de agudeza visual con lagrimeo desde diciembre de 2024, cuando fue valorado por oftalmología, diagnosticándose queratitis punteada superficial e hiperqueratosis conjuntival, iniciando tratamiento con colirios hidratantes, aunque con escaso cumplimiento y posterior pérdida del seguimiento. En la anamnesis dirigida refiere ingestas escasas, con solo una comida completa al día.

A su llegada a urgencias, presenta regular estado general, caquexia y falta de autocuidado. Se encuentra normotenso, eupneico en basal y afebril. A la exploración física destaca una pérdida de la agudeza visual, con distinción de luz-oscuridad en el ojo derecho y visualización de dedos en el ojo izquierdo. La córnea del ojo derecho se observa blanquecina y opaca. El resto de la exploración no presenta hallazgos relevantes.

Se solicita valoración por oftalmología, quienes objetivan afectación ocular severa, probablemente secundaria a hipovitaminosis A grave con riesgo de perforación ocular por melting corneal difuso, especialmente en ojo derecho. En el estudio analítico no se identifica elevación de reactantes de fase aguda con PCR de 0.41mg/dL con leucocitosis de 11.450/mm^3 a expensas de neutrofilia de 8.350/mm^3. La función renal es correcta y no se detectan alteraciones electrolíticas. Se observa un estado de desnutrición severa con prealbúmina de 0,034 g/L, proteínas totales de 49 g/L y anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 12,8 g/dL.

Se orienta como una pérdida severa de la agudeza visual secundaria a hipovitaminosis A grave en probable contexto de desnutrición. Se inicia tratamiento reposicional con 200.000 UI de vitamina A, colirios con antibiótico, antibioticoterapia empírica por sospecha de perforación ocular con ceftazidima 1g/8h y vancomicina 500 mg/12h y suplementación nutricional. El paciente es ingresado en planta de medicina interna para seguimiento estrecho y completar estudio.

CONCLUSIONES

La vitamina A es una vitamina liposoluble esencial para la integridad de las células epiteliales. Su deficiencia puede provocar diversas alteraciones en el segmento anterior del ojo, desde xerosis conjuntival hasta ulceraciones corneales, denominadas en conjunto xeroftalmia. La carencia de vitamina A suele formar parte de una malnutrición proteico-energética generalizada y es prevalente en países en vías de desarrollo, siendo una causa frecuente de ceguera infantil. Sin embargo, en nuestro medio, también puede presentarse en pacientes con síndromes malabsortivos, diarrea crónica, anorexia nerviosa o consumo excesivo de alcohol. Su identificación es crucial, ya que se trata de una causa prevenible de ceguera.
Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con deterioro visual, especialmente en aquellos con antecedentes de alcoholismo crónico y malnutrición grave. Igualmente subraya la importancia de un manejo integral y multidisciplinar, incluyendo el seguimiento por parte de oftalmología, psiquiatría, dietistas y trabajo social.

P. #857

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN PACIENTE GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO:

DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN URGENCIAS

Adniel García Cruz, Ana Belén Vena Martínez
Hospital universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años, institucionalizado en residencia geriátrica, con antecedentes de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, trastorno límite de la personalidad y deterioro cognitivo leve (Barthel 30/100). En los días previos había iniciado tratamiento con quetiapina tras la suspensión de risperidona.
Acude a urgencias por fiebre persistente, diaforesis, taquicardia (120 lpm) y rigidez muscular generalizada. Se encontraba consciente pero con hipertonía en miembros, trismus y temblor, sin focalidad neurológica. No se identificó foco infeccioso en la exploración ni en las pruebas complementarias iniciales.
Durante su estancia en urgencias, presentó hipertermia refractaria (hasta 40°C) y elevación progresiva de creatinquinasa (CK) hasta 1120 U/L, lo que orientó el diagnóstico hacia síndrome neuroléptico maligno (SNM). Se descartaron otras causas, incluyendo meningitis (punción lumbar no realizada por mala tolerancia) e infección sistémica (hemocultivos y antigenuria negativos). Se realizó TAC craneal, sin hallazgos agudos.
Se administró dantroleno IV (2 mg/kg) con respuesta parcial, persistiendo fiebre y alteración del nivel de conciencia. Posteriormente, se añadió bromocriptina por sonda nasogástrica (2.5 mg/6h). Sin embargo, evolucionó con hipernatremia (158 mmol/L), hipocalcemia e insuficiencia renal progresiva, agravando su estado clínico.
A pesar del manejo intensivo, el paciente presentó deterioro neurológico y hemodinámico progresivo, seguido de parada cardiorrespiratoria no presenciada sin respuesta a maniobras de reanimación avanzada, confirmándose el éxitus.

CONCLUSIONES

El SNM es una emergencia médica poco frecuente pero potencialmente mortal, cuyo diagnóstico en pacientes geriátricos polimedicados es complejo debido a su similitud con cuadros sépticos o metabólicos. En este caso, la cronología de síntomas tras el cambio de tratamiento antipsicótico, junto con la hipertermia, rigidez muscular y elevación de CK, fueron claves en la sospecha diagnóstica. El tratamiento con dantroleno y bromocriptina puede mejorar el pronóstico, pero en pacientes con comorbilidades severas la evolución es incierta. Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano del SNM en urgencias y la necesidad de optimizar su manejo en población geriátrica institucionalizada

P. #860

¿ICTUS? NO, PARÁLISIS DE TODD

Andrea Cantos López, María Cardells Peris, Mario Velasco García, Laura Isabel Tarrat Alcalde, Elena Roche Romero, Francisco José Salvador Suárez

HFB, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 75 años con antecedentes personales de ictus isquémico en arteria cerebral posterior izquierda aterotrombótico, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y fumador, que es traído por SAMU.

A las 18.00h tras llegar a casa después de una ruta en bicicleta, el paciente presenta crisis epiléptica focal con progresión a generalizada tónico-clónica. Tras la crisis, tiene debilidad en extremidades inicialmente izquierdas y posteriormente, de predominio derecho, y dificultad para la expresión del lenguaje. En su domicilio, entra en parada cardiorrespiratoria que recupera tras masaje cardíaco traumático, y 2 dosis de adrenalina, persistiendo afasia.

A su llegada a urgencias, el paciente pasa al box de reanimación donde tiene nuevo episodio de crisis convulsiva agravándose focalidad residual, afasia y hemiplejía bilateral de predominio derecho. Se monitoriza, extrayéndose analítica y gasometría, con discretas alteraciones no significativas en el contexto del paciente y se realiza ECG en ritmo sinusal. Tiene un Glasgow de 6, NIHSS de 16 por lo que se activa Código Ictus. Al tratarse de un hospital comarcal, nos dirigimos al teleictus.

Se realiza triple estudio con tomografía computarizada (TC) sin contraste, angioTC y TC de perfusión en el que no se visualiza oclusión de gran vaso tratable con terapias de recanalización de fase aguda. No es candidato a trombectomía, en todo caso se plantea realización de fibrinolisis en periodo de ventana extendida con la contraindicación del masaje cardíaco traumático y de las crisis convulsivas acontecidas.

El paciente recupera espontáneamente pasando a NIHSS de 0 y Glasgow de 15, por lo que se consensua mantener en área de observación del Servicio de Urgencias y monitorizado. El cuadro es compatible con fenómeno de Todd en contexto de epilepsia vascular tardía ya que el paciente ha presentado focalidad neurológica fluctuante tras crisis epilépticas con imagen sin hallar oclusión de algún vaso y con recuperación espontanea y completa tras varias horas de la crisis. A su ingreso mantenemos tratamiento con Levetiracetam, se realiza electroencefalograma (EEG) en el que se constata trazado de base asimétrico, de baja amplitud donde se registra actividad intercrítica de características inespecíficas (probable origen lesional) de moderada persistencia en región fronto-temporal izquierda y en angioRMN se confirma que no hay signos de patología cerebral aguda/subaguda.

CONCLUSIONES

La parálisis de Todd es un fenómeno neurológico, descrito por primera vez en 1850, que se caracteriza por debilidad o parálisis temporal en una parte o en todo el cuerpo tras una crisis convulsiva. Esta debilidad suele afectar a miembros y de forma bilateral. Es un fenómeno reversible de duración desde minutos a horas. Puede afectar al habla, a la dirección de la mirada o a la visión. Puede suponer un fenómeno estresante al no hallar una causa clara y dificultar nuestro juicio diagnóstico.

Su importancia radica en realizar el diagnóstico diferencial con un accidente cerebrovascular ya que algunos pueden causar convulsiones focales en la fase aguda. Además, la parálisis de Todd nos puede hacer sobreestimar el déficit neurológico debido a un proceso vascular o distraernos en el origen de la focalidad y a su vez condicionar las decisiones en el tratamiento de reperfusión, por ejemplo, en la fibrinolisis.

El mecanismo exacto de la parálisis de Todd se desconoce, según últimas investigaciones, se piensa que puede estar relacionado con la inhibición transitoria de las áreas motoras del cerebro tras una actividad convulsiva intensa. Esta inhibición puede ser el resultado de un agotamiento de los neurotransmisores o de cambios en el flujo sanguíneo cerebral después de la convulsión. No requiere manejo específico más allá del manejo de la convulsión y la prevención de futuras crisis mediante el uso de antiepilépticos. La recuperación suele ser completa en estos casos.

P. #866

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Carlos Rivero Pigne, Helena Serrano Llop, Gabriel José González Salazar, Jorge Blanco Briones, Xavier Xipell Font, Miguel Cuesta De Diego

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1. Motivo de consulta: Epigastralgia intensa.
2. Antecedentes personales: Diabetes mellitus en tratamiento con metformina con mala adherencia.
3. Episodio actual: Varón de 25 años que acude a Urgencias remitido por Equipo de Urgencias Extrahospitalarias tras ser valorado en domicilio por epigastralgia intensa. A la valoración en domicilio se realiza control glucémico, objetivando glucemia de 400 mg/dl, administrando 10 UI de insulina rápida sc. en bolo y 8 UI de insulina rápida intravenosa junto con infusión de 1000 cc de suero salino, durante una hora.
4. Exploración física:
- Constantes: Tensión arterial 125/78 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, temperatura 37.2°C, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, saturación O2 basal 98%, glucemia capilar 339 mg/dL.
- Aceptable estado general. Consciente, orientado en las tres esferas. Normocoloreado, perfundido e hidratado. Ligeramente taquipneico en posición antiálgica.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, sin megalias ni masas palpables, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio. No irradiado. Murphy y Blumberg negativos. Sin signos de irritación peritoneal.

5. Pruebas complementarias:
- Analítica de sangre y gasometría venosa inicial: Glucemia 240; Creatinina 0,7; ionograma en rango; sin alteraciones gasométricas. HDL 25; LDL 71; bilirrubina 0,26; GPT 15; GOT hemolizada; GGT 37; LDH 214; CPK 64 UI/l. Amilasa 95; lipasa 169; Leucocitos 18.000L sin neutrofilia; Proteína C reactiva 0,47; procalcitonina 0,02. Resto de hemograma y coagulación en rango. Índice lipémico 708.
- Radiografía de tórax: Silueta cardiomediastínica y parénquima sin alteraciones.
- Analíticas complementarias: Amilasa urinaria 1058. TG 3069.

6. Evolución: Se inicia estabilización inicial del paciente con control glucémico, hidratación con sueroterapia intravenosa y optimización analgésica. Ante reiterados avisos de laboratorio de hemólisis de la muestra y un alto índice lipémico, (a pesar de marcadores pancreáticos normales) se sospecha una pancreatitis por hipertrigliceridemia, que se apoya al constatar en analítica de control triglicéridos en sangre elevados y amilasuria elevada en orina.
7. Juicio clínico: Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia.
8. Plan: Ante ausencia de datos de mal pronóstico, se optimizó el tratamiento sintomático con sueroterapia intravenosa, analgesia intravenosa con paracetamol y opiáceos de rescate, control glucémico estricto entre otras medidas; y se ingresó a cargo de Digestivo. Una vez en planta y sin haber necesitado infusión de insulina iv ni plasmaféresis dada la buena evolución, se inició tolerancia oral con dieta estricta sin grasas y tratamiento con fenofibratos. Se completó el estudio con Tomografía Computarizada abdominal que mostró pancreatitis aguda intersticial de cola pancreática, sin litiasis ni dilatación de vía biliar ni complicaciones locales.
9. Resolución: Al séptimo día de hospitalización, presentando una óptima evolución clínico-analítica con resolución del dolor y descenso de los niveles de colesterol a 244 mg/dl y triglicéridos 884 mg/dl; se decidió alta a domicilio con estricto control de factores de riesgo cardiovasculares de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

- La hipertrigliceridemia es una causa poco común de pancreatitis aguda, pero su sospecha clínica es clave para un diagnóstico y manejo adecuados.
- Inicialmente, el diagnóstico presuntivo es clínico y es frecuente que los marcadores pancreáticos no estén alterados. La medición de forma precoz de triglicéridos y el colesterol total en sangre ayudan a confirmar la sospecha.
- El manejo inicial de la pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia sin datos de mal pronóstico es igual al de cualquier otro origen etiológico.
- La infusión de insulina intravenosa en pacientes con datos de mal pronóstico es el manejo de elección, quedando en un segundo plano la plasmaféresis y prácticamente en desuso la infusión de heparina intravenosa.

P. #871

NO SÓLO UN ACCIDENTE LABORAL

Raquel García Hernández, Álvaro Pineda Torcuato, Mónica Enriquez Botas, Giselle Santos Rielo, Alicia San Martín Espinosa, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 con mal control y complicaciones asociadas. Acude por presentar, tras accidente laboral en el que el paciente cayó hacia atrás contra el suelo, deterioro progresivo del estado general junto con dolor a nivel de hipogastrio, dolor lumbar e imposibilidad para la deambulación, junto con edema en miembros inferiores, incontinencia urinaria de esfuerzo y estreñimiento.

A la exploración, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y con regular estado general, Estando consciente y orientado en todo momento. En la exploración abdominal presenta abdomen distendido con dolor difuso a la palpación; en la exploración neurológica se encuentra bradilálico y bradipsíquico, con fuerza II/V en miembros superiores e inferiores, así como hipostesia en los cuatro miembros, siendo el resto de la exploración normal.

Ante clínica compatible con paraplejia aguda en relación cronológica con traumatismo y con afectación esfinteriana, se decide realizar resonancia magnética panespinal, en la que no se aprecia lesión medular. Resto de pruebas complementarias se aprecia leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda y fracaso renal agudo, así como hiperglucemia simple, con sedimento de orina normal y con resultado positivo para cocaína. Ante estos hallazgos y dada la clínica del paciente, se decide además, realizar TAC abdominal para descartar patología infecciosa intraabdominal, siendo finalmente diagnosticado de pielonefritis aguda.

Finalmente el paciente ingresa en planta de Medicina Interna para valorar evolución y seguimiento, siendo finalmente dado de alta con juicio clínico de pielonefritis aguda, debilidad en miembros inferiores sin datos de lesión medular, en probable relación con patología funcional en paciente con consumo de tóxicos y probable trastorno de la personalidad.

CONCLUSIONES

En este caso se presenta la importancia de una rápida actuación en el caso de patologías medulares, sobre todo tras traumatismos en dicha localización, siendo de suma importancia la realización de una prueba de imagen que permita diagnosticar lesión medular en caso de existir.

Por otra parte, es importante además una anamnesis y exploración cautelosa en este tipo de pacientes,, ya que muchas veces es difícil llegar a un diagnóstico de certeza, siendo necesarias diversas pruebas complementarias para cerciorarnos de que se trata de un cuadro funcional sin patología estructural subyacente.

P. #876

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Carlos Rivero Pigne, Macarena Núñez Cueto, María Paz Ortega Mercader, Jorge Blanco Briones, Xavier Xipell Font, Luis Vicente Sáenz Casco

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1. Motivo de consulta: hipertermia y bajo nivel de consciencia.
2. Antecedentes personales: trastorno esquizoafectivo en tratamiento con paliperidona, clonazepam y olanzapina.
3. Episodio actual: varón de 54 años que acude a Urgencias remitido por equipo de Urgencias Extrahospitalarias tras ser hallado en vía pública en contexto de bajo nivel de consciencia, trabajo respiratorio, episodio convulsivo e hipertermia de 40.3oC.
4. Exploración física:
   - Constantes: temperatura 40.3ºC, presión arterial 151/48, frecuencia cardíaca 116 latidos por minuto, saturación oxígeno 98% con mascarilla a 12 litros por minuto.
   - Regular estado general, hidratado y normoperfundido. Disneico en reposo. Bajo nivel de consciencia, respondiendo a estímulo verbal. Glasgow 10/15. Signos de kerning y brudzinski dudosamente positivos.
   - Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado.
5. Pruebas complementarias:
   - Analítica de sangre: glucosa 231, creatinina de 1.82, urea 32, sodio 134, AST 37, ALT 31, GGT 31, LDH 278, Proteína C reactiva 0.11, procalcitonina 0.08 y creatina kinasa 73.600, resto de bioquímica en rango. Leucocitos 10.25, resto de hemograma en rango.
   - Analítica de orina: leve hematuria, leve proteinuria. Benzodiacepinas y cannabis positivo.
   - Gasometría venosa: pH 7.37, pCO2 35.9, HCO3 20.10, potasio 4.6, sodio 137, lactato 53.
   - Coagulación sanguínea: tiempo de protrombina 1.28, resto en rango.
   - Tomografía computarizada craneal: sin signos de patología aguda intracraneal. No otros hallazgos.
   - Punción lumbar: proteinorraquia con glucorraquia elevada y 7000 hematíes/campo.
6. Evolución: a su llegada a urgencias pasó a box de críticos, se procedió a estabilización del paciente con medidas antitérmicas tanto físicas como farmacológicas. Se llevó a cabo reposición de volumen y se pautó antibioterapia con intención de cubrir infección del sistema nervioso central. Permaneció en observación de Urgencias, pendiente de evolución.
7. Juicio clínico: probable infección de sistema nervioso central versus síndrome neuroléptico maligno.
8. Plan: durante su estancia en Urgencias, el paciente persistía con temperatura elevada a pesar de medidas antitérmicas. Se realizaron nuevos análisis, donde se objetivó:
   - Analítica de sangre: glucosa 102, creatinina 1.57, urea 35, sodio 139, potasio 3.9, cloro 106, AST 745, ALT 261, proteína C reactiva 0.22. Leucocitos 14.02 10.
   - Coagulación sanguínea: tiempo de protrombina 1.6.

• Gasometría venosa: pH 7.36, sodio 142.00, potasio 3.80, cloro 109.00, lactato 17.00.

Debido a la ausencia de mejoría clínica, diaforesis y tendencia a la hipotensión, y al empeoramiento analítico, se realizó valoración conjunta con Servicio de Medicina Intensiva y se cursó ingreso en su Unidad.

9. Resolución: Durante las primeras 72 horas, desarrolló rabdomiólisis con cifras de creatina kinasa de hasta 150.000, fracaso hepático y renal agudo y con diuresis conservada de origen prerrenal +/- parenquimatoso secundario a lo previo. Se llevó a cabo reposición de volumen sin necesidad de soporte vasoactivo ni ventilatorio. Al tercer día de hospitalización, el gram y cultivo de líquido cefalorraquídeo fueron negativos, ante la mejoría clínica clara y exploración física poco compatible con infección del sistema nervioso central fue trasladado a planta de hospitalización para estudio dirigido, por la alta sospecha de Síndrome Neuroléptico Maligno precipitado por deterioro de función renal y/o golpe de calor.

CONCLUSIONES

• El síndrome neuroléptico maligno es una patología infrecuente que se caracteriza por cambios en el estado mental, rigidez muscular, hipertermia, síntomas catatónicos y diaforesis.
• Tras excluir otras entidades compatibles con la clínica, el síndrome neuroléptico maligno se postuló como la principal hipótesis diagnóstica.
• Cabe destacar la importancia de tener en cuenta efectos adversos de fármacos antipsicóticos.

P. #877

LESIONES CUTÁNEAS A ESTUDIO

Irene Corral Flores, Javier Cabañas Morafraile, David García Gacimartín, Raquel Rodríguez Sánchez, Alba García-Páramo Bernáldez, Javier De Arístegui Bengoechea

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años, sin alergias conocidas, en seguimiento por Medicina Interna por lipodermatoesclerosis, déficit de vitamina B12, ácido fólico y vitamina D. Fumadora, hipertensa y con obesidad. Trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho e insuficiencia venosa crónica. Hermana diagnosticada de artritis psoriásica. En tratamiento con ácido acetilsalicílico, enalapril, tramadol/paracetamol, pantoprazol, hidroferol, ácido fólico y cianocobalamina.

Acudió por cuadro de debilidad muscular simétrica y proximal en cinturas escapular y coxofemoral, con acorchamiento en muslos, y buena respuesta a corticoides que su médico le había pautado por sospecha de Artritis Reumatoide. Asociaba epigastralgia y lesiones cutáneas autolimitadas a nivel abdominal, interocular, en miembros inferiores, y articulaciones interfalángicas y algún pico febril aislado de 38.5°C, disnea y sensación de agujetas en muslos al subir escaleras. Negaba otra clínica por aparatos. Tras retirada voluntaria de corticoides, por sensación de mareo, recidiva de síntomas.

A la exploración destaca presencia de lesiones violáceas en abdomen, tórax e interocular, y placas descamativas no pruriginosas en articulación interfalángica. Dolor a la palpación en brazos y muslos, con limitación de movilidad.

Ante esta paciente, se nos sugería la posibilidad de que se tratara de una miopatía con el siguiente diagnóstico diferencial: miopatía inflamatoria idiopática, miositis farmacológica, mialgias por cuadro infeccioso u otras miopatías

Se realizó estudio inicial en Urgencias con analítica sanguínea en la que llamaba la atención elevación de LDH y CK, 526 mg/dl y 3274 U/L con afectación del perfil hepático y se solicitaron estudios de imagen que resultaron sin hallazgos de interés. De la misma forma se solicitó PIC a Dermatología que realizó biopsia de las lesiones. El resto de pruebas complementarias solicitadas (perfil tirodieo, complemento, serologías, marcadores de autoinmunidad y marcadores tumorales) tendrían sus resultados durante los siguientes días.

Por tanto, y ante sospecha de dermatomiositis el paciente ingresó a cargo de Medicina Interna. Una vez en planta, salieron los resultados que dieron el diagnóstico definitivo Ac IgG antiPML Positivo fuerte, Ac IgG antiSp-100 Positivo fuerte, Ac antinucleares IgG (IFI células HEp2) Positivo, Ac IgG antiNXP2 Positivo fuerte.

Asimismo, se realizó despistaje neoplásico mediante pruebas de imagen (TC Body), descartándolo; así como un electromiograma que confirmó la afectación miopática simétrica proximal de probable origen inflamatorio. Tras mejoría de la sintomatología y una vez realizado el estudio, la paciente fue dada de alta pendiente de iniciar el tratamiento corticoideo hasta obtener los resultados de la biopsia y tener en cuenta los efectos adversos de la inmunosupresión (osteoporosis, infecciones oportunistas, reactivaciones de Strongyloides stercoralis), con cita en Medicina preventiva para vacunación necesaria.

CONCLUSIONES

Destaca la importancia de una buena anamnesis y exploración, que puede dirigirnos a un diagnóstico de sospecha adecuado y con ello a solicitar las pruebas complementarias de forma dirigida. El inicio de dicho camino diagnóstico puede tener lugar en el Servicio de Urgencias.
Se debe revisar y asegurar de forma exhaustiva los fármacos y productos de parafarmacia que toman nuestros pacientes, al ser responsables de un muy amplio número de patologías secundarias a los mismos.
Los pacientes que van a recibir o que reciben tratamiento inmunosupresor son subsidiarios de complicaciones secundarias al mismo. Es importante tenerlo en cuenta al encontrarnos ante uno de ellos.

P. #880

IMAGEN DE NEUMOPERITONEO EN RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN CONTEXTO DE PERFORACIÓN INTESTINAL

Andrea Cacabelos Dios[1], Ana Ordóñez Pastor[1], Adrián Lorencio Sánchez[1], Carlos Vizcay Aranaz[2], Eduardo Sánchez Fernández[1]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años. Antecedente de esófago de Barrett con displasia de alto grado en tratamiento con radiofrecuencia y resección por gastroscopia realizada hace un mes en otra comunidad autónoma. Acude a Urgencias por dolor abdominal con aumento progresivo de siete días de evolución. Asocia náuseas y vómitos. Deposiciones diarreicas en escasa cantidad. Sensación febril no termometrada. En la exploración destaca un regular estado general con palidez cutánea. Taquicardia a 119 latidos por minuto. Afebril. Dolor a la palpación a nivel abdominal generalizado, con defensa abdominal, focalizado sobre todo en epigastrio. Analíticamente destaca un lactato y reactantes de fase aguda elevados. Radiografía abdominal anodina, pero en radiografía torácica se objetiva presencia de neumoperitoneo derecho. Tras hallazgos radiológicos se solicita una Tomografía Computarizada (TC) abdominal confirmando neumoperitoneo de predominio anterior y derecho, siendo compatible con perforación intestinal, y observando hallazgos sugestivos de absceso y presencia de líquido libre en pelvis menor. Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro, se continúa fluidoterapia y se comenta caso con Cirugía General que deciden intervención quirúrgica de urgencia.

CONCLUSIONES

El neumoperitoneo se define como la presencia de aire libre en el interior de la cavidad peritoneal. Generalmente resulta de una rotura de vísceras huecas intraperitoneales, que requiere intervención quirúrgica. Sin embargo, una pequeña proporción de casos se presentan sin evidencia de perforación, considerándose espontáneos. En el caso de nuestro paciente, probablemente ha podido ser debido a la resección a nivel del esófago realizada por Gastroscopia.
La perforación intestinal es una pérdida de continuidad de la pared intestinal, que puede ser debido a traumatismo, instrumentación, inflamación, infección, neoplasia maligna, isquemia y/o obstrucción. El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir su morbimortalidad asociada. La mayoría de los casos requerirán de tratamiento quirúrgico, siendo más probable si se acompañan de sepsis y/o peritonitis.
Me parece interesante resaltar que en este caso la radiografía abdominal en decúbito y bipedestación era anodina, sin niveles hidroaéreos, objetivando la presencia de neumoperitoneo en la radiografía de tórax. Siendo claramente ese hallazgo radiológico, junto con la clínica acompañante del paciente y la exploración abdominal con presencia de importante defensa abdominal, los pilares fundamentales para solicitar un TC y lograr el diagnóstico

definitivo de perforación intestinal. En esta ocasión, solicité la radiografía torácica al tratarse de un dolor generalizado y focalizado a nivel epigástrico, pero debemos reconocer que no se suele solicitar por rutina a todos los abdómenes agudos una radiografía de tórax, que ha terminado siendo clave en este caso clínico, para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

P. #887

ME CAÍ DE LA MOTO Y DESDE ENTONCES NO ME ENCUENTRO COMO ANTES

Vicente Pla Jiménez, Noelia Arroyo Pardo, Helena Serrano Llop, Alma Pardo Ribera, Ignacio Ibáñez Soria, Luis Vicente Sáenz Casco

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1. Motivo de consulta (MC):
Imposibilidad para caminar y visión doble.
2. Antecedentes personales (AP):
Lumbalgia mecánica tras caída desde motocicleta en enero/2024. Obesidad.
3. Enfermedad actual (EA):
Varón de 17 años, original de Honduras (en España desde hace 8 meses), consulta en Urgencias en dos ocasiones (días consecutivos) por lumbalgia mecánica sin alteraciones radiológicas con buena respuesta analgésica. Regresa 10 días más tarde, presentando además imposibilidad para la deambulación, parestesias y pérdida de sensibilidad de miembros inferiors (MMII), disfunción eréctil, tenesmo vesical y rectal, y visión doble (objetivandose él en domicilio "parálisis del ojo izquierdo").
4. Exploración física (EF):
- Constantes (CTES): Tensión arterial (TA) 175/100mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 88lpm, saturación de O2 basal (sat.O2) 98%, y temperatura (Tª) 37.1°C.
- Aceptable estado general. Normocoloreado, perfundido e hidratado. No lesiones externas visibles. Dolor a la palpación lumbar baja.
- Neurológica (NRL): Glasgow 15/15, consciente y orientado en las 3 esferas, sin alteraciones en el lenguaje, ni signos de confusión, agitación ni letargia. Pupilas isocóricas y normorreactivas (PICNR). No nistagmo. En campimetría por confrontación se evidencia diplopía binocular en relación con oftlamoplejia internuclear izquierda con imposibilidad de abducción del ojo izquierdo al mirar hacia izquierda, resto de pares craneales (PPCC) sin alteraciones. Fuerza en miembros superiors (MMSS) simétrica y conservada. Imposibilidad de levantamiento contra gravedad de MMII, con hipoestesia generalizada y alteración de percepción del dolor y temperatura, y nivel sensitivo infraumbilical. Reflejos osteotendinosos (ROT) poco evocables. Babinsky indiferente.
5. Pruebas complementarias (PC):
- Analítica (AS): Glucosa 272mg/dl, función renal e ionograma en rango. Leucocitosis de 16.000/µl con neutrofilia. Resto de hemograma y coagulación no alteradas. PCR 1.15mg/dl. PCT 0.12ng/ml.
- Tomografía (TC) cerebral y angio-TC de troncos supraaórticos: Sin signos de patología aguda intracraneal, ni defectos de repleción de gran vaso ni en arterias de mediano calibre.
6. Evolución:
En Urgencias se optimiza analgesia y se descarta patología vascular aguda. Ante febrícula se extraen cultivos microbiológicos y se intenta realizar punción lumbar (PL), sin éxito tras múltiples intentos. Se inicia cobertura empírica para neuroinfección.

Durante su estancia en Urgencias impresiona de progresión clínica hacia miembro superior izquierdo (MSI), por lo que ante la gravedad de la clínica se decide ingreso en Intensivos (UCI) para manejo y vigilancia. Durante su estancia en UCI, se intenta salida a planta de Medicina Interna (MIN), pero ante mal manejo del dolor y dudosa progresión reingresa tras 24h.
7. Juicio clínico (JC):
- Paraparesia subaguda con disociación sensitiva, y
- Oftlamoplejia internuclear izquierda.
8. Plan:
Se completa el estudio por imagen, y en la resonancia se objetiva una lesión ocupante de espacio (LOE) lumbar, comprimiendo cola de caballo, desde L1 a L5 (ambas inclusive). Sospechándose, por comportamiento radiológico y localización, de un ependimoma.
9. Resolución:
Se realiza laminectomía T11-L3 con resección tumoral intradural T11-S1 y fijación transpedicular T12-L3 (artrodesis bilateral con sistema Reline Nuvasive) mediante control radioscópico. Durante su estancia postoperatoria en UCI, recupera sensibilidad superficial y dolorosa, y parcialmente fuerza en MMII, quedando pendiente de larga rehabilitación.

CONCLUSIONES

- El ependimoma es un tumor medular atípico que puede presentarse a cualquier nivel axial, aunque la presentación más frecuente es en la región lumbar. Las metástasis extraneurales son atípicas, aunque puede existir afectación intracraneal.
- La presentación clínica más frecuente es dolor intenso que puede durar meses o años hasta que aparecen déficits neurológicos.
- El medio de imagen diagnóstico de elección es la RNM.
- La cirugía suele ser la primera línea de tratamiento. Posteriormente se puede complementar con radioterapia coadyuvante.

P. #888

INSPECCIÓN Y PALPACIÓN: CLAVE EN LA EXPLORACIÓN ABDOMINAL

Irene Corral Flores, Javier Cabañas Morafraile, Estíbaliz Garrido Leal, Celia Molero De Ávila Martín Maestro, Francisco Javier Toledano Villar, María Gijón Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 86 años, sin alergias conocidas, con historia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, adenoma de próstata, dilatación pielocalicial bilateral, anemia normocítica normocrómica crónica; y reciente ingreso por hematuria. Portador de sondaje vesical permanente. Intervenido de hernioplastia inguinoescrotal derecha.
Durante el mes anterior a nuestra valoración, acudió en tres ocasiones por cuadro de ITU y bradicardia, siendo pautado de forma empírica cefalosporinas y solicitándosele urocultivos. A la nueva consulta, se le envía por clínica de dolor abdominal y aparición de lesiones periumbilicales descritas como pústulas, refiriendo el paciente varios días de evolución de astenia, sin otra sintomatología asociada.
En la exploración física destaca malestar generalizado a la palpación abdominal, mayor a nivel umbilical, donde se palpa una masa irregular, indurada, de consistencia pétrea y adherida. Se observan lesiones cutáneas de tipo nódulos infiltrativos eritematosos agrupados con escoriación central y costra melicérica en uno de ellos. Miembros inferiores con edemas bilaterales con fóvea, ligeramente mayor en izquierdo.
El diagnóstico diferencial que manejamos fue el de posible ITU complicada por microorganismo multirresistente sumado a masa abdominal con infiltración cutánea que, si bien la sospecha inicial era neoplásica, no se podía descartar una hernia complicada u otras patologías de la piel como el impétigo ampolloso o el Síndrome de Sweet.
En base al diagnóstico diferencial se solicitó analítica sanguínea con elevación de reactantes de fase aguda (PCR 121.9 mg/l , PCT 0.35ng/ml), sistemático de orina en el que se puso de manifiesto Leucocituria 500/microL y bacteriuria moderada.
En los estudios de imagen se descartaron signos de obstrucción intestinal en la radiografía de abdomen.
Asimismo, y ante sospecha de metástasis cutánea se solicitó interconsulta a Dermatología, que realizó biopsia cutánea por coincidir con nuestra sospecha clínica inicial.
Finalmente, se solicitó TC abdomino-pélvico que dio el diagnóstico de lesión pancreática hipodensa, de bordes tenuemente hiperdensos en cuello y cuerpo (41x68x35mm), amputando vena esplénica y englobando las ramas del tronco celiaco a nivel de su origen, compatible con neoplasia pancreática primaria. Moderada cantidad de líquido libre en relación con carcinomatosis peritoneal. Lesiones de aspecto nodular en tejido celular subcutáneo de la pared abdominal anterior y en contacto con peritoneo anterior, con densidad tejidos blandos, en relación con implantes tumorales.
Con diagnóstico, por tanto, de probable neoplasia pancreática primaria estadio IV, e infección de tracto urinario por P stuartii AmpC sensible a carbapenémicos (en base a cultivos previos);

el paciente ingresó en planta de hospitalización y, en consenso con familiares, se decidió tratamiento por cuidados paliativos, produciéndose exitus letalis a los 9 días del mismo.

CONCLUSIONES

La valoración integral del paciente en urgencias es fundamental. Pese a que en las últimas visitas el paciente siempre era diagnosticado de ITU y la clínica referida por el paciente era inespecífica, gracias a la valoración y exploración sistemática y completa, se planteó la posibilidad de que nos encontráramos ante una patología independiente a estudiar.

El trabajo multidisciplinar en equipo entre Urgencias, Dermatología y Radiología, fue clave para el diagnóstico de la patología de nuestro paciente, quien, a pesar de que por circunstancias no era beneficiario de tratamiento curativo, permite respetar los principios básicos de no maleficencia y autonomía, administrándose un tratamiento paliativo y de acompañamiento en sus últimos días, sin ensañamiento terapéutico.

P. #893

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA: CRISIS HEMOLÍTICA DESENCADENADA POR INFECCIÓN VIRAL

Rosa Luna Zamora[1], Flora Luna Zamora[2], Ana María Moyano Sánchez[3]

1. Hospital Costa del Sol, Málaga, España
2. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
3. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 30 años acude a Urgencias en dos ocasiones durante un intervalo de tres semanas. En la primera consulta, presenta ictericia progresiva, fatiga intensa y orina oscura, síntomas que siguen a una infección viral respiratoria reciente. Después de recibir tratamiento y mejora temporal, dos semanas después regresa con un cuadro similar, pero más grave: signos de palidez, nuevamente ictericia y un notable aumento de la fatiga. Refirió antecedentes de palidez crónica y esferocitosis en su historial médico.

Exploración física: Tensión arterial 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca 92 lpm, temperatura 37.5°C. Estado general: Paciente con signos de anemia, palidez moderada, ictericia en escleras y piel. Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, sin hepatomegalia ni esplenomegalia evidentes. Extremidades: sin lesiones cutáneas ni edemas.

Pruebas complementarias: hemograma: Leucocitos 7,500/µL, hemoglobina 8.5 g/dL, hematocrito 28%, volumen corpuscular medio (VCM) 85 fL. En frotis sanguíneo: Esferocitos característicos y poiquilocitosis. Bilirrubina total: 5.2 mg/dL (con predominio de bilirrubina indirecta). Pruebas de función hepática: Dentro de los límites normales.

Interconsulta a Hematología:

El caso fue remitido a Hematología para evaluación del trastorno hematológico y la posible crisis hemolítica aguda secundaria a la infección viral.

Juicio clínico: Crisis hemolítica aguda en el contexto de esferocitosis hereditaria, desencadenada por infección viral.

Diagnóstico diferencial:

1. Hepatitis viral: Ictericia y orina oscura debido a daño hepático viral, con transaminasas elevadas.
2. Síndrome urémico hemolítico (SUH): Hemólisis, insuficiencia renal aguda y trombocitopatía generalmente por infecciones bacterianas.
3. Malaria: Hemólisis aguda por la destrucción de glóbulos rojos por el parásito Plasmodium.

Bibliografía:

- Gallagher PG. Hereditary spherocytosis: diagnosis and treatment. Hematology. 2016;21(8):486-492. doi:10.1182/hematology.20160045.
- López-Fernández MF, González-González A, Gómez-Cardeñosa A. Esferocitosis hereditaria y crisis hemolítica aguda: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Hematol Mex. 2020;21(3):114-119. doi:10.1016/j.rhm.2020.02.003.

CONCLUSIONES

La esferocitosis hereditaria es una enfermedad hematológica autosómica dominante que se caracteriza por un defecto en las proteínas de la membrana de los glóbulos rojos, lo que lleva a la formación de esferocitos. Estos glóbulos rojos anormales son más susceptibles a la destrucción en el bazo, lo que puede provocar crisis hemolíticas. Estas crisis pueden ser desencadenadas por infecciones virales u otros factores estresantes, y la intervención temprana es crucial para evitar complicaciones graves como la insuficiencia renal aguda o la necesidad de transfusiones sanguíneas. El diagnóstico temprano y un manejo adecuado durante los episodios agudos son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de complicaciones crónicas en los pacientes con esta enfermedad. Este caso destaca la importancia de reconocer los factores desencadenantes de la crisis hemolítica y la necesidad de intervención rápida para tratar la hemólisis y la anemia asociada.

P. #898

IMPORTANCIA DE LA GASOMETRIA EN URGENCIAS A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA

Patricia González Cuadrado, María Gutiérrez De Antonio, Elena Santa Isabel Martínez, Sergio Obregón Muñoz, Marina Esther Cillanueva Ortiz, Mercedes Moreno López

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se expone el caso de un varón de 60 años que acude a urgencias por disnea de 12 horas de evolución asociando dolor centrotorácico. Tendencia al sueño. No come desde hace 4 días. Estreñimiento de 3 días. No ventoseo. No nauseas ni vómitos. No dolor abdominal. No fiebre. Refiere cuadro catarral de un mes de evolución con tos y expectoración.

Entre los antecedentes del paciente destaca: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia. Fumador y bebedor habitual de al menos 2L de licor al día. Desde hace dos meses no realiza tratamiento.

A la exploración el paciente se encuentra consciente y orientado, taquipneico y con la piel y las mucosas deshidratadas. Tensión arterial 162/99mmHg, frecuencia cardiaca 108lpm, saturación de oxígeno 98%. Afebril. Glucemia 260mg/dl. A la auscultación cardiopulmonar, rítmico, taquicárdico, con murmullo vesicular disminuido en ambas bases. Abdomen no doloroso con tacto rectal con heces en ampolla, sin palparse fecaloma. No edemas en miembros inferiores.

Se inicia tratamiento con sueroterapia, hidrocortisona, un bolo de insulina intravenosa, tiamina intramuscular y nebulizaciones con bromuro de ipratropio en espera de los resultados de las pruebas complementarias.

En la analítica realizada a su llegada, presenta una gasometría arterial con un pH 7, pCO2 12mmHg, HCO3 3mmol/L, EB -26,3mmol/L y un lactato de 4,8mmol/L. Anión GAP 31,6. Indice Cl/Na normal. Del resto de la analítica destaca una ligera neutrofilia sin leucocitosis. Glucemia 282mg/dL, Proteína C reactiva de 1,63mg/dL, Creatinina 1,18, amilasa 640U/L y lipasa 972U/L. Etanol negativo. Cuerpos cetónicos de 7. Virus respiratorios positivo para Covid-19.

En electrocardiograma presenta ritmo sinusal a 100lpm sin otros hallazgos. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos relevantes.

Dado los resultados de las pruebas complementarias se continúa con sueroterapia, se inicia bomba de insulina y bicarbonato 1M. Se realiza un control gasométrico a la hora con pH 7,28, pCO2 16mmHg, HCO3 7,5, EB -16,6 y lactato 3,4mmol/L. Finalmente ingresa en la planta de Medicina Interna con un pH 7,33 con diagnóstico de pancreatitis aguda moderadamente grave de probable etiología alcohólica con acidosis metabólica secundaria a lo previo y/o cetoacidosis diabética. Durante el ingreso evoluciona favorablemente siendo dado de alta a la semana.

CONCLUSIONES

La gasometría es de gran utilidad ya que aporta de forma rápida gran cantidad de información (nivel de oxigenación, ventilación, equilibrio ácido-base, estado de perfusión…). Refleja tanto la severidad de patologías sistémicas, como alteraciones metabólicas secundarias a la agudización de patologías previas que pueden influir en el deterioro del estado hemodinámico, neurológico y respiratorio por distintos mecanismos. La correcta interpretación de la gasometría permite iniciar el tratamiento más adecuado para cada paciente. En este caso, tras valorar el resultado de la gasometría nos permite identificar una acidosis metabólica pura. Esto, junto con la historia clínica, la exploración y el resto de pruebas complementarias nos sugiere que el estado de gravedad de nuestro paciente es secundario a una alteración de origen metabólico secundaria a otra patología, y no es debido a una infección de origen respiratorio. Tras la interpretación de las pruebas complementarias se inicia el tratamiento de la acidosis metabólica moderada-severa en el Servicio de Urgencias permitiendo su ingreso en planta tras 8h. De esta forma se ha evitado un ingreso en Medicina Intensiva, con el riesgo de complicaciones que este conlleva. Demostrando así la importancia de la gasometría en el Servicio de Urgencias, no sólo para patologías respiratorias.

Por último, reseñar la utilidad que supone disponer de un gasómetro en un Servicio de Urgencias, puesto que la muestra puede alterarse en el traslado al laboratorio, impidiendo su correcta interpretación. Además permite un inicio inmediato del tratamiento.

P. #907

DOCTORA, ME DUELE LA CABEZA Y YA NO AGUANTO MÁS

Irene Cesteros Martín, Cristina García López, Vanisha Lilaram Lachmandas, Marta Bosa Santana, Raquel Pérez Jiménez

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Cefalea continua de un mes de evolución y malestar general.
Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos.
No antecedentes médicos.
Artroscopia de rodilla para reconstrucción de ligamento cruzado y menisco izquierdo (2023).
No tratamiento actual.
Historia actual:
Varón de 27 años que acude al servicio de urgencias en varias ocasiones por cefalea en el último mes. Acude nuevamente al Servicio de Urgencias Hospitalario por cefalea que describe como continua localizada en región frontal y retroocular, de carácter opresivo y a veces punzante; intensidad de 10/10 en la Escala Visual Analógica del dolor (EVA), que además empeora con maniobras de Valsalva; con respuesta parcial a analgesia de primer escalón. Cuenta síntomas asociados de sonofobia, náuseas, vómitos e inestabilidad, que describe como sensación de "ir en un barco" de forma continua.
Desde el inicio del cuadro hace más de un mes, asocia síntomas sistémicos consistentes en artralgias y tiritona sin uso de termómetro en domicilio.
Durante este mes ha recibido tratamiento antibiótico con amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, prescrito en atención primaria unas 3 semanas antes de la consulta de hoy.
Exploración física:
Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos.
Exploración neurológica: consciente, orientado y colaborador. Sin alteraciones del lenguaje. Pares craneales indemnes. Balance muscular conservado, sin claudicación ni pronación de extremidades en las maniobras antigravitatorias. Sensibilidad tactoalgésica normal. No dismetrías en las maniobras dedo-nariz. Discreto aumento de la base de sustentación a la deambulación. Ausencia de signos meníngeos.
Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: elevación de proteína C reactiva.
Tomografía craneal (TC): No signos de sangrado intracraneal agudo. Sistema ventricular de márgenes, dimensiones y morfología conservada. Adecuada diferencación córtico-subcortical.
No desplazamiento de estructuras a través de la línea media. Cisternas basales amplias, libes y no distorsionadas. Conclusión: estudio sin hallazgos patológicos.
Analítica de líquido cefalorraquídeo (LCR): leucocitosis con predominio mononuclear. Glucosa 16 mg/dL. Tinción de Gram negativa.
Radiografía de tórax sin hallazgos de interés.
Diagnóstico: Meningitis linfocitaria a estudio

Plan:
Ante sintomatología de cefalea persistente comentada por el paciente y ante sospecha de que los episodios de tiritona y artralgias sean fiebre, se decidió realizar una TC y posteriormente se realizó una punción lumbar con hallazgo de elevación de mononucleares, por lo que se diagnostica de meningitis linfocitaria y se inicia tratamiento empírico con antibioterapia dado el hallazgo de consumo de glucosa. Se comentó el caso a neurología quienes proceden al ingreso del paciente.
Durante el ingreso se completa ciclo de antibioterapia empírica, por el antecedente de prescripción de varios ciclos de antibioterapia previamente, se sospechaba que se tratara de un caso de meningitis decapitada.
En sucesivas revisiones tras el alta, se demostraron todos los cultivos para bacterias, micobacterias y hongos negativos.

CONCLUSIONES

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias, por lo que siempre debemos estar atentos a los signos de alarma o "red flags" de la cefalea para poder identificar adecuadamente una cefalea de causa orgánica. En el caso de este paciente, que había consultado en varias ocasiones tanto en Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias Hospitalario, si bien la sintomatología es sugestiva de síndrome meníngeo, la ausencia de hallazgos en la exploración física puede llevarnos a pasar por alto diagnósticos potencialmente graves como en este caso, una infección del sistema nervioso central.

P. #913

UN DIAGNÓSTICO INESPERADO: ADENOCARCINOMA DE COLON AVANZADO CON METÁSTASIS HEPÁTICAS

Daniel Puente López, Irene Mate Martín, Abel Varela Herrero, Amaia Olasagasti Onaindia, Saúl Escudero Álvarez, Kelly Y. Rivero Araujo

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años, con dislipemia como único factor de riesgo cardiovascular y exfumadora desde hace tres meses (IPA 45 paquetes/año), acude al Servicio de Urgencias por cuadro de astenia y pérdida de peso de en torno a 5 kilogramos en los dos últimos meses. Refiere, además, dolor abdominal inespecífico a nivel de hipocondrio derecho desde hace 15 días.
Presenta buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas, afebril. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones. El abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, palpándose masa adherida a planos profundos en esa región. Blumberg negativo, Murphy dudoso.
En analítica sanguínea destacan: GOT 42, GPT 38, GGT 129, LDH 1085, bilirrubina total 1.3 mg/dL, proteína C reactiva 102.2 mg/L y procalcitonina 0.23 ng/mL. En hemograma, leucocitos 7700 µL con fórmula en rango, hemoglobina 8.1 g/dL y VCM 99.
Se realiza ecografía abdominal, donde se observan múltiples lesiones focales en ambos lóbulos hepáticos compatibles con metástasis y engrosamiento de la pared del colon a nivel de hipocondrio y flanco izquierdo, a valorar posible neoplasia de colon.
Ante las lesiones sugerentes de neoplasia en estadio avanzado, se cita a la paciente al día siguiente en la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR). En la consulta, tras la realización de TAC abdominal y estudio anatomopatológico, se confirma un adenocarcinoma infiltrante de colon transverso estadio IV con múltiples metástasis hepáticas, pendiente de valoración en comité de tumores para decidir conducta y tratamiento.
La paciente reacude 13 días después por aumento de dolor abdominal, pérdida de apetito, astenia intensa, asociando desde hace dos días ictericia cutánea y ocular, coluria y heces acólicas.
A la exploración mal estado general, ictérica y tendente a la hipotensión. Distensión abdominal con dolor generalizado en campos superiores, palpándose múltiples masas repartidas por todo el abdomen.
En analítica, se aprecia GOT 133, GPT 70, GGT 109, hiperbilirrubinemia de 9.13 mg/dL (directa 5.35, indirecta 3.8), proteína C reactiva 224.5 mg/L, procalcitonina 2.10 ng/mL. En hemograma, leucocitosis de 14800 µL (8% cayados, 82% segmentados), hemoglobina 5.5 g/dL y VCM 105.
Se pauta Ondansetron 4 mg, Dolantina 50 mg y Tazocel 4 gr intravenoso y se solicitan 2 concentrados de hematíes para transfusión urgente.
Se realiza nuevo TAC, identificándose aumento de grosor y captación mural respecto a previo, así como edema de la submucosa (signo del "halo del agua").
La paciente ingresa en Oncología con antibioterapia empírica

y sueroterapia intensiva debido a la rápida progresión de la neoplasia asociada a una sepsis de probable origen colestásico. Durante su estancia en planta, se realizan analíticas sucesivas donde se aprecia empeoramiento progresivo de transaminasas y aumento de hiperbilirrubinemia hasta 25.8 mg/dL (directa 18.6, indirecta 7.2). Además, se realiza colangio-RM, en la que se aprecia obliteración de la vía biliar intrahepática izquierda por metástasis hepáticas. Al ser el componente infiltrativo el predominante, la paciente no se pudo beneficiar de técnicas como la CPRE. Por todo ello, unido a un ECOG 3, se decide tratamiento sintomático, falleciendo la paciente 20 días después.

CONCLUSIONES

- Es primordial la valoración completa de síntomas inespecíficos como la astenia o la pérdida de peso de pequeña cuantía, ya que pueden desembocar en neoplasias malignas con una evolución rápida y fulminante.
- Con este caso clínico hemos querido también remarcar la importancia de la Unidad de Diagnóstico Rápido, donde el Servicio de Urgencias puede derivar pacientes cuya sospecha diagnóstica requiere de un rápido estudio y tratamiento.

P. #924

UNA SINUSITIS ATÍPICA

Natalia Muñoz Pinto, María Pérez Olmedo, Alba Teresa Martín Rayo, Elena García Losana, Diego José Castrillon Rodríguez

CHUT, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 18 años, asmática como único antecedente de interés y en tratamiento con anticonceptivos orales (ACHOS): Acetato de Ciproterona /Etinilestradiol

Acude a urgencias, por presentar crisis convulsiva tónico clónica generalizada. Se asiste a la paciente en box vital, administrándose 1 g de levetiracetam y 10 mg de midazolam con resolución del cuadro, pero con bajo nivel de consciencia por lo que se procede a la intubación orotraqueal (IOT). Se realiza TAC cerebral urgente sin contraste intravenoso (CIV) donde no se objetivan alteraciones intracraneales.

Su madre refiere que la paciente llevaba 4 días presentando intensa cefalea holocraneal refractaria a analgesia y fiebre de hasta 38.5°. Además, ese mismo día, había presentado en domicilio 3 crisis de similares características.

A la exploración, se mantiene estable hemodinamicamente con ligera tendencia a la hipotensión en torno a 100/55. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Neurológicamente, mantiene Glasgow 3/3 en relación con sedoanalgesia por IOT, pupilas isocoricas normorreactivas, y destaca marcada rigidez de nuca.

Analíticamente, destaca elevación de reactantes de fase aguda, así como leucocitosis a expensas de neutrofilia. Se realiza punción lumbar diagnostica, y se administra Ceftriaxona 2 g iv empíricamente.

Se amplia estudio con TC cerebral con CIV y TC de senos venosos, donde se objetiva una pansisnusitis, una trombosis del seno venoso longitudinal y una hipodensidad frontal derecha con ingurgitación vascular asociada, que condiciona leve efecto de masa. Pudiendo estar este último hallazgo en relación con cerebritis incipiente o con infarto venoso secundario a trombosis.

Se procede al ingreso en UVI de la paciente, donde mantiene IOT con sedoanalgesia y se mantiene tratamiento con levetiracetam + lacosamida, antibioterapia empírica con ceftriaxona 2g iv y HBPM a dosis de 60 mg/12 horas. Se reliza punción de senos obteniéndose liquido purulento, por lo que se asocia clindamicina 500 mg iv empíricamente.

Durante el ingreso, la paciente presenta varios episodios de crisis hipertónicas de predominio axial con hipertensión y taquicardia asociada, por lo que se realiza ECG donde se observa encefalopatía lenta difusa de grado grave en contexto de sedación, sin registrarse datos sugerentes de un estatus epiléptico no convulsivo ni clara actividad intercrítica.

Se realiza RM cerebral donde se evidencia pequeña colección subdural frontobasal paramediana derecha compatible con empiema.

Tras 6 días de ingreso en UVI, se consigue retirar IOT a la paciente, manteniéndose estable hemodinamicamente y afebril. Neurológicamente, se mantiene consciente y orientada, bradipsiquica y sin focalidad neurológica. Por tanto, dada le buena evolución de la paciente se procede traspaso a

Neurocirugía.
Ante el riesgo de perpetuación de la infección y de comunicación naso- cerebral vía seno frontal, se decide cirugía urgente para toma de muestras, evacuación de la infección y cranealización de senos frontales.
Se revisan resultados microbiológicos de punción lumbar, de senos y de muestra de cirugía, que resultan negativos. Se amplio estudio con anticuerpos anti neuronales que también resultaron negativos.
La paciente evoluciono clínicamente favorable, se realizo RM cerebral de control donde se observo resolución del proceso y tras 5 semanas de antibioterapia iv se decidió alta a domicilio con lacosamida 200 mg cada 12 horas hasta revisión.

CONCLUSIONES

Por tanto, se diagnostica una meningitis infecciosa secundaria a foco otorrinolaringológico de germen no filiado, complicada con cerebritis abcesificada y trombosis de senos venosos.
No obstante, esta segunda complicación también podría estar justificada por el antecedente de toma de ACHOS de la paciente, siendo esta la causa mas frecuente de trombosis de senos venosos en mujeres jóvenes.

P. #927

CONFUSIÓN Y DESORIENTACIÓN EN PACIENTE MAYOR CON INFECCIÓN URINARIA: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Daniel Puente López, Irene Mate Martín, Enrique Romero Sánchez, Guadalupe Isabel Guzmán Caro, María Nuria Álvarez Díez, Saúl Escudero Álvarez

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes y enfermedad actual: Nuestra paciente es una mujer de 83 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria con hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica 3B y estenosis aortica severa como principales antecedentes clínicos. La paciente había consultado con su médico de Atención Primaria tres días antes de su visita a Urgencias por clínica miccional asociando fiebre y malestar general, con tira de orina positiva, para lo que se pautó Cefuroxima como tratamiento domiciliario. A nuestro Servicio acude por empeoramiento del cuadro clínico, con desorientación, confusión, cambios en el comportamiento y fiebre asociada de 38°. Además, astenia en aumento y disnea de mínimos esfuerzos.
Exploración física y pruebas complementarias: La paciente se encuentra inatenta, nomina, comprende, repite y está orientada en persona, no en espacio ni tiempo. No se observa focalidad neurológica. A la auscultación cardiaca, ruidos arrítmicos a 90 lpm con soplo sistólico asociado. En la auscultación pulmonar, murmullo vesicular disminuido con crepitantes húmedos bibasales.
En la analítica destacan: creatinina 2,29 mg/dL, sodio 129 mmol/L, proBNP 29409 pg/mL, hemoglobina 11.5 g/dL, con el resto de valores en rango. Se realiza radiografía de tórax observando un índice cardiotorácico aumentado, con borramiento del seno costofrénico izquierdo y un refuerzo de la trama broncovascular, todo ello compatible con una insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). También se realiza un TC craneal en el que no se objetiva patología intracraneal aguda.
Sospecha diagnóstica y evolución: Dada la evolución tórpida con cuadro confusional y cambio de comportamiento pese al antibiótico pautado, se decide descartar infección del sistema nervioso central, realizando una punción lumbar de la que se extrae un líquido claro y transparente.
La paciente ingresa a cargo de Neurología ante la sospecha de una posible encefalitis herpética, quedando pendiente la realización de pruebas complementarias para descartar la posibilidad de una endocarditis infecciosa teniendo en cuenta el antecedente de estenosis aortica y la clínica actual de la paciente.
Se confirmó meningoencefalitis herpética (VHS1) en PCR, pautando Aciclovir 10 mg/kg/día intravenoso durante 14 días. Además, se cubre una posible endocarditis con tratamiento antibiótico empírico (ampicilina y ceftriaxona) hasta la realización de pruebas complementarias.
Durante el ingreso la paciente presenta varias agudizaciones de su ICC, llegando a necesitar tratamiento depletivo endovenoso. Una vez finalizado el tratamiento antiviral, al que responde lenta

pero favorablemente, se realiza ecocardiograma transtorácico, donde no se observa una clara endocarditis, pero sí una estructura en tracto de salida del ventrículo izquierdo, poco sugestiva de vegetación. Se plantea la realización de una gammagrafía de leucocitos para completar el estudio, pero tras continuadas descompensaciones de la ICC la paciente fallece 20 días después de su ingreso.

CONCLUSIONES

- La encefalitis herpética es una enfermedad de origen viral que afecta de forma significativa el sistema nervioso central. Para su diagnóstico, y dada su alta morbi-mortalidad, se debe tener un alto índice de sospecha ante un cuadro compatible, aunque este no curse con su presentación habitual, para de esta forma poder iniciar de forma precoz el tratamiento específico sin esperar a la confirmación diagnóstica.
- Este caso subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar en pacientes con múltiples enfermedades crónicas. La colaboración entre Neurología, Cardiología y el Servicio de Urgencias permitió un diagnóstico y tratamiento más precisos, pero la evolución clínica estuvo marcada por descompensaciones cardiovasculares severas, lo que refleja la fragilidad de nuestra paciente y la gravedad de la insuficiencia cardiaca en este contexto clínico.

P. #928

NUNCA OLVIDARNOS DEL SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT

Lujan Llorente De Santiago, Marta García De Prado Cwierz, Olga Jiménez Alfonso, Sara Gayoso Martín

Hospital El Escorial, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés, que comienza con cuadro de fiebre y odinofagia, valorado por su médico, con juicio clínico de faringoamigdalitis aguda y tratado con Amoxicilina-clavulánico. A los cinco días acude a urgencias por continuar con fiebre vespertina, dolor en región lateral derecha del cuello y sensación de disestesia e hiperalgesia hemicraneal derecha, acompañado de un episodio de vértigo con sensación de giro de objetos, que empeora con los movimientos cefálicos, lateralización de la marcha hacia la derecha al caminar, hipoacusia y sensación de taponamiento del oído derecho.

Exploración física

Constantes: tensión arterial 135/86, frecuencia cardiaca 57 latidos minuto, saturación de oxígeno 95%. Regular estado general, febril. Úlceras en pilar amigdalino derecho, edematizado, sin exudado amigdalar. Úvula centrada. Oído derecho con vesículas en el conducto auditivo externo. Resto de exploración general sin alteraciones.

Exploración neurológica: Nistagmo horizonte-rotatorio con fase rápida a la izquierda. Parálisis facial periférica derecha leve, con signo de Bell, sin alteración sensitiva asociada. Resto de pares craneales sin afectación. Romberg con mínima desviación hacia la derecha. Unterberger positivo a la derecha. Head-impulse test positivo derecho, con sacada correctora. Resto de exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias

- Analítica sin alteraciones significativas
- Tomografía axial computarizada cerebral (TAC) no se identifican signos de patología intracraneal aguda
- Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo transparente, con proteinorraquia, pero sin datos de meningitis
- Test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) virus: positiva para virus varicela zoster (VVZ)
- Serologías negativas.

Juicio clínico: Síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) de etiología viral VVZ

Diagnósticos secundarios: Parálisis facial periférica derecha secundaria y neuritis vestibular derecha secundaria

Evolución

Inicialmente el paciente presenta un cuadro de faringoamigdalitis, de probable origen herpético, pero en urgencias se evidencia un síndrome de Ramsay-Hunt típico, por lo que se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso y prednisona oral. Ante la identificación en el líquido cefalorraquídeo de VVZ, se decide ingresar al paciente a cargo de neurología.

Durante su ingreso, presentó mejoría de la neuritis vestibular, con la parálisis facial periférica estable. Se realizó una resonancia magnética cerebral con hallazgos compatibles con afectación inflamatoria-infecciosa del nervio facial derecho por VVZ.

Tras mejorar, fue dado de alta con tratamiento antiviral y

corticoideo en pauta descendente. Se citó para revisión en consulta de neurología y rehabilitación.

CONCLUSIONES

- El SRH es la segunda causa de parálisis facial periférica no traumática. Puede preceder o seguir a las lesiones cutáneas.
- Ante una parálisis facial en urgencias hay que diferenciar si es central o periférica para diferenciar las diferentes etiologías y la gravedad.
- El SRH puede presentarse de forma inespecífica. Es importante la sospecha inicial y el seguimiento de los pacientes. Inicialmente puede aparecer un síndrome infeccioso general, como una faringoamigdalitis, pero una anamnesis y exploración física detallada, nos pueden hacer sospechar el diagnóstico de forma precoz. La aparición de las características vesículas herpéticas es un signo útil para el manejo.
- Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, las pruebas complementarias como las serologías y la resonancia magnética nuclear pueden orientar el diagnóstico.
- La parálisis facial periférica secundaria al VVZ presenta peor pronóstico de recuperación que la parálisis de Bell, sin tratamiento. Además, las complicaciones que puede producir el SRH son potencialmente graves, como ataxia cerebelosa, meningoencefalitis o neuralgia post-herpética. Por ello, es importante un diagnóstico precoz y un diagnóstico diferencial adecuado, para iniciar el tratamiento.
- El tratamiento de elección es antivirales y corticoides, así como medidas de protección ocular, para evitar la sobreexposición de la córnea. El plazo de recuperación depende de la severidad del cuadro y el tiempo hasta el inicio del tratamiento.

P. #929

UNA CAÍDA ESTREPITOSA

Fermín Talavera Díaz-Alejo[1], María Eugenia López Gómez[1], Nuria Almeida Molina[1], Pablo Sánchez Sayago[1], Isabel Nieto Rojas[2]

1. GAPTO (MIR 2 MFyC), Toledo, España
2. GAETO (FEA Urgencias), Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES: Alérgica: AINEs. Hipertensión arterial. Cirrosis hepática criptogénica (estadio B7 CHILD. MELD 13). Síndrome hepatopulmonar con TIPS implantado. Varices esofágicas grandes en profilaxis primaria con ligadura endoscópica. Linfoma marginal esplénico. Tratamiento actual: Espironolactona 100 mg (1.5 comprimidos/24h), Furosemida 40mg (1.5 comprimidos/24h), Omeprazol 20 mg (1 comprimidos/24h), Rifaximina 100mg (2 comprimidos/8h), Sertralina 25 mg (1 comprimidos/24h), O2 domiciliario 24h.
ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer, 68 años, acude a Urgencias por astenia y malestar. Refiere caída accidental hace unos días con hematoma en región glútea, con dificultad para caminar progresiva. Comenta sensación distérmica esta noche, náuseas y aumento de su ictericia habitual. No sintomatología infecciosa.
EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión arterial 108/50 mmHg, Temperatura 36.8°C, Frecuencia cardíaca: 89 lpm, Frecuencia respiratoria: 12 rpm, Saturación de Oxígeno: 96%.
Buen estado general, bien perfundida, eupneica. Ictericia cutánea.
Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, soplo sistólico panfocal, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos.
Miembros inferiores: no edema, no signos de TVP.
Abdomen: Globuloso, blando, hepatoesplenomegalia, no signos de peritonismo, no signos de ascitis.
Caderas: No dolor inguinal ni en trocánter, movilización activa y pasiva conservadas y sin dolor, no deformidades, hematoma glúteo.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Radiografía Tórax: cardiomegalia moderada, derrame pleural izquierdo similar a estudios previos. No alteración en parénquima pulmonar.
Radiografía Cadera y Pelvis: sin fracturas
Analítica:

- Bioquímica: Glucosa 150 mg/dl, Creatinina 1.38 mg/dl, Filtrado glomerular CKD-EPI 39.3 ml/min/1.73m2, Sodio 143 mmol/l, Potasio 3.9 mmol/l, GOT 38 U/l, GPT 13 U/l, Bilirrubina total 21.38 mg/dl a explensas de Indirecta, PCR 10.3 mg/L.
- Coagulación: Tiempo protombina 66%, INR 1.4, Fibrinógeno 421 mg/dl.
- Hemograma: Hemoglobina 5.5 g/dl, VCM 118. Leucocitos 10.3 10^9/L. Plaquetas 139.000/L.
- Ecografía abdominal: TIPS permeable. Vía biliar intra y extrahepática normal. Resto sin hallazgos.
- Prueba de Coombs: Positivo

DIAGNÓSTICOS PROBABLES: Anemia hemolítica vs Anemia aguda por sangrado (traumático/digestivo) vs descompensación edemoascítica
EVOLUCIÓN: La paciente acude por astenia e ictericia. Solicitamos

pruebas con perfil hepático y hemograma, por sospecha de una posible descompensación de su enfermedad de base o sangrado agudo por caída. Tras valoración de resultados, la conjunción de una anemia y bilirrubina elevada a expensas de indirecta, nos hacen plantearnos una posible anemia hemolítica por lo que solicitamos valoración por Hematología, los cuales realizan un test de Coombs resultando positivo y siendo diagnosticada como anemia hemolítica autoinmune. Se inicia tratamiento corticoideo. Clínicamente se pueden descartar signos de clara descompensación edemoascítica. Las pruebas de imagen realizadas en Urgencias descartan problemas en dispositivo TIPS, encontrándose permeable, de igual manera que la vía biliar intra y extrahepática. Dada la sospecha de origen autoinmune, no se realiza transfusión sanguínea y se ingresa la paciente a cargo de Hematología para tratamiento y estudio. Se realiza segundo test Coombs siendo negativo y se descarta definitivamente hemolisis autoinmune. A los días de ingreso, la paciente comienza con un deterioro progresivo de función hepática (empeoramiento de niveles de bilirrubina a expensas de directa). Se hace TC y se objetiva la presencia de coledocolitiasis no documentadas en estudio previo. La paciente finalmente desemboca en un fallo multiorgánico y fallece. Se sospecha fallo hepático fulminante que no se confirma posteriormente mediante autopsia clínica.

CONCLUSIONES

La anemia hemolítica comprende un grupo heterogéneo de trastornos de los hematíes para cuya causa etiológica y tratamiento, resulta clave la realización del test de Coombs, siendo un valor positivo sugerente de origen autoinmune, debiendo iniciar tratamiento corticoideo. Clínicamente el signo guía es la ictericia mucocutánea, pudiendo encontrar esplenomegalia (en caso de origen extravascular), insuficiencia renal con hemoglobinuria asociada (en caso de origen intravascular), así como otras alteraciones como litiasis biliar (que se desarrollaron en nuestra paciente), crisis aplásicas (por parvovirus B19) o trombosis.

P. #931

MANEJO DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Brú Benedito[1][2], Tamara Puche Bolarín[1], Elena Aires Eslava[1], Javier Martín Murillo[1][3], Luis Edward Sierra Bernal[1][2], José Ramón Esteve Ruzafa[1][3]

1. Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Murcia, España
2. Centro de Salud Francisco Palao, Yecla, España
3. Centro de Salud Mariano Yago, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 20 años acude a Urgencias hospitalarias por vómitos, sensación de sed intensa, malestar general, decaimiento e hipo de 24 horas de evolución. No otros síntomas. Como antecedentes médicos presenta Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) desde los 15 años en insulinoterapia. En las últimas 24 horas, sin registros de glucemias al no recambiar el sensor de monitoreo continuo.
A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente, taquipneico, saturación O2 99% y afebril. Regular estado general, palidez cutánea y sequedad de mucosas. Consciente y orientado, Glasgow: 15. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico sin soplos cardiacos. Murmullo vesicular normal. Abdomen: blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal ni visceromegalias. Extremidades: Sin edemas, pulsos presentes y simétricos.
• Pruebas complementarias:
Analítica sanguínea: Bioquímica: Glucosa 496mg/dL, sodio 127mEq/L, potasio 5.0mEq/L, creatinina 1.57mg/dL, urea 69mg/dL. Cetonemia 5.6mmol/L. Gasometría venosa inicial: pH7.17, HCO_3 6.7mEq/L, déficit de base -20.9, lactato 3.8mmol/L. Orina: Glucosuria (++++) y cetonuria (++). Hemograma: leucocitosis con neutrofilia.
ECG: Sin alteraciones.
Radiografía de tórax: Sin hallazgos patológicos.
• Diagnóstico diferencial:
Cetoacidosis diabética (CAD); síndrome hiperglucémico hiperosmolar (EHH); cetoacidosis por inanición; cetoacidosis alcohólica, entre otros cuadros.
• Diagnóstico Principal: Cetoacidosis diabética moderada. Fracaso renal agudo prerrenal.
Tras abordaje inicial y diagnóstico, se inicia fluidoterapia con SSF 0.9% 4000mL en las primeras 6 horas e insulina rápida intravenosa 0.1U/kg/h iv. Se objetiva descenso de glucemia (<250mg/dL) y mejoría del pH (7.36) a las 4 horas de su ingreso. Al alcanzar glucemia <250mg/dL, se reduce al 50% la perfusión de insulina y se inicia en "Y" suero glucosado al 5 % para su control, ingresándose en planta de hospitalización ante la persistencia de cetonemia (2.5 mmol/L) para monitorización y ajuste terapéutico.
• Discusión:
El caso ilustra una presentación clásica de CAD en paciente joven diagnosticado con DM1 y CAD moderada (pH 7.20-7.25 y HCO_3 10-15) complicada con deshidratación severa y fracaso renal agudo prerrenal.
La CAD es una complicación aguda frecuente en pacientes con DM1 desencadenada por factores como infecciones, omisión del tratamiento con insulina, fármacos (iSGLT2) o estrés metabólico.

En este caso, el no recambio del sensor de monitoreo de glucosa y el no control glucémico por parte del paciente contribuyeron al desarrollo del cuadro clínico.
Se trató siguiendo los principios establecidos en las guías clínicas para CAD con rehidratación inicial para restaurar volemia, corregir el desequilibrio hidroelectrolítico y mejorar perfusión renal. Insulinoterapia intravenosa para la corrección gradual de la hiperglucemia y la resolución de la cetosis. En cuanto al uso de bicarbonato, no fue necesario en nuestro caso (reservado en acidosis severa, pH<7.0 y niveles de HCO_3 < 5mmol/L). Respecto a la cetonemia, es importante disponer de la determinación de beta-hidroxibutirato en sangre pues es más efectiva para el diagnóstico y tratamiento en la CAD que los cuerpos cetónicos en orina.
El control frecuente de glucosa, electrolitos y gasometría permitió el ajuste terapéutico, evitando hipoglucemias y alteraciones electrolíticas (vg: hipokalemia), que son complicaciones comunes. El inicio temprano de soluciones glucosadas al alcanzar niveles de glucosa <250mg/dL y la reducción progresiva de la infusión de insulina reflejan una gestión adecuada.

CONCLUSIONES

La CAD es una emergencia médica grave que pone en peligro la vida del paciente con una alta morbimortalidad. Puede presentarse en el debut de la DM1, en mal control y/o falta de adherencia al tratamiento y con la aparición de nuevos tratamientos como los iSGLT2. Este caso resalta la importancia del abordaje multidisciplinario y basado en protocolos para el manejo de la CAD. La rehidratación, la insulinoterapia ajustada y la monitorización estrecha son claves para una evolución favorable. Asimismo, la educación continua del paciente y entorno es crucial para prevenir episodios futuros y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

P. #964

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos García Granados[1], María De Los Ángeles Álvarez García[1], Clara Carnota Orviz[2], Andrea Fernández Suárez[1], Eduardo Bajo Cardassay[1], Víctor García Faza[1]

1. Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España
2. CS Laviada, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 21 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cuadro de vómitos, aumento del número de deposiciones y molestias abdominales. En esta primera atención, dada la corta duración del cuadro, buen estado general del paciente y exploración física anodina, no se realizan pruebas complementarias y se trata como una probable gastroenteritis aguda pautándose tratamiento sintomático. Una semana después, acude de nuevo al servicio de urgencias por persistencia de los síntomas. En esta ocasión en la exploración física se objetiva regular estado general, sequedad de piel y mucosas y palidez cutánea con abdomen normal. Se solicita analítica donde llama la atención Hemoglobina de 4.9 g/dL, plaquetas 54000, urea 447 mg/dl, creatinina 34.45 mg/dl y filtrado glomerular de 1 ml/min. Se solicitan estudios de hemólisis, sin claros datos (a favor test de Coombs negativo, LDH ligeramente elevada y haptoglobina baja, en contra bilirrubina y escaso número de esquistocitos en los dos frotis realizados). Se realiza ecografía abdominal urgente con signos de nefropatía y riñones de pequeño tamaño, sin otros hallazgos. Ante la sospecha de microangiopatía trombótica (MAT), se contacta con Hematología, que solicita estudio de proteína ADAMTS13 para despistaje de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), con actividad del 73%, por lo que se descarta.
Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos por sospecha de síndrome hemolítico urémico. Por el antecedente de diarrea se inicia azitromicina y se solicita PCR de toxina Shiga en coprocultivo, siendo negativa, descartando síndrome hemolítico urémico (SHU) típico. Se diagnostica de MAT con sospecha de SHU atípico. Es valorado por Nefrología, que solicita estudios de autoinmunidad y nefropatía.
Se solicita body TC, incluyendo craneal, que descarta patología neoplásica y hemorragia cerebral. Se decide inicio de tratamiento con Eculizumab, requiriendo administración de vacunas de microorganismos encapsulados e inicio de profilaxis antibiótica con ceftriaxona, suspendiendo azitromicina.
Durante el ingreso presenta cifras mantenidas de hipertensión, precisando perfusión de urapidilo e inicio de medicación antihipertensiva oral (amlodipino, doxazosina, bisoprolol y captopril)
Se transfunden un total de 3 concentrados de hematíes, remontando las cifras de hemoglobina hasta 7.2 g/dl. Las cifras de plaquetas permanecen estables, sin necesidad de transfusión y sin evidencia de sangrado a ningún nivel.
Precisa terapia de reemplazo renal continua (TRRC) con descenso progresivo de cifras de creatinina y urea y buena tolerancia. Analítica con acidosis metabólica, con corrección progresiva tras TRRC y tratamiento con bicarbonato.

Durante el ingreso el paciente presentó fiebre, con hemocultivos negativos, serología IgM débil para Parvovirus B19 y sospecha en TAC de infección por Pneumocystis jiroveci con cultivo de esputo posterior también negativo.
Tras varios días de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos el paciente presenta buena evolución clínica y analítica, por lo que es trasladado a planta de Nefrología para continuar estudios y tratamiento con cambio de hemofiltro por hemodiálisis.
Tras el alta hospitalaria, el paciente continúa a tratamiento con Eculizumab y realizando tres sesiones semanales de hemodiálisis. Además está pendiente de estudios genéticos solicitados por Nefrología.

CONCLUSIONES

El síndrome hemolítico urémico es una entidad incluida dentro de las denominadas microangiopatías trombóticas junto con la púrpura trombótica trombocitopénica y la coagulación intravascular diseminada. En la mayoría de los casos se producen en niños y suele tratarse de un SHU típico en relación con la toxina SHIGA (frecuentemente asociada a cuadros de diarrea infecciosa) Más frecuente en adultos es el SHU atípico, pudiendo ser primario o secundario a fármacos, neoplasias, entidades autoinmunes… Es un cuadro poco frecuente en urgencias, pero en el que debemos tener alta sospecha diagnóstica ante un paciente con una anemia de características hemolíticas, plaquetopenia y fracaso renal agudo, más aún si recientemente ha presentado un cuadro de diarrea

P. #968

NO CONFUNDIR TOXICIDAD CON ORGANICIDAD

Francisco José Espinosa Contreras[1], Jorge García Garnica[1], Paula Santamarina Palop[1], Javier Borrallo Uclés[1], Carlos Marín Corencia[2], Francisco Javier Pavón López[1]

1. Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España
2. Hospital General Universitario de Elda, Elda, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso.
Paciente de 51 años sin alergias conocidas, con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo y hábitos tóxicos fumador de 2 paquetes diarios, consumidor de drogas de abuso y alcohol de forma diaria. Acude a urgencias hospitalarias tras episodio de agitación en vía pública, con sensación de inestabilidad, temblor, así como nerviosismo y dificultad para la marcha.
Exploración y pruebas complementarias.
Consciente, parcialmente orientado, poco colaborador. Nervioso. Agitado. Fetor etílico. Exploración neurológica: GLASGOW 15/15. Pupilas midriáticas bilaterales, reactivas. Fuerza y sensibilidad conservadas en todos los miembros. Marcha con tendencia a la lateralización y caída. Auscultación respiratoria: roncus y sibilancias dispersos en todos los campos. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. Abdomen: anodino.
- Tensión Arterial 130/85 . Saturación de oxígeno: 96% sin aporte.
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización.
– Analítica sanguínea, incluyendo hemograma, coagulación, bioquímica, Troponina T, con parámetros dentro de la normalidad. Examen de tóxicos en orina: positivo para cocaína y benzodiacepinas.
- Radiografía de tórax: múltiples nódulos pulmonares distribuidos de forma irregular en ambos campos pulmonares.
- Tc cráneo: Lesión ocupante de espacio, hipodensa, localizada fundamentalmente en hemisferio cerebeloso izquierdo y vermis, de aproximadamente 47 x 31 milímetros (diámetros axiales máximos) y 25 milímetros longitudinal, con efecto compresivo.
Orientación diagnóstica / Juicio Clínico
Agitación en contexto de intoxicación etílica y drogas vs lesión ocupante de espacio en cerebelo con diseminación pulmonar.
Plan de actuación
Se realiza sedación farmacológica para control de clínica de agitación, permaneciendo el paciente estable y tranquilo.
Se contacta con Neurocirugía de guardia para ingreso, estudio y filiación de la lesión cerebelosa y se realiza estudio completo por parte de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Comentario final
Como diagnóstico diferencial en pacientes con nerviosismo y agitación lo primero que habría que descartar es intoxicación etílica o por drogas, y tratar la causa de la misma, además de realizar una correcta anamnesis y exploración del paciente. En este caso el paciente había realizado ingesta de tóxicos, como se comprobó después, y sería la causa que nos orientaría a la

clínica actual, pero gracias a la exploración cardiopulmonar y a las pruebas complementarias se observó también un cuadro neoplásico subyacente, que podría ser el causante de la clínica tanto de agitación como de inestabilidad. En un paciente con clínica compatible con alteraciones psiquiátricas se debe descartar causa orgánica antes de realizar un diagnóstico definitivo.

P. #974

BRAIN ON FIRE: ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR NMDA

Ainhoa Marcaida Hernández, Leonardo Angulo Garcíaherreros, Gheraldyn Akira Obando Duran, Markel Oribe Quintana, Paula Pérez Reclusa, Margot Gómez Baldeon

Hospital Univarsitario Araba, Vitoria, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 25 años con antecedentes de consumo habitual de cannabis (3-4 porros/día). Ansiedad y depresión.

Acude a urgencias por alteración conductual consistente en ansiedad (parece que, desde hace más de 1 año, pero más intensa en el último mes) y agresividad con un episodio amago de defenestración. Los padres refieren episodios de desorientación, así como, episodios de mutismo y movimientos repetitivos alternantes con episodios de agresividad.

EVOLUCIÓN/ACTUACIÓN

A la exploración en urgencias presenta desorientación en tiempo, contacto perplejo, hiperalerta con lenguaje normal y no aparentemente déficit neurológico percibido. Discurso delirante de perjuicio. Todo ello se interpreta como debut de episodio psicótico.

Antes de subir a planta avisa psiquiatría a medicina general porque la paciente presenta cuadro sugestivo de crisis convulsiva generalizada. A nuestra llegada aparente estado post-critico. Hemodinamicamente estable con Temp 37,8°C.

*Se solicita TAC cerebral que no muestra hallazgos significativos.

*Analítica sanguínea glucosa 76 sin elevación de reactantes de fase aguda ni elevación de lactato ni CK.

*Tóxicos positivos para cannabis

*Cultivos pendientes.

Se procede a realizar punción lumbar por sospecha de encefalitis.

*Líquido de aspecto claro, leucocitos, glucosa y proteínas dentro de rango de normalidad.

Se decide ingreso en UCI con diazepam y aripiprazol por parte de psiquiatría y anticomicial por parte de neurología recomendando descartar encefalitis NMDA dadas las conductas de la paciente.

La paciente progresa con cuadro de alteración conductual, con soliloquios, lenguaje repetitivo y desorientación, que alterna con momentos de desconexión y rigidez y otros de mayor lucidez y conversación más acorde.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica de rutina: Onconeuronales negativos, receptor de glutamato (NMDA) positivo 1/80. Serología negativas.

*Punción lumbar: NMDA en LCR positivo. Serologia para borrelia y sífilis negativo.

*RM craneal: Sin hallazgos significativos.

*Eco ginecológica: lesiones hiperecogenicas en ambos ovarios sugestivos de teratomas que se confirma con TAC abdomino-pélvico

*PET TAC: patrón en relación con encefalitis antiNMDAr (hipermetabolismo fronto-temporal y gradiente anteroposterior con hipometabolismo parieto-occipital, con hipermetabolismo cerebeloso y de estriados).

*EEG no muestra hallazgos patológicos valorables.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
La positividad de anticuerpos antirreceptor de NMDA en LCR confirma el diagnóstico de encefalitis autoinmune (NMDA). Todo ello en contexto de teratomas ováricos.
Se inicia tratamiento con corticoides pero la paciente no responde precisando inicio de inmunoglogulinas. Se decide con conformidad de la familia realizar anexectomía bilateral, dada la situación neurológica de la paciente y la correlación con la presencia de teratomas ováricos.
La paciente presenta buena evolución clínica permitiendo reducción progresiva de corticoides y tras 37 días de ingreso alta domiciliaria.

CONCLUSIONES

La encefalitis anti-receptor de N-metil-D-aspartato (NMDAR), es la inflamación del parénquima cerebral, secundaria a la presencia de anticuerpos contra el receptor de glutamato NMDA en las sinapsis neuronales.
Los pacientes suelen ser adultos jóvenes, predominantemente mujeres que presentan de manera rápida y secuencial: psicosis, movimientos anormales, disfunción autonómica y coma. Las crisis epilépticas son variables y pueden ocurrir en cualquier momento de la evolución. La enfermedad suele confundirse con encefalitis virales, procesos psiquiátricos primarios, ingesta de drogas y síndrome neuroléptico maligno.
La causa más prevalente de síndrome neoplásico asociado es el teratoma ovárico. El diagnóstico y la resección del tumor desempeñan un papel importante en la recuperación.
La inmunoterapia es el principal tratamiento con o sin presencia de un tumor, involucrando corticosteroides e inmunoglobulinas intravenosas. La siguiente línea de tratamiento es la inmunosupresión, usando rituximab o ciclofosfamida, durante un año, indicada generalmente en paciente sin patología tumoral. Se ha demostrado respuesta a resección del tumor más inmunoterapia así como el tratamiento con antiepilépticos y benzodiacepinas para alivio de la sintomatología aguda.

P. #990

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE Y TROMBOCITOPENIA POR INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

Susana Rodríguez-Zavalegui Silva, María Ángel Garcés Ayerbe, María Luisa García Vasco, Melissa Fernández Barrio, Graciela Pereira Quinteros

Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 48 años de edad con antecedentes de dislipemia no tratada y consumo crónico de alcohol en tratamiento de deshabituación con disulfiram y acamprosato. Es trasladado a nuestro centro en ambulancia medicalizada por sindrome confusional con marcada agitación psicomotriz. Llega a Urgencias sedado con midazolam 10 mg IV para posibilitar el traslado.
Su familia relata abandono de tratamiento con disulfiram en las últimas 3 semanas e ingesta abusiva de alcohol que no saben precisar cantidades. Así también describen deterioro cognitivo progresivo, con desorientación, bradipsiquia e inestabilidad en la marcha con caídas recurrentes tanto en su casa como en la vía pública. En las últimas 24 horas suspende bruscamente la ingesta alcohólica por deterioro del nivel de conciencia, seguido de un episodio brusco de agitación psicomotriz que motiva el traslado.
A su llegada a Urgencias:
Examen físico: tensión arterial 142/78 mm Hg, frecuencia cardíaca 105 lpm, saturación oxígeno 95%, temperatura 36.6°C. Aliento etílico.
Glasgow 13/15, que luego de 45 minutos (ya sin efecto del midazolam) era 15/15. Pupilas anisocóricas reactivas, movimientos extraoculares (MOE) conservados, nistagmus horizontal con mirada lateral y vertical con mirada superior. Discurso errático y reiterativo, con lagunas mnésicas de episodios del último mes, bradipsiquia, bradilalia. Pares craneales sin alteraciones. No focalidad motora ni sensitiva. No dismetría. Romberg negativo. Marcha insegura con leve aumento de base de sustentación sin clara lateralización de la marcha.
Abdomen blando, depresible indoloro, sin organomegalias.
Pruebas complementarias:
Tomografía axial computada (TAC) craneal: sin lesiones traumáticas ni alteraciones agudas.
Analítica: leucocitos 7800 (neutrófilos 65%), hemoglobina 12.3, plaquetas 98000, glucemia 105, urea 48, creatinina 0.98, bilirrubina total 1.1, GOT 105, GPT 87, GGT 205, F AL140, Sodio 138, Potasio 4.2.
Electrocardiograma: Taquicardia sinusal sin otras alteraciones.
Radiografía tórax sin alteraciones.
Diagnóstico diferencial:
-Sindrome de abstinencia: fue el planteamiento inicial ante el episodio brusco de agitación en contexto de suspensión de ingesta alcohólica. El aliento etílico y el hecho de que el paciente al despertarse reconoció ingesta alcohólica abundante lo descarta.
-Hemorragia cerebral por caídas recurrentes en los últimos días, descartadas con TAC normal.
-Encefalopatía de Wernicke (EW): presentaba encefalopatía, alteraciones oculomotoras (nistagmus vertical y horizontal, anisocoria) pero no presentaba ataxia. Se amplía analítica con

niveles de tiamina, ácido fólico, vitamina B12 y alcoholemia. Se inicia tratamiento empírico con tiamina intravenosa. Luego de 24 horas se constata ausencia de nistagmus con pupilas isocóricas reactivas y a las 48 hs situación cognitiva normal.
-Trombocitopenia: continuó empeorando las primeras 48 horas hasta 50000, con recuperación posterior espontánea. Se completó estudio durante el ingreso sin objetivar hiperesplenismo ni signos de hipertensión portal o hepatopatía crónica. Se interpretó como trombocitopenia por intoxicación etílica aguda.

CONCLUSIONES

La EW es una entidad extensamente descrita en la literatura pero puede ser difícil de identificar sin la clásica tríada diagnóstica aunque esta está presente solo en el 17% de los casos. Signos de encefalopatía se objetivan en el 82%, alteraciones oculomotoras en el 29% (siendo la más frecuente el nistagmus horizontal seguido del vertical y alteraciones pupilares), ataxia 22%. Además, niveles séricos de tiamina normales no aseguran niveles normales a nivel cerebral. EW puede evolucionar al coma y eventualmente la muerte con velocidad variable. Por este motivo es fundamental el inicio precoz del tratamiento ante la sospecha clínica ya que es seguro, barato, efectivo y de rápida respuesta cuanto más precoz sea el tratamiento con lo cual no debe retrasarse.
La trombocitopenia por intoxicación etílica aguda está ampliamente descrita en la literatura y de origen multifactorial. Raramente descienden por debajo de 30000, con lo cual los fenómenos hemorrágicos son mínimos y no precisa de mas intervención que la suspensión de la ingesta alcohólica.

P. #999

CÓDIGO VÉRTIGO

Tomás Buades Gómez[1], María José Lombardero Pedregal[2], Francisco Santo Clavel[1], Ana Quiñonero Reinaldos[1], Dolores Elvira Sánchez Gómez[1], Guillermo Enrique Cueto Zelada[1]

1. Sistema Murciano de salud-Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca De La Cruz, España
2. Sistema Murciano de salud-Hospital General Universitario Santa Lucía Complejo Hospitalario Cartagena, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 69 años diabético, hipertenso, antiagregado es traído a puerta hospitalaria de urgencias en unidad médica de emergencias por crisis comicial con movimientos tónico clónicos y relajación de esfínteres desde hace 30 minutos. Refieren torcedura de comisura bucal y alucinaciones asociadas.
Como antecedente de interés, refiere su familiar que el día previo presentaba mareo tipo inestabilidad sin sensación de objeto rotatorio por el que no llegó a consultar en urgencias. La familiar refiere que desde el día anterior fue empeorando progresivamente hasta estado convulsional.
Exploración y pruebas complementarias:
Constantes Vitales: FC: 110 l.p.m.,Sat.O2: 98 %,Tª: 36 Grado C° glucemia 164 mg/dl. TA 161/78 mm Hg. Somnoliento, estado post-ictal, eupneico en reposo, afebril. sin trabajo respiratorio
Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Neurológico: escala AVDN- responder al dolor, pupilas mióticas arreactivas, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, resto de exploración no valorable.
Radiografía tórax sin alteraciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal 60 lpm qrs estrecho eje -30° pr 160 ms hemibloqueo anterior izquierdo bloqueo incompleto rama derecha sin alteración del segmento st.
Tomografía computerizada craneal: Hemorragia aguda cortico-subcortical parieto-occipital izquierda. Asocia edema circunferencial y ejerce efecto de masa con colapso de surcos adyacentes, sin desplazamiento significativo de las estructuras de la línea media.
Actuación: se pasa paciente a sala de crítico vital y se administra diazepam 10mg IV + levetiracetam 500mg iv. Con resultado de pruebas complementarias de comenta paciente con Neurocirugía/UCI de hospital de referencia que acepta traslado. Previo al traslado, se administra dexametasona 8 mg IV y se procede a manejo de vía aérea avanzada con intubación orotraqueal con secuencia de intubación rápida y de mantenimiento para traslado de paciente a unidad de cuidados intensivos en Hospital de referencia a 50 minutos de hospital comarcal.
Finalmente, el paciente es trasladado por unidad médica de emergencias.

CONCLUSIONES

El vértigo es una sensación de movimiento del paciente o del entorno en ausencia de movimiento real. Los síntomas pobremente descritos o inconsistentes pueden estar asociados con una afección grave. La patología del sistema vestibular

periférico deben diferenciarse del del sistema vestibular central. Hay que realizar estudio de neuroimagen cuando haya focalidad neurológica o refractariedad a tratamiento completo médico. Hay que buscar signos e indicios enfermedad cerebrovascular o efecto de fármacos, sobre todo en los pacientes ancianos.
El vértigo puede ser el signo de aviso de una disfunción cerebelar vascular. Otros síntomas como náuseas, vómitos o patología de oído medio pueden estar presentes en disfunción cerebelar vascular. Es crucial realizar un diagnóstico diferencial y descartar posible origen central. La evolución de una enfermedad cerebelar/cerebrovascular puede ser tórpida y de mal pronóstico.
El diagnóstico precoz y temprano de esta patología puede cambiar la secuencia de actuación y mejorar el pronóstico del paciente.
La revisión del tema y la presentación de casos con patología vascular cerebelar es necesaria aumentar los conocimientos de este tipo de patología. Además, se debe crear conciencia entre los equipos médicos para evitar diagnóstico tardío o diagnóstico erróneo de la patología.

P. #1004

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Julieta Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Antón, Mario Agreda Fernández, Noiva Díaz Gacía, Audrey Morales Rodríguez, Marta Crespillo Peralta

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 26 años, antecedentes de migraña en su país (no aporta informes) quien acude a urgencias por cefalea holocraneal precedida de parestesias en hemicuerpo derecho desde hace 2 días. Refiere episodios similares en el pasado.
A su llegada a urgencias exploración anodina.
Se pauta ketorolaco IM y oxigenoterapia con mejora parcial.
Tras media hora avisa enfermería por empeoramiento de cefalea y un vómito abundante. A nuestra llegada paciente con bajo nivel de consciencia con Glasgow de 8 y hemiparesia derecha por lo que pasa a sala de emergencias para intubación orotraqueal. Se realiza La TC craneal que mostró hematoma intraparenquimatoso temporoparietal izquierdo con desviación de línea media realizándose craneotomía para evacuación del hematoma, ingresando en la unidad de cuidados intensivos.
Se completó estudio con RM con evidencia de estenosis muy marcadas de los vasos principales de la circulación anterior del polígono de Willis (arteria carótida interna y arterias cerebrales medias). La angiografía mostró hallazgos compatibles con enfermedad de Moyamoya.
Durante su estancia hospitalaria presentó mejoría neurológica progresiva con hemiparesia derecha residual, siendo dado de alta con seguimiento ambulatorio por rehabilitación, neurología y neurocirugía.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Moyamoya es una enfermedad idiopática crónica caracterizada por la estenosis progresiva bilateral de la porción terminal de la arteria carótida interna y sus ramas proximales con neoformación de una red arterial colateral anormal de las arterias que del polígono de Willis (fenómeno de Moyamoya) que da una imagen en la angiografía de humo de cigarro (Moyamoya en Japonés).
La enfermedad puede asociarse a otras entidades como la anemia falciforme, neurofibromatosis tipo 1, radioterapia cerebral o el síndrome de Down, denominándose en estos casos Síndrome de Moyamoya.
Es más frecuente en asiáticos, aunque puede afectar a personas de cualquier raza. Existen dos picos de incidencia, entre 5 y 9 años y entre los 45 y 50 años, con mayor predominio en el sexo femenino.
Las manifestaciones clínicas varían desde asintomáticas hasta accidentes isquémicos transitorios o déficits neurológicos severos. Puede aparecer cefalea, mareo, hipertensión, síncope, corea y/o retraso mental. En niños son más frecuentes los episodios isquémicos durante el ejercicio, llanto, fiebre, tos o hiperventilación, mientras que en adultos son más frecuentes los eventos hemorrágicos por rotura de vasos colaterales y/o de

aneurismas localizados más frecuentemente en la parte terminal de la arteria basilar y en la comunicante posterior.
El Gold Standard para su diagnóstico es la angiografía al observarse el aspecto característico que detecta la estenosis de la porción terminal de la arteria carótida interna y sus ramas proximales, así como la formación de la red de arterias colaterales.
El tratamiento está dirigido a mejorar secuelas y prevenir recurrencia de accidentes cerebrovasculares. Está recomendado el uso de antiplaquetarios excepto en paciente con hemorragia intracraneal. Se deben evitar periodos de deshidratación y la hiperventilación. En la migraña puede usarse Topiramato, no recomendándose los antiinflamatorios no esteroides. La revascularización puede reducir riesgos, sobre todo en niños con sintomatología isquémica.
La causa principal de muerte es la hemorragia cerebral. El pronóstico depende de la severidad de la enfermedad, siendo la mortalidad de 5 % en adultos y 2 % niños.
Conclusión, aunque se trata de una enfermedad rara, debe sospecharse en niños o adultos menores de 50 años, con enfermedad cerebrovascular isquémica y/o hemorrágica sin factores de riesgo, con o sin historia previa de episodios de déficit o focalización neurológica. La detección precoz es fundamental para el manejo clínico, evitar mayores secuelas y mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

P. #1010

FATIGA Y PERFECCIONISMO: CUANDO EL CUERPO Y LA MENTE HABLAN

Ariadna Inciarte Brizuela, Laura Asensio García, María Albero Albero, Cristina Pérez Ortiz
Hospital Virgen de Los Lirios Alcoy, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, que acude por cervicalgia desde el día 23/10/2024 asociado a omalgia bilateral + inestabilidad a la marcha, con Eva 6/10 puntos. Concomitantemente el día 24/10/2024 inicia síntomas de parestesias abdominales y de miembros inferiores (aparición descendente) sobre todo de la parte izquierda, con dificultad del esfuerzo defecatorio y miccional (sin llegar a escapes). Sensación de parestesia en el diafragma. No fiebre, no disuria, ni síndrome miccional. Ha tenido un problema informático en su trabajo el día lunes 21/10/2024 tuvo un episodio de rabia e impotencia, con episodio de diaforesis, posterior a ello inicio de los síntomas. Su madre comenta que es muy perfeccionista, y los cambios suelen afectarle. A la exploración: No disartria, aunque ella comenta que le cuesta hablar. Sensibilidad: selectiva a la nocicepción en la región lateral de ambas piernas sin seguir distribución de dermatomas. Bipedestación inestable. Caminata de talón no realizable con la pierna izquierda, caminata de punta con dificultad en la pierna izquierda. Refiere hipoestesia vibratoria en maleolo y apofisis lado izquierdo. Dentro de la exploración complementaria: no alteraciones. En su Ingreso: persiste clínica y exploración, realizan resonancia cerebral y de columna cervico-dorsal:
- RMN 29/10/2024: Imágenes supratentoriales izquierdas (afectacion fronto parieto temporal) hiperintensas, de morfología ovoidea redondeada de localización yuxtacortical, periventricular, subcortical profunda, una de ellas con afectación de fase callosa septal. Administración contraste endovenoso paramagnético: algunas captan contraste mostrando realce en anillo, alguno impresiona incompleto , la que muestra mayor captación de contraste aunque también de predominio periférico en la localizada periventricular que afecta interfase callosa septal; la localizada en centro semiovales y corona radiata tiene realce en anillo más tenue. El resto de las localizadas en parénquima cerebral no muestran captación de contraste. Se inicia pauta de Dacortin 60 mg por la mañana durante 10 días y posteriormente ir reduciendo cada 3 días 10 mg hasta eliminar y analgesia tipo enantyum 25 mg para la omalgia.
-RMN control 05/12/2024: Lesiones encefálicas supratentoriales de probable origen desmielinizante, que han disminuido algo de tamaño y resuelto la captación de contraste respecto al estudio previo (salvo una pequeña periventricular derecha que ha aumentado levemente de tamaño).
- Lesión medular de corta extensión, de probable origen desmielinizante, con realce homogéneo asociado (esto último no presente en estudio previo).

Por las características de las lesiones orienta a una posible EM variante tumefactiva.

CONCLUSIONES

La paciente presenta un cuadro clínico multifacético con síntomas iniciales de cervicalgia y omalgia bilateral, seguidos por inestabilidad a la marcha, parestesias abdominales y en miembros inferiores, dificultad para defecar y orinar, y parestesia diafragmática, tiende a despistar que el inicio de síntomas coincida con con un episodio significativo de estrés emocional, el inicio descendente de la clínica lo diferencia de otras patologías por ejemplo
El síndrome de Guillain-Barré, que es una afección de debilidad ascendente. Por otro lado la resolución parcial de las lesiones y la persistencia de algunas lesiones tras el tratamiento con corticoides refuerza la hipótesis de una enfermedad desmielinizante activa, que se confirma con la prueba de imagen control. Por todo ello la actitud empática y la comunicación efectiva de los médicos de urgencias son cruciales en el manejo de patologías complejas como la presentada. Un enfoque compasivo y atento puede mejorar la experiencia del paciente y facilitar la identificación de síntomas importantes, contribuyendo a un diagnóstico más preciso y temprano.

P. #1013

VEINTE EUROS PUEDEN SALVAR UN OÍDO: EL DIAPASÓN COMO HERRAMIENTA CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SÚBITA

Luis Martín Catrain Ostáriz, Sandra Martín Santervás, Begoña Llorente González

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 45 años sin antecedentes médicos de relevancia, que consulta por hipoacusia unilateral derecha de 4 días de evolución. Refiere inicio con acúfeno en oído derecho, seguido de sensación de taponamiento y pérdida auditiva parcial, sin otros síntomas neurológicos asociados.
Como antecedente reciente, había presentado un cuadro de rinofaringitis de probable origen viral, con rinorrea, congestión y odinofagia, resuelto sin fiebre ni complicaciones. Fue valorada en primera instancia por su médico de salud laboral, a quién impresiono de otitis media serosa y prescribió descongestionantes. Dado que los síntomas catarrales remitieron pero la hipoacusia persistió, la paciente decidió acudir a Urgencias.
En la exploración física, la paciente se encontraba afebril, en buen estado general, con otoscopia bilateral normal, sin evidencia de tapón de cerumen ni alteraciones en la membrana timpánica.
Se realizó prueba de Weber con dos diapasones, uno de 128 Hz y otro de 512 Hz, objetivándose en ambas que el sonido se lateralizó claramente al oído sano (izquierdo), hecho sugestivo de hipoacusia neurosensorial derecha.
Ante la sospecha de hipoacusia neurosensorial súbita (HNS), se instauró tratamiento precoz con corticoides orales en pauta descendente, acompañado de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y se solicitó una audiometría urgente en menos de 48 horas para confirmación diagnóstica. Se realizó contacto de manera telemática con Otorrinolaringología, quienes validaron el abordaje terapéutico.
La audiometría realizada dentro de las primeras 48 horas confirmó hipoacusia neurosensorial moderada en oído derecho. Se mantuvo tratamiento con corticoides orales, con mejoría parcial de la audición. Dado el antecedente viral reciente, se consideró probable origen postinfeccioso.
Tras la evaluación en consulta de Otorrinolaringología, se completó el manejo con sesiones de corticoides intratimpánicos. La paciente permaneció en seguimiento audiológico y a los tres meses presentó una recuperación parcial, aunque persistía una leve pérdida auditiva en frecuencias altas.

CONCLUSIONES

1. Importancia del diagnóstico temprano: La hipoacusia neurosensorial súbita es una urgencia médica que requiere un diagnóstico y tratamiento precoces para optimizar el pronóstico auditivo.
2. Utilidad de los diapasones en urgencias: La implementación de pruebas con diapasón, como la de Weber, en servicios de urgencias sin acceso a audiometría, mejora la precisión diagnóstica y agiliza el inicio del tratamiento adecuado.
3. Eficiencia y costo-efectividad: La adquisición de diapasones es

una inversión rentable (menos de 20 euros) que puede marcar una diferencia significativa en la atención de pacientes con hipoacusia, previniendo secuelas auditivas irreversibles.

P. #1026

CEFALEA, MAREO Y NÁUSEAS

Ignacio Ibáñez Soria, María Paz Ortega Mercader, Vicente Pla Jiménez, Alma Pardo Ribera, Salvador Vicioso Benítez, Luis Sáenz Casco

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1. Motivo de consulta: Mareo con inestabilidad.
2. Antecedentes personales:
Infarto lacunar crónico en núcleo lenticular izquierdo, mielinolisis central pontina (2023). Enfermedad de Crohn, espondilitis anquilosante con sacroileítis grado I-II, psoriasis, ex-alcohólico, consumo esporádico de cannabis, probable síndrome de piernas inquietas.
3. Episodio actual:
Varón de 55 años que, encontrándose previamente asintomático, comienza a las 9:30h con mareo con sensación de giro de objetos, náuseas sin vómito, inestabilidad y parestesias en hemicara derecha. Además, presenta ataxia de la marcha, requiriendo ayuda para caminar. Refiere cefalea hemicraneal derecha de varios días de evolución, más intensa la noche previa, con mejoría parcial con analgesia. No refiere alteraciones visuales, fiebre, síntomas digestivos ni dolor torácico.
Ante sospecha de isquemia aguda se activa código ictus desde el servicio de urgencias.
4. Exploración física:
Constantes: Tensión arterial 137/78 mmHg, frecuencia cardíaca 62 lpm, temperatura 36°C.
General: Consciente y orientado, normocoloreado, hemodinámicamente estable, eupneico en reposo.
Neurológico: Disartria leve, nistagmo multidireccional con componente vertical, diplopía en levoversión y tendencia a estrabismo divergente en posición primaria de la mirada del ojo derecho (OD), hipoestesia hemifacial derecha, sin asimetría facial ni alteraciones en la protrusión lingual, dismetría en dedo-nariz y talón-rodilla derechos, reflejo cutáneo plantar extensor. Escala NIHSS (National institute of Health Stroke Scale): 5 puntos.
5. Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: Creatinina 0.88 mg/dl, PCR 1.77 mg/dl*, Leucocitos 11.47 10^3/µl*, Neutrófilos 81.00 %* Linfocitos 11.60 %*, Plaquetas 182.00 10^3/µl, Fibrinógeno: 424.00 mg/dl.
Angio-TC de troncos supraaórticos y polígono de Willis:
Oclusión completa del segmento V1 y parte proximal del segmento V2 derecha con recanalización distal.
Vertebral izquierda y arteria basilar de calibre normal sin estenosis ni aneurismas.
Troncos supraaórticos y carótidas sin alteraciones significativas.
6. Evolución:
Ante la clínica del paciente y los hallazgos en neuroimagen, se confirma ictus isquémico vertebrobasilar. Se decide administración de alteplasa 67.5 mg intravenosa a las 13:53h, tras consentimiento informado del paciente. Se coordina traslado hospitalario a hospital de referencia con unidad de Ictus, que acepta el ingreso para manejo especializado.
A su llegada al hospital de referencia presenta constantes en rango, a la exploración neurológica se observa lo referido

anteriormente y skew OD con hipotropia en levoversión, sin disartria (NIHSS 4).
Se confirma ictus vertebrobasilar por oclusión de arteria vertebral (AV) derecha (V1-V2), ingresando en unidad de ictus.
Durante el ingreso se inicia doble antiagregación, hipolipemiantes, rehabilitación motora y tolerancia oral tras test de disfagia.
El estudio etiológico confirma infarto cerebeloso en territorio de arteria cerebelosa inferior posterior (PICA) derecha, con afectación de vermis y lesiones menores en hemisferio cerebeloso izquierdo, y oclusión de AV derecha sin signos de vasculitis.
En la exploración en planta presenta leve hipoestesia en hemicara derecha, dismetría MSD, NIHSS 2, mRS (Escala Rankin modificada) 1, deambula sin apoyo.
Ante estabilidad clínica se decide alta a domicilio, con revisión en dos semanas.
7. Juicio clínico:
Ictus isquémico vertebrobasilar con oclusión V1-V2 derecha, en probable relación con disección arterial.
8. Plan:
Adiro 100mg/24h, Clopidogrel 75mg/24h durante 3 semanas, Rosuvastatina/ezetimiba 20/10mg /24h.
Control estricto de tensión arterial y glucemia, modificación del estilo de vida.

CONCLUSIONES

El ictus isquémico vertebrobasilar es una emergencia neurológica grave con riesgo elevado de morbimortalidad. La activación precoz del código ictus, la neuroimagen urgente y el tratamiento trombolítico en ventana terapéutica son claves para mejorar el pronóstico funcional.
En este caso, la rápida administración de fibrinólisis intravenosa y el traslado a un centro especializado permitieron optimizar el manejo del paciente.

P. #1056

RABDOMIOLISIS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MCARDLE

Marta Palmero Calvo De Mora[1], Marta Auxiliadora Marqués Mayor[2]

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España
2. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos encontramos en consulta de urgencias hospitalarias cuando acude una mujer de 62 años con síndrome de McArdle en seguimiento por Neurología.
La paciente es derivada por su médico de atención primaria ya que objetiva en una analítica de rutina creatin-kinasa plasmática (CPK) 6400 con función renal creatinina 1,42 y filtrado glomerular 75. La paciente sigue seguimiento por neurología y como recomendaciones dadas no debe realizar ejercicio físico intenso.
La mujer refiere caída accidental en vía pública el día anterior a la extracción analítica y actualmente presenta equimosis en región lateral externa de muslo derecho.
A nuestra valoración en urgencias la paciente refiere astenia, sensación de fatiga y debilidad muscular. Refiere orinas algo más oscuras. Presenta buen estado general con estabilidad hemodinámica con tensión arterial 136/80mmHg y saturación de O2 97%.
Solicitamos pruebas complementarias. En analítica sanguínea se objetiva en bioquímica sanguínea con CPK 6760, creatinina 1,39 y filtrado glomerular 73, iones dentro de normalidad. Además valoramos radiografía de cadera y pelvis para descartar otros daños asociados.
La paciente ingresó en Observación de Urgencias donde se inició fluidoterapia con suero fisiológico 0,9% y analgesia, con diuresis mantenida y estabilidad hemodinámica. Contactamos con neurología que no indican actuación especial por su parte, debiéndose tratar en principio como toda rabdomiolisis con insuficiencia renal aguda. Recomiendan continuar con la dieta cetogénica y evitar sobreesfuerzos o ejercicio físico intenso.

CONCLUSIONES

La enfermedad de McArdle o glucogenosis tipo V es una enfermedad rara debido al déficit de miofosforilasa muscular, que produce incapacidad para degradar el glucógeno a este nivel. Está causada por mutación del gen PYGM. En situaciones de ejercicio intenso o situación estresante están expuestos a lisis celular, pudiéndose manifestar en forma de mioglobinuria y rabdomiolisis.
Al carecer esta enfermedad de tratamiento en la actualidad, se prioriza garantizar la prevención de rabdomiolisis y evitar las complicaciones de la misma.
De este caso clínico se puede extraer la importancia de diagnosticar la posible rabdomiolisis y sus complicaciones de forma precoz y favoreciendo una rápida recuperación. En nuestra paciente tras reposición hidroelectrolítica, los valores de CPK fueron descendiendo pasadas las primeras 24h. Considerando que hay pacientes que sus valores habituales basales rondan los 1000 U/L.

P. #1062

CUANDO EL ABDOMEN SE DETIENE: UN CASO DE PARÁLISIS COLÓNICA NO OBSTRUCTIVA

Laura Sinca Sánchez, Frank Lorenzo Arce Enriquez, Rosa Alonso Martínez, Gustavo Tolchinsky Wiesen, Carlos Hernández Ballesteros

Hospital Municipal de Badalona, Badalona, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia Actual:
Mujer de 72 años de edad que es traída a urgencias por cuadro de diarreas líquidas que iniciaron hace 10 días, en número de 4 a 6 deposiciones diarias, sin presencia de moco ni sangre. La paciente refiere que fue valorada hace una semana en otro centro por el mismo cuadro y fue tratada con fluidoterapia y corrección electrolítica, consta en informe hipopotasemia en 2.6 mmol/L. Acude nuevamente por persistencia de cuadro diarreico y gran distensión abdominal, niega fiebre termometrada o sensación distérmica.
Antecedentes Patológicos:
-Neoplasia pulmonar de células pequeñas con radiculoneuropatía sensitiva ascendente paraneoplásica asociada como forma de presentación (AntiHu) en control por Oncología y Neurología.
-SAHS con O2 domiciliario y CPAP.
-Osteoporosis.
-Mastectomía derecha por neoplasia de mama, libre de enfermedad.
Exploración física:
Aspecto General: Regular estado general, normocoloreada y deshidratada.EEII: sin edemas ni signos de TVP.
Respiratorio: Murmullo vesicular audible, sin ruidos sobreañadidos, SO2 basal 97%.
Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos; pulsos periféricos presentes, sin ingurgitación, ni reflujo hepato-yugular, FC 85x, TA 133/91 mmhg.
Abdomen: Globuloso, distendido, con ruidos hidroaéreos aumentados, sin reacción peritoneal, no doloroso, no visceromegalias.
Pruebas complementarias:
Hemograma: Leucocitos 5,28 x10^3 u/mcl, Hemoglobina 13,3 g/dl, Plaquetas 193 x10^3 u/mcl.
Bioquímica: glucosa 113 mg/dl, urea 42 mg/dl, creatinina 0,38 mg/dl, sodio 142,3 mmol/l, potasio 2,73 mmol/l, cloro 96 mmol/l. Toxina C.difficile negativa.
-Rx Abdomen: Distensión de asas intestinales tanto de intestino delgado como de intestino grueso con aire en ampolla rectal.
-TAC Abdominal: Engrosamiento parietal de colon transverso a nivel del ángulo esplénico asociado a colapso de colon descendente; dilatación de dolicosigma sin signos de obstrucción aguda.
Fibrocolonoscopia: Dólico-Megacolon con múltiples bucles, ausencia de lesiones orgánicas relevantes. No signos de volvulación sigmoidea. Pequeñas hemorroides de canal anal congestivas, No fisuras ni orificios fistulosos endoluminales.
Conclusión: La opción diagnóstica más probable, por la presentación clínica, patología basal y hallazgos endoscópicos indirectos, sería de colopatía adinámica tipo Ogilvie.

Diagnósticos Diferenciales:
—Ileo paralítico
—Vólvulo del sigmoide
—Megacolon tóxico
—Neoplasia de colon
—Pseudo obstrucción paraneoplásica
Orientación Diagnóstica:
Síndrome de Ogilvie en el contexto de un cáncer de pulmón de células pequeñas, dada la
clínica de distensión abdominal asociada a dolor y abdomen timpánico y que en las
radiografías se detecta aumento del calibre del colon ascendente y transverso y en la
fibrocolonoscopia ausencia de lesiones orgánicas.
Evolución:
Tras estudio se orienta como diarreas por rebosamiento en el contexto de impactación fecal debida a Sd. De Ogilvie. Tras enemas de limpieza en preparación de la colonoscopia, la distensión abdominal presenta una mejoría clara, pero no presenta deposiciones de forma espontánea. En la colonoscopia se orienta a probable Sd. Ogilvie. Pese a tratamiento con domperidona, lactulosa y posteriormente añadiendo eritromicina, no se consiguen deposiciones efectivas, salvo ocasionalmente con ayuda de sonda rectal.
Finalmente, se propone tratamiento con Neostigmina, inicialmente en bolus único de 2 mg bajo monitorización cardíaca y posteriormente en bolus de 0.5 mg preprandial durante 3 días con buen resultado, presentando deposiciones regulares y mejorando la tolerancia a la ingesta oral. Posteriormente, se pasa a piridostigmina oral y a las 48 horas sigue manteniendo deposiciones y tolerancia oral. Paralelamente, ha precisado suplementación proteica oral y fosfato endovenoso con buena respuesta. Dada la mejoría clínica se decide alta para seguir controles ambulatorios.

CONCLUSIONES

Orientación Diagnóstica:
Síndrome de Ogilvie en el contexto de un cáncer de pulmón de células pequeñas, dada la
clínica de distensión abdominal asociada a dolor y abdomen timpánico y que en las
radiografías se detecta aumento del calibre del colon ascendente y transverso y en la
fibrocolonoscopia ausencia de lesiones orgánicas.

P. #1065

UN EMPIEMA VACILÓN

Carlos Mario Cardozo García, Almudena García Santibáñez, Lucía Fernández Gutiérrez, Noelia Vicario Jiménez, Javier Oraa Pérez, Alberto Canales Moreno

Hospital Santos Reyes, Aranda De Duero, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 años traído por UME tras caída en vía pública con TCE y convulsión posterior con lenguaje incoherente. No relajación de esfínteres. Su hija refiere que lleva 2 semanas con picos febriles, cefalea, episodios de confusión con lenguaje alterado y algún episodio de conducta errática. No foco respiratorio ni gastrointestinal. Tratamiento reciente con cefuroxima por ITU.
Antecedentes personales: HTA, DL. Ictus isquémico lacunar en ganglios basales izquierdo. Amputación dedos mano (2016 y 2019) Cólico renal. Hábitos tóxicos: alcoholismo (vino y cerveza).
TA 121/77 FC 77 GLU 126 SAT02 98% T 38.2°C
ACP: rítmico, buena ventilación, leve crepitante superior izquierdo. EEII sin edemas. Neurológico: PINR. Moes normales. Campos visuales por confrontación normales. Consciente, orientado en espacio pero no en tiempo ni persona, obedece órdenes simples y complejas, discurso espontáneo incoherente. Afasia nominal intermitente. Glasgow 15.
Analítica: Hb 13.5 Plaq 481 Leucos 10.63x103 Neutrófilos 7.28x103 INR 1.12 Coagulación normal Glucemia 130 CR 2.13 Na 131 K 4.99 PCR 160.8.
TAC + angioTAC: No se evidencia sangrados agudos intracraneales ni hallazgos radiológicos que sugieran isquemia reciente. Lesión hipodensa ganglio basal-izquierda de aspecto isquémico-secuelar, estable. Atrofia cortical y central. Leucoraiosis.
Hemocultivos: negativos
>>>Ingreso en Neurología:
LCR: negativo
TC de cuello-torax-abdomen-pelvis: Consolidaciones periféricas posteriores en ambas bases pulmonares, más extensa en el lado izquierdo, de probable origen inflamatorio infeccioso. Adenopatía en hilio pulmonar derecho. Hidrops vesicular. Trombo mural excéntrico nivel de a bifurcación carotídea izquierda que no genera estenosis significativa tras reconstrucción multiplanar
RM de cerebro: Probable empiema hemisferico izquierdo con cerebritis a nivel frontobasal.
TC facial/senos: Sinusopatia fronto-etmoidal bilateral con disrupción de paredes oseas de seno frontal izquierdo asociando mínimo absceso subperióstico a nivel orbitario e hipodensidad de circunvoluciones supraorbitarias compatible con focos de cerebritis visualizado en RM a nivel intracraneal.
Evolución: Se contacta con Neurología de Hospital de referencia por sospecha de encefalitis, aceptando el traslado. Se realiza punción lumbar y se inicia antibioterapia de amplio espectro. Presenta leve deterioro neurológico. Se realiza VEEG sin datos de crisis y se confirma la presencia de un EMPIEMA CEREBRAL decidiendo ingreso en UCI. Se amplia cobertura antibiótica y se añade corticoterapia con mejoría progresiva. Valorado por C.Vascular y ORL no considerando intervención quirúrgica, manteniendo tratamiento médico. Dada la mejoría clínica se decide alta a Neurocirugía donde presenta de nuevo deterioro neurológico con somnolencia, afasia, hemiparesia y hemianopsia derecha, fiebre y movimientos tónico-clónicos en hemicuerpo derecho sugestivos de status focal. Se incrementa medicación antiepiléptica y se repite RM con progresión del empiema cerebral. Se decide evacuación quirúrgica urgente sin incidencias. Durante el postoperatorio, presenta recuperación progresiva del nivel de consciencia y la focalidad neurológica, encontrándose consciente, desorientado y agresivo en ocasiones. Mejoría en la emisión del lenguaje con algún bloqueo.

CONCLUSIONES

1. El absceso cerebral es un proceso supurativo focal del parénquima cerebral. Se presenta inicialmente como una zona de edema (cerebritis) que evoluciona hasta convertirse en unos 10-14 días en una colección purulenta envuelta por una cápsula fibrosa
2. A pesar de su baja incidencia, debemos de considerar su diagnóstico diferencial dada la gravedad del mismo.
3. El diagnóstico se realiza con prueba de imagen con RMN ó TAC.
4. Los síntomas suelen ser progresivos de varios días donde puede aparecer fiebre, cefalea, somnolencia, vómitos, convulsiones, rigidez de nuca y otros signos de disfunción cerebral. Sin tratamiento, los síntomas progresan con rapidez y conducen al coma y a la muerte.
5. El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico, antibióticos y, a veces, anticonvulsionantes
6. A pesar de los avances en las técnicas diagnósticas y en la terapeútica, las cifras de mortalidad siguen siendo elevadas (5%-20%) con secuelas neurológicas importantes en los supervivientes

P. #1068

ICTERICIA NO OBSTRUCTIVA, UN DIFERENCIAL ENTRE LO URGENTE Y LO EXCLUYENTE

Camilo Alexander González González, Juan Pablo Floriano Mora, Vanesa Pascual Granollés

Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años, sin antecedentes relevantes, consulta por 3 días de ictericia mucocutánea indolora y coluria, sin fiebre ni clínica constitucional. Niega otro tipo de sintomatología, no hay trasgresiones farmacológicas ni nutricionales y no refiere viajes recientes. A la exploración, destacan la ictericia y hepatomegalia. La analítica inicial muestra ALT/AST 972/1050 UI/L, GGT/ FA 568.2/350.4 UI/L, albúmina 3.17g/dL, bilirrubina 5.37mg/dL (directa 4.5mg/dL), PT 16.1 Seg. La TC abdominal con contraste describe signos de cirrosis hepática e hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo (con lesión inespecífica de 15 mm) y signos de hipertensión portal sin otras alteraciones. Las serologías víricas iniciales fuero negativas.

Ingresa en Digestivo para estudio etiológico de cirrosis hepática Child B MELD-Na 18. Se realizó una RM hepática que confirmó los hallazgos de la TC e identificó la lesión hepática como un hemangioma, sin imágenes sugestivas de carcinoma hepatocelular. Se añade estudio de serología de virus hepatotropos, estudio de hierro y cobre negativos y destaca inmunoglobulina G elevada 3299 mg/dL. Se amplía el estudio con autoinmunidad: ANAs positivos a títulos 1/320 (AC-4), IgG anti ENA >200 y Anti-Ro (TRIM21) >1685, anti-SLA y anti-Ro52 positivos. Resto del estudio negativo.

Ante la sospecha de etiología autoinmune, se realizó biopsia hepática por ecoendoscopia e inició corticoterapia con prednisona 60 mg/día. La paciente se mantuvo clínicamente estable, se decidió dar el alta en espera de resultados.

Tras 2 semanas de egreso e inicio de tratamiento, hay una mejora en perfil hepático (ALT/AST 282/96, GGT/FA 652/200, descenso de bilirrubina total 2.14mg/dl) y descenso de IgG 2900. La biopsia hepática describe hepatitis crónica con actividad portal y lobulillar moderada; fibrosis severa y cambios de regeneración nodular sin cambios sugestivos de malignidad. Se inició azatioprina 50 mg/día con disminución paralela de corticoterapia en pauta descendente.

CONCLUSIONES

La (HAI) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por una elevación de las transaminasas, hipergammaglobulinemia, presencia de anticuerpos circulantes y anomalías en la biopsia hepática.1 Su curso puede ser progresivo y, en ausencia de tratamiento, conducir al desarrollo de cirrosis, fallo hepático y muerte. La prevalencia en Europa oscila entre 15-25 casos cada 100000 habitantes.2 Existen dos picos de incidencia (de 10-30 años y de 40-60 años), se subdivide en HAI I y HAI II. El predominio femenino ocurre en adultos (71%-95% mujeres).1 La etiopatogenia es desconocida, aunque intervienen factores genéticos (moléculas HLA de clase II) y ambientales (virus, fármacos o productos de herbolario) El diagnóstico en muchas ocasiones es complejo, dado el curso evolutivo heterogéneo y la asociación con otras enfermedades hepáticas como la colangitis biliar primaria, la colangitis esclerosante primaria, la toxicidad por fármacos y la enfermedad hepática grasa,2 ausentes en nuestra paciente.

En este caso, primero se descartó de forma urgente una causa obstructiva de ictericia. Posteriormente se descubrió cirrosis estable, sin descompensación aguda, aunque con hallazgos de insuficiencia hepática.

La HAI sigue siendo un diagnóstico de exclusión. La negatividad de múltiples estudios, la IgG elevada, positividad de anticuerpos y los hallazgos de biopsia hepática, según los criterios diagnósticos simplificados desarrollado por el International Autoinmune Hepatitis Group (IAIHG),3 un score de 9 se considera un diagnóstico definitivo. Se inició manejo con corticoterapia y tras evaluar la respuesta al tratamiento se inicia inmunosupresor. Las tasas de supervivencia de pacientes con HAI a los 10 y 20 años de un centro británico no trasplantador son de 91 y 70%.3 La evolución dependerá del grado de fibrosis en el que se diagnostique y las complicaciones asociadas, la respuesta al tratamiento y el control de las complicaciones derivadas de la cirrosis.

P. #1081

DILATACIÓN GÁSTRICA MASIVA DE PECULIAR ORIGEN

Stefanía Salazar Martínez, Marta Lara Armenteros, Claudia Piqueras Pérez, Marina Fernández Alcázar, Beatriz De Villalonga Zornoza, Noelia García-Pozuelo Adalia

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 95 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva, anemia normocítica crónica, deterioro cognitivo moderado, esofagitis péptica grado C, fiebectasias esofágicas, úlceras gástricas y duodenales Forrest IIa y III, gastritis crónica activa superficial de mucosa oxíntica, con presencia de Helicobacter pylori, sin evidencia de malignidad. Acude al Servicio de Urgencias (SU) por cuadro compatible con insuficiencia respiratoria moderada, caracterizada por taquipnea, tos y expectoración mucopurulenta con desaturación hasta 92% con FiO2 al 21%, así como negativa a la ingesta, estreñimiento alternante con deposiciones diarreicas, náuseas y vómitos con dolor abdominal y deterioro cognitivo progresivo junto a desorientación de una semana de evolución desde su último ingreso por una hemorragia digestiva alta a causa de sobreingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). No presencia de fiebre, dolor torácico u otro síntoma asociado.

A la exploración física presenta regular estado general con tendencia a la hipotensión, está consciente y parcialmente desorientada con deshidratación y palidez mucocutánea, desnutrición, hipoperfusión y taquipnea. Auscultación cardiopulmonar con taquicardia sinusal a 106 latidos por minuto y crepitantes bibasales con roncus y sibilancias bilaterales aisladas. A nivel abdominal, presenta dolor con la palpación generalizada y ruidos hidroaéreos (RHA) presentes sin datos de irritación peritoneal. En extremidades superiores e inferiores los pulsos periféricos están presentes y no hay edema o signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica sin alteraciones.

Durante su estancia en el SU se realizó analítica sanguínea en la que destaca hemoglobina de 11.7 g/dl, creatinina de 1.27 mg/dl con filtrado glomerular de 39 ml/min/1.73m^2, elevación de Fosfatasa Alcalina de 128 UI/l y Gamma-GT de 189 UI/l con una Proteína C Reactiva de 12.40 mg/dl. A nivel del sistemático de orina se encontró leve elevación de leucocitos con cilindros hialinos frecuentes y bacterias aisladas. En la radiografía de abdomen se aprecia gas distal sin dilatación de asas y en el tórax dudosa condensación basal izquierda.

Se procede a ingresar a la paciente a cargo de Medicina Interna con diagnóstico de infección respiratoria de probable etiología broncoaspirativa secundaria a vómitos en el contexto de cuadro de estreñimiento de una semana de evolución, fracaso renal agudo, patrón colestásico y negativa a la ingesta.

Durante el ingreso se completó el estudio con un angioTC ante la persistencia de la clínica digestiva con RHA ausentes, con en el que se objetivó una gran dilatación gástrica sin datos de sangrado agudo. Dicho cuadro pseudooclusivo de larga evolución secundario a la toma crónica de AINE fue tratado de forma conservadora con la colocación de una sonda nasogástrica con salida de vómitos fecaloideos, enemas por turnos, sonda rectal y procinéticos (Eritromicina, Metoclopramida, Dexametasona y Gastrografin) con lo que se resolvió finalmente el cuadro y fue dada de alta.

CONCLUSIONES

Las úlceras gastro-duodenlaes de distintas etiologías (mixta en el caso de nuestra paciente por toma de AINE y presencia de Helicobacter pylori no tratado) puede provocar de forma secundaria estenosis a nivel del píloro que, si no se diagnostica a tiempo y se suma a la situación basal de la persona, puede llegar a ocasionar una obstrucción completa con consecuencias devastadoras.

Por esto, es importante recordar que, tanto la polifarmacia como la sintomatología en el anciano frágil, debe tener una vigilancia estrecha, evitando así este tipo de efectos secundarios como el ocurrido en nuestra paciente por la toma descontrolada de AINE. Por ende, es fundamental la conciliación de la medicación en cada visita siguiendo los criterios STOPP/START, siempre valorando el riesgo y beneficio de cada fármaco para su correcto uso.

P. #1086

QUE LA NIEBLA NO TE IMPIDA VER LA CRISIS ADDISONIANA

Patricia Martínez Galán, Antonio Jesús Ruiz Aguilera, Minerva Pérez Herreros, María Martínez Díez, Rebeca Soto Olarte, Ione Villar García

Riojasalud, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DM2), esofagitis y hemorragia digestiva alta (HDA) en 2022, adenoma hipofisario gonadotropo (AHG) intervenido en 2023 con panhipopituitarismo secundario; que acude a urgencias por vómitos.

El paciente refiere malestar epigástrico de 24 horas de evolución y pico febril hasta 38°C. Por la tarde ha comenzado con vómitos con restos hemáticos y deposiciones diarreicas, de características normales.

A su llegada a urgencias se encuentra taquicárdico a 110 latidos por minuto, con tensión arterial (TA) 125/59 mm Hg, 39,5°C, saturación O2 97 %, frecuencia respiratoria 13.

La auscultación cardio-pulmonar es normal, el abdomen es blando y depresible, con molestias a la palpación en epigastrio y el tacto rectal, no muestra restos hemáticos.

Se inicia tratamiento en urgencias por sospecha de HDA, con fluidoterapia, omeprazol, antieméticos y antitérmicos a la espera de pruebas complementarias.

Se realiza radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. En cuanto a la analítica, destaca: Creatinina 2,01, resto de bioquímica normal, gasometría venosa con pH 7,31, pCO2 54, pO2 40, HCO3 27, lactato 59. Hemoglobina 13,5, plaquetas 275.000, leucocitos 11.400 con fórmula normal, PCR 185. Virus respiratorios: Sars-Cov-2 positivo.

Se solicita gastroscopia urgente por antecedentes de HDA por esofagitis, dolor epigástrico y vómitos con restos hemáticos, que informan como único hallazgo hernia de hiato.

El paciente se encuentra ahora con TA 80/50 mmHg mantenida a pesar de fluidos y mantiene taquicardia a pesar de estar afebril. Se encuentra confuso. No ha vuelto a vomitar.

Reinterrogamos al paciente y a sus familiares una vez descartada HDA que justifique el cuadro y refiere que dado que llevaba varios días con malestar epigástrico, decidió no tomar la medicación que tenía pautada y por lo tanto llevaba varios días sin tratamiento en domicilio (no ha tomado metformina, hidroaltesona, levotiroxina, ni testosterona), por lo que se podría tratar de una crisis addisoniana, secundaria al abandono de tratamiento por molestias epigástricas, con una infección concomitante por virus Sars-Cov-2.

En ese momento se inicia hidrocortisona intravenosa y se refuerza la sueroterapia. El paciente mantiene cifras de hipotensión mantenida en torno a 80/50 mmHg por lo que ingresa en Unidad de Medicina Intensiva para tratamiento con fármacos vasoactivos. Responde adecuadamente, pasando a planta a los tres días de tratamiento. La evolución fue favorable, con alta a los pocos días retomando su tratamiento habitual.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso complejo, en el que confluyen varias patologías que pueden simular la niebla y no dejarnos ver de inicio la patología principal como es el caso; sospechando la HDA por los antecedentes y la descripción del vómito, la taquicardia, la hipotensión posterior, la infección por Sars-Cov-2 y la fiebre.

Tenemos un paciente con un panhipopituitarismo secundario que si bien, no es una causa tan frecuente de asistencia en urgencias, en pacientes concretos debemos tenerla en cuenta.

El diagnóstico de la crisis addisoniana en urgencias es eminentemente clínico, el inicio de tratamiento corticoideo no puede demorarse hasta la confirmación en laboratorio. Cursa con hipotensión mantenida, síndrome constitucional, fiebre, afectación gastrointestinal y afectación del sistema nervioso central.

En este caso como factor desencadenante tenemos el cese brusco de tratamiento en domicilio a causa de molestias epigástricas. Es una una urgencia médica, de alta letalidad, que debemos tener en cuenta pese a que no sea una causa frecuente de asistencia en urgencias.

P. #1087

NO ES HERNIA TODO LO QUE PROTRUYE

Anna Felip Palaus, Paula Cortés Roig, Anna Gill Martínez
Hospital Santa Caterina (Institut d'Assistència Sanitària), Salt, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a urgencias un varón de 61 años natural de Gambia, con hipertensión arterial en tratamiento con 2 fármacos. Reconsulta por dolor abdominal difuso de mínimo 2 meses de evolución que ya ha motivado múltiples consultas al centro de salud y ha aumentado de intensidad las últimas 24h. Afebril, sin vómitos ni diarrea, refiere exacerbación del dolor con la ingesta y las deposiciones. El cuadro se acompaña de anorexia y pérdida de peso no ponderada.
En la exploración física a urgencias, el paciente mantiene estado general conservado con todas las constantes vitales correctas. Presenta abdomen con peristaltismo reducido, doloroso con defensa a la palpación difusa de predominio periumbilical. Destaca bultoma pétreo a nivel umbilical, muy doloroso a la palpación y no reductible. Sin claros signos flogóticos ni cambios cutáneos.
Ante sospecha de hernia umbilical estrangulada, se administra analgesia endovenosa y se contacta con cirugía de guardia. Cirugía plantea diagnostico diferencial con nódulo de la hermana María José e indica tomografía axial computerizada (TAC) para estudio.
El TAC describe lesión pancreática sugestiva de proceso neoproliferativo primario pancreático con lesiones pulmonares y hepáticas sugestivas de metástasis y signos de carcinomatosis peritoneal. Nódulo hipodenso de aspecto quístico necrótico en región umbilical de 22mm de diámetro máximo, sugestivo de implante peritoneal.
Ante los resultados, el paciente ingresa en medicina interna para estudio.
Durante el ingreso, se confirma neoplasia de origen pancreatobiliar estadio IV por diseminación peritoneal y hepática y se inicia quimioterapia de primera línea junto con tratamiento sintomático. Previo al alta, se deriva el paciente a unidad de paliativos.

CONCLUSIONES

Se conoce como Nódulo de la Hermana María José al implante peritoneal palpable que protruye a nivel umbilical. Se caracteriza por ser una tumefacción dura a este nivel del abdomen y a menudo se acompaña de cambios de coloración en la piel por necrosis y/o sobreinfección del tejido ulcerado. Se asocia más frecuentemente con neoplasias de origen intraabdominal, siendo el carcinoma gástrico y pancreático el más común en varones y ovárico en mujeres. Pese ser una entidad poco frecuente, su sospecha es de vital importancia debido a que traduce enfermedad oncológica avanzada de mal pronóstico y facilita el diagnóstico citológico mediante biopsia del nódulo. Por ello, debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de la hernia umbilical complicada.
Debido a su baja prevalencia, se dispone de pocas imágenes en la bibliografía de pacientes con nódulo de la hermana María José. A esta limitación se añade un importante sesgo racial: la gran mayoría de fotografías en internet corresponden a pacientes caucásicos. Esto dificulta aún más la sospecha de la entidad en pacientes de piel negra, casos en qué los cambios de coloración se expresan de forma distinta a la que figura en los libros sesgados de la medicina occidental.
Ante esta realidad, consideramos el caso de especial interés no sólo para ilustrar una entidad poco frecuente sino también para poner en relieve el importante sesgo racial al que estamos sujetos. En este sentido, aportamos imágenes de la exploración física de nuestro paciente para colaborar en la corrección del déficit de representación en la bibliografía.

P. #1089

DOCTORA, NO VEO: ¿SON TODAS LAS AURAS TÍPICAS EN LA MIGRAÑA?

Lia Araújo Reis[1], Paloma Mora Raimundo[1], Jimena Riesco Varas[1], Elena Asensio García[1], Carlota Clemente Callejo[2], Enrique Del Toro Daza[2]

1. Médico Interno Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España
2. Facultativo Especialista Área. Servicio Urgencias Hospitalaria. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 18 años con antecedentes de cefalea episódica de componente mixto migrañoso-tensional, con algunos episodios con destellos luminosos y visión borrosa en campo visual derecho previos a la cefalea, de menos de una hora de duración. Realiza tratamiento con paracetamol a demanda, con buena respuesta. Acude al Servicio de Urgencias por persistencia de los destellos y de visión borrosa en hemicampo derecho de 9 días de evolución, tras cefalea de características migrañosas, similares a sus previas, autolimitada.

A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra consciente, alerta, sin cefalea, afebril y hemodinámicamente estable. Se realiza exploración física completa, incluida exploración neurológica, con el hallazgo de una hemianopsia homónima derecha, de mayor densidad en el sector central.

Ante la evolución y la focalidad neurológica, se solicita TAC craneal urgente en el que se objetiva una lesión sólido-quística en región occipital izquierda, con captación de contraste en anillo y edema vasogénico perilesional, sin evidencia de herniación. Con estos hallazgos, se realiza interconsulta al Servicio de Neurocirugía que deciden el ingreso del paciente para completar estudio de dicha lesión, sin actitud neuroquirúrgica urgente en el momento de la valoración.

CONCLUSIONES

La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en el Servicio de Urgencias Hospitalaria (SUH) y supone el 25% de las consultas de los Servicios de Neurología. Según la Sociedad Española de Neurología, más del 90% de la población española ha sufrido algún episodio de cefalea y el 46% presenta algún tipo de cefalea.

El diagnóstico es clínico y se basa en una historia clínica detallada, así como en la descripción de las características del dolor (localización, intensidad, duración, factores desencadenantes,...). Es fundamental realizar un análisis de los síntomas acompañantes, como náuseas, fotofobia, fonofobia, o aura, que pueden orientar hacia un tipo específico de cefalea. Se dividen en primarias y secundarias. Las primarias incluyen la cefalea tensional, la migraña y la cefalea en racimos, mientras que las secundarias se deben a patologías subyacentes, como infecciones, traumatismos o tumores.

Dentro de las cefaleas primarias, la migraña es una de las más frecuentes y debilitantes, afectando especialmente a mujeres jóvenes. Su diagnóstico se basa en los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), que incluyen episodios recurrentes de dolor de cabeza típico (de localización unilateral, tipo pulsátil, de moderada/severa intensidad y que puede durar de 4 a 72 horas) acompañado de náuseas y/o vómitos, sensibilidad a la luz, al sonido, y la exclusión de otros tipos.

La migraña puede presentarse con aura, una manifestación neurológica transitoria que precede o acompaña a la cefalea. El aura más común es visual (destellos, pérdida de visión parcial, escotomas), pero también existen auras sensitivas, motoras o del lenguaje. Su duración suele ser menor de 60 minutos.

Los criterios de alarma de las cefaleas incluyen: inicio súbito, aura atípica (de más de 1 hora), aura sin cefalea, cambios en el patrón habitual, fiebre, alteraciones del estado mental, síntomas neurológicos focales, primer episodio en pacientes con antecedentes de cáncer, inmunosupresión o traumatismo craneal, entre otros. En estos casos, se debe solicitar un TC craneal urgente para descartar causas secundarias.

En el caso presentado, el paciente tenía síntomas de alarma como cefalea con aura atípica y focalidad neurológica persistente. La imagen evidenció una lesión ocupante de espacio, justificando su ingreso y estudio adicional. Este caso resalta la importancia de evaluar las cefaleas con síntomas atípicos en el SUH para detectar patologías graves a tiempo, ya que un diagnóstico precoz puede marcar la supervivencia, el pronóstico del paciente; y un tratamiento adecuado y oportuno reduce el riesgo de complicaciones neurológicas.

P. #1091

CEFALEA PERSISTENTE Y ALTERACIÓN CONDUCTUAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

José Herrera Díaz, Lorena Martín Horcajada, Alejandro Becerra Wong, Laura Royuela Del Olmo, Sedigueh Arzili Moguim

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 30 años sin antecedentes médicos relevantes, acude a Urgencias por cefalea opresiva frontal bilateral de 10 días de evolución, catalogada en 2 oportunidades previas como migraña (asociaba fotofobia, fonofobia, náuseas y algún vómito). Se le administró analgesia con mejoría parcial. Sin embargo, en las últimas 24 - 48 horas, presentó fallos de memoria, inatención y desorientación, incluyendo un episodio en el que olvidó a su hijo de 18 meses en la puerta de casa. Refirió contacto previo con su hijo, quien habría presentado enfermedad de mano-pie-boca por virus Coxsackie A16 en la última semana.

En la exploración inicial, se encontraron signos vitales normales y sin hallazgos neurológicos concluyentes (salvo una deambulación con tropiezos espontáneos, sin ataxia). Se realizaron pruebas complementarias sin alteraciones, aunque la TAC craneal (que descarta patologia vascular o lesiones ocupantes de espacio) resaltó el hallazgo de unos surcos cerebrales poco diferenciables, sin poder confirmar un carácter patológico.

A las 2 horas desde su llegada, presentó deterioro neurológico agudo con afasia, desorientación en 3 esferas, relajación de esfínter urinario, heminegligencia derecha y marcha atáxica, por lo que se activó el Código ICTUS y se solicitó ampliar a Angio TAC craneal con contraste, considerando también un posible diagnóstico diferencial con encefalitis debido al contacto con virus Coxsackie y la clínica neurológica atípica.

Durante el traslado a radiología, paciente inicia agitación y agresividad, no permitiéndo el correcto decúbito supino, asi mismo se evidenció posible cuadro de HTIC con bradicardia en 50 lpm, taquipneico sutil en 22 rpm y TAS > 180 mmHg. Se indicó sedación con midazolam y fentanilo; sin embargo, debido a su refractariedad e inestabilidad, se solicitó valoración por UCI, quienes decidieron su ingreso para monitorización.

En los días posteriores, se realizaron Angio-TAC de cráneo y TSA, así como RM cerebral, cuyos hallazgos fueron oco concluyentes debido a artefactos de movimiento. La punción lumbar mostró 300 leucocitos (80% mononucleares), hiperproteinorraquia y glucosa normal, orientando el diagnóstico inicialmente hacia una encefalitis viral vs inmunomediada.

Se inició tratamiento empírico con aciclovir, dexametasona y antibioterapia de amplio espectro, posteriormente suspendida tras descartar infección bacteriana. A pesar de una mejoría clínica progresiva, persistieron episodios de desinhibición conductual y euforia transitoria. Se completó un tratamiento con aciclovir durante 14 días, sin confirmación microbiológica del agente causal (negativo en LCR para virus CMV, Enterovirus, VHS-1, VHS-2, VHS-6, parechovirus, VVZ, ANTI-NMDA).

Neurología catalogó el caso como encefalitis de probable origen vírico por expresión en LCR y mejoría clínica precoz tras inicio de tratamiento, sin confirmación microbiológica.

CONCLUSIONES

La encefalitis viral es una inflamación del parénquima cerebral causada por diversos agentes infecciosos, incluyendo herpesvirus, enterovirus y arbovirus. Su presentación en adultos varía desde síntomas inespecíficos, como cefalea y fiebre, hasta manifestaciones neurológicas graves, como alteraciones cognitivas, trastornos del comportamiento y déficit neurológico focal. El diagnóstico es un desafío, especialmente cuando no se obtiene confirmación microbiológica del agente causal. Sin embargo, la identificación temprana y el tratamiento precoz con antivirales y corticoides son esenciales para reducir la morbilidad y evitar secuelas neurológicas permanentes.

En este caso, un paciente con cefalea persistente y deterioro neurocognitivo progresivo presentó hallazgos inespecíficos en neuroimagen, pero un perfil inflamatorio en el líquido cefalorraquídeo altamente sugestivo de encefalitis viral. A pesar de la ausencia de aislamiento microbiológico, la respuesta favorable al tratamiento empírico apoyó este diagnóstico. Este caso enfatiza la importancia de considerar la encefalitis viral como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con cefalea y síntomas neurológicos, destacando la relevancia del abordaje clínico integral y el inicio de tratamiento temprano en Urgencias para mejorar el pronóstico.

P. #1096

LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES EN UNA CEFALEA QUE NO MEJORA

Marta Docio Alfaya, Luisa Fernanda Villate Robles, Verónica Mate García, Pablo Palacio Alvare, María Rodríguez Armas, Nagore Rojo Ruiz

Servicio de Urgencias Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 30 años que acude a urgencias en contexto de cefalea opresiva en casco, intensa y persistente, de una semana de evolución. Más de tres reconsultas en urgencias por dicha sintomatología. En la tercera consulta, se incide en historia clínica, donde la paciente insiste en empeoramiento clínico con la bipedestación, lo que le está incapacitando su vida diaria. Previamente asintomática, hasta la realización de una cirugía electiva 7 días antes de un hamartoma retrorectal. El procedimiento había transcurrido sin incidencias, realizandose vía laparoscópica d'hamartoma retrorectal amb laparoscopia con necesidad de anestesia general (no anestesia epidural ni bloqueo lumbar).

Ante persistencia clínica con imposibilidad para la bipedestación se contacta con el servicio de neurología. Reinterrogando a la paciente, comenta una cefalea de predominio cervical-occipital opresiva que aparece con la sedestación/bipedestación y desaparece en decúbito asociada a acúfenos. No alteraciones visuales. No náuseas. Sí fotofobia y sonofobia leves. Los síntomas se han mantenido persistentemente desde el día posterior a la cirugía, sin respuesta a analgesia convencional ni tampoco a triptanes. La limita de forma severa para su día a día, está tumbada la mayor parte del día. En los últimos días empeora con el Valsalva.

Se orienta como cefalea de hipotensión licuoral, lo que hace replantearse el diagnóstico inicial de hamartoma retrorrectal, revisandose las imágenes prequirúrgicas de la lesión intervenida, orientandose como meningocele
sacro. Ante dicho hallazgo, se ingresa a la paciente para realización de resonancia magnética que informa de cordón y cono medular de
señal y morfología normanormales (cono medular a la altura del cuerpo L2), que determina una imagen sugestiva de meningocele o pseudomeningocele presacro a la altura del lado derecho de S3-S4, imagen congruente con hipotensión intracraneal.

Se comenta con equipo de Neurocirugia orientando como conclusión clínica y radiológica como fístula LCR a nivel sacro. Posteriormente se decide intervención quirúrgica electiva para reparación de la fístula vía robot, quedando finalmente la paciente asintomática.

CONCLUSIONES

Los hamartomas quísticos retrorrectales son tumores congénitos multiloculados, poco frecuentes y derivados de remanentes embrionarios posanales que a menudo no se diagnostican debido a su rara incidencia, localización anatómica y su presentación clínica inespecífica. El procedimiento de elección es la cirugía, ya sea vía abdominal, rectal o laparoscópica en función de su localización. Sus complicaciones más frecuentes son la sobreinfección, la generación de fístulas o la degeneración a malignidad, si no son intervenidos.

En este caso, por el tipo de procedimiento, no es frecuente la aparición de una fístula de líquido cefalorraquideo, por ello, el equipo inicial no sospechó la cirugía como posible causa del inicio de la cefalea (puesto que el procedimiento se había realizado vía anestesia general, no regional). Igualmente gracias a la Hª clínica, se pudo obtener más información de las características de la cefalea, orientandose más como una cefalea de características de hipotensión licuoral, motivo por el que se pudo realizar un diagnostico más certero, pudiendose intervenir a la paciente y resolviendo la cefalea incapacitante que presentaba.

P. #1104

UN SOSPECHOSO NO TAN HABITUAL

Alberto López Martín, Luis María Martín Rodríguez, Iliana Natacha León Caicedo, Manuel Melo, Carolina Alexandra Ricardo Jiménez

Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 86 años con antecedentes personales de demencia moderada-severa (GDS 6) con alteraciones psicoconductuales secundarias, dependencia moderada y enfermedad renal crónica traída al servicio de Urgencias por sus familiares por bajo nivel de conciencia.

72 horas antes fue valorada en otro centro por mismo motivo, siendo diagnosticada de síndrome confusional hipoactivo dado reciente ajuste de neurolépticos (24 horas antes le habían iniciado parche de rivastigmina), que retiran e inician pauta de quetiapina; inicialmente con buen resultado. Pruebas complementarias solicitadas normales.

A su llegada a Urgencias, paciente con bajo nivel de conciencia, aunque ocasionalmente emite frases sencillas y moviliza extremidades. Llama la atención la hipotermia marcada (Tª 31°C), Tensión Arterial 90/60 Frecuencia Cardíaca: 40lpm

Resumen PPCC:

- Analítica sanguínea: Hemoglobina 11.8 g/dl, 4210 leucocitos/ul, 156000 plaquetas/ul, IN 1.16, urea 56 mg/dl, Glucosa 161, Creatinina 0.69 mg/dl, Na 133 mmol/L, K 4.8 mmol/L, Bilirrubina total 0.1mg/dl, troponina I 32 pg/ml (<60), LDH 357, GPT 74, GOT 10, FAL 103, Proteína C reactiva 4.2mg/L (<5.0).
- Sistemático de orina: sedimento sin elementos anormales. Tóxicos en orina negativos.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, no infiltrados parenquimatosos ni derrame pleural.
- TC de cráneo: estudio sin signos de patología aguda intracraneal.
- Electrocardiograma: bradicardia sinusal a 35lpm. BAV 1° grado. No alteraciones agudas de la repolarización.

Dados los parámetros clínicos citados (bajo nivel de conciencia, hipotermia, hipotensión y bradicardia) y una vez descartados los eventos urgentes más frecuentes (infecciones, eventos cardíacos o cerebrales, intoxicaciones,...) se amplía el diagnóstico diferencial solicitándose hormonas tiroideas (únicamente se recibe resultado de TSH urgente, con resultado de >150.000); por lo que ante cuadro compatible con coma mixedematoso, se inicia tratamiento con Hidrocortisona (100mg) y tiroxina endovenosa (500mcg).

A pesar de ello, en las siguientes horas, la paciente presenta una crisis comicial con deterioro respiratorio (alta sospecha de broncoaspiración), falleciendo finalmente.

CONCLUSIONES

El coma mixedematoso es una complicación grave del hipotiroidismo que puede ser fatal si no se diagnostica y trata a tiempo. En los últimos 50 años la prevalencia del mismo ha venido descendiendo de forma significativa, gracias a la popularización de las determinaciones de hormonas tiroideas en analíticas rutinarias, así como a la mejora de los tratamientos. No obstante, en los servicios de urgencias, resulta fundamental mantenernos alerta sobre su diagnóstico, debido a su alta tasa de mortalidad, que incluso con el diagnóstico y tratamiento adecuados alcanza hasta el 25%.

El coma mixedematoso suele presentarse, como en nuestro caso, en personas mayores y mujeres, y puede ser desencadenado por factores como infecciones, exposición al frío, uso de ciertos medicamentos, y la interrupción del tratamiento con hormonas tiroideas

La vigilancia continua y el reconocimiento oportuno del coma mixedematoso pueden reducir significativamente la morbilidad y mortalidad asociadas a esta condición. Por lo tanto, es fundamental que el personal de urgencias esté bien informado y capacitado para identificar y tratar esta emergencia endocrina de manera efectiva

P. #1110

¿HIPOGLUCEMIA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR?

María Del Carmen Orts Cansino, Ana Bayo Sevilla, Paloma Arias García, Javier Ordovás Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y dislipemia. Portador de sensor para monitorización continua de glucemia. En tratamiento con insulina lenta e insulina rápida a dosis correctora, además de antihipertensivo y estatina.

Es atendido en el gimnasio por el servicio de soporte vital avanzado, por comenzar, durante carrera en cinta, con mal estar general, dolor torácico atípico, disminución del nivel de conciencia y tendencia a la somnolencia. Presentaba glucemia 30mg/dl, por lo que se administró 2 ampollas de glucagón. Tras ello, presentaba glucemia de 200mg/dl y continuaba con tendencia somnolencia, presentando disartria y desviación de la comisura labial izquierda, por lo que es derivado al servicio de urgencias.

A su llegada al servicio de urgencias, paciente con amnesia del episodio y tendencia al sueño, lo que dificulta la exploración, evidenciando leve disartria y facial izquierdo.

Por el dolor torácico atípico (en paciente diabético) durante ejercicio, se realiza electrocardiograma, evidenciándose elevación de onda ST, por lo que se alerta al servicio de cardiología de guardia, que tras su valoración mediante ecocardiografía descartan que el paciente presente patología cardiológica en este momento.

En la analítica de sangre realizada tampoco se evidencian alteraciones.

Tras descartar causa cardiológica y no tener alteraciones a nivel de analítica de sangre, manteniendo en ese momento el paciente niveles de glucemia normales, continúa presentando disartria, facial izquierdo y tendencia a la somnolencia. Por todo ello, se solicita TAC cerebral y valoración de urgencias por Neurología. No hay hallazgos en el TAC, pero tras valoración por neurología se sospecha Ictus isquémico (LACI) cerebeloso izquierdo, ingresando en la unidad de ictus.

El día después del ingreso, el paciente recuerda lo ocurrido: Al llegar al gimnasio saltó alarma de sensor de glucemias por cifras de 240mg/dl, lo que interpretó como elevado y se administró dosis extra de insulina rápida previa a comenzar a hacer ejercicio. Tras 30 minutos de carrera en cinta comenzó con mareos, sudoración profusa y síncope.

Se realizaron doppler de troncos supraórticos, presentando placas escleróticas excrecentes que no condicionaban estenosis mayor del 50%.

Por todo ello, el diagnóstico final del paciente es Hipoglucemía Grado III (severa). Y estando asintomático, es dado de alta.

CONCLUSIONES

La hipoglucemia, o nivel bajo de glucosa en plasma, puede estimular el sistema nervioso simpático y causar una disfunción del sistema nervioso central. En pacientes con diabetes que reciben insulina o tratamiento hipoglucemiantes, la hipoglucemia es común y se define como un nivel de glucosa menor o igual a 70 mg/dL.

La activación autónoma máxima en respuesta a la hipoglucemia causa sudoración, náuseas, calor, temblor, palpitaciones y posiblemente hambre y parestesias. El aporte insuficiente de glucosa al encéfalo provoca cefalea, visión borrosa o doble, confusión, agitación, convulsiones y coma.

En los adultos mayores, la hipoglucemia puede causar síntomas similares a los de un ictus o accidente cerebrovascular, con afasia o hemiparesias, y tiene más probabilidades de desencadenar un accidente cerebrovascular, un infarto de miocardio y la muerte súbita.

P. #1116

CETOACIDOSIS SILENCIOSA, MAS ALLÁ DE LA GLUCOSA

Agustín Bardají Paredes, Rosa De Arabia Madrid Cabrera, Sergio De Francisco Sampedro, Marina Gil Mosquera, Álvaro Barea Cabezas, Patricia Bernaldo De Quirós Plaza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 49 años que acude al servicio de urgencias (SU) por dolor torácico opresivo que irradia a MSI de 12 horas de evolución acompañado de vómitos, sudoración y diarrea.
Antecedentes personales:
SCACEST en Mayo de 2024 (stent), HTA, Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) portador de bomba de insulina (ISCI), hipotiroidismo y síndrome ansioso-depresivo.
Tratamiento habitual:
Ticagrelor 90mg 1-0-1
Omeprazol 1-0-0
Sertralina 1-0-0
Olmesartan/amlodipino 1-0-0
Dapagliflozina 10 mg 1-0-0.
Exploración física: hemodinámicamente (HD) estable. Constantes: 123/68 mmHg, 85 lpm, Sat O2 98%.
Pruebas complementarias:
ECG: descenso del ST en cara inferolateral.
Ecocardiograma transtorácico (ETT): buena movilidad de ambos ventrículos.
Gasometría venosa (GV): pH 7.18, HCO3 8.2, glucemia 216 mg/dl y lactato de 2.1.
Cetonemia capilar: HIGH (> 8 mmol/L).
Diagnóstico: Cetoacidosis diabética (CAD) inducida por dapagliflozina (iSGLT2) en paciente con DM1.
Evolución:
En Box Vital se administran 500 ml de bicarbonato 1/6M y 1000 ml de plasmalyte, manteniéndose ISCI. GV a la hora: marcado empeoramiento (pH 7.07, HCO3 6, EB -22, K+ 5.1 y Lactato 2.5), se añaden cristaloides, 500cc de bicarbonato 1/6M y se suspende ISCI, iniciando perfusión de insulina a 6 UI/h, sin mejoría (pH 7.03 HOC3 5.2, EB -24 y lactato 2.5, cetonemia 6.1 mmol/l).
Presenta taquicardia de 120 lpm y taquipnea de 24 rpm, dado el empeoramiento analítico y clínico, se aumenta perfusión de insulina a 10U/h y se solicita interconsulta a UVI para valoración.
Las siguientes 24 horas se consigue mejorar acidosis metabólica, pero persiste dificultad para manejo glucémico presentando varios episodios de hipoglucemias e hiperpotasemia tras la retirada de perfusión de insulina, lo que prolonga el tiempo de resolución de la CAD hasta tres días.
Se repite analítica con marcadores cardiacos, objetivando valores de troponina en meseta. Nuevo ETT, descartando daño estructural y relacionándolo con episodio de estrés metabólico sufrido por la paciente.
Durante el ingreso, la paciente refiere una situación estresante a nivel familiar en el último mes, lo que requirió su traslado a Madrid. En este contexto, la paciente presentó un desorden alimenticio y un aumento en el consumo de hidratos de carbono, especialmente en la última semana. Tras la normalización de la cetonemia, glucemia y acidosis, la paciente es dada de alta tras dos días, reiniciando su bomba de insulina.

CONCLUSIONES

En pacientes con DM1 portadores de ISCI, en situación de CAD se recomienda suspender el dispositivo sustituyéndolo por insulina exógena.
La paciente presentó un cuadro de CAD con niveles de glucosa en sangre de 212 mg/dl, lo cual es atípico para una CAD, ya que usualmente se observa hiperglucemia marcada. La CAD se desencadenó por una combinación de factores, incluyendo un desorden alimenticio, transgresiones dietéticas y el tratamiento con dapagliflozina agregado cuatro meses antes tras el SCACEST. La dapagliflozina, aunque indicada para pacientes con DM2, ha demostrado beneficios en insuficiencia y protección cardiaca, lo que justifica su uso en esta paciente post-SCACEST. Pero su acción de inhibir la reabsorción de glucosa en los túbulos renales puede, en combinación con cambios en la dieta, inducir hipoglucemia y promover la lipólisis en el hígado, lo que a su vez puede precipitar la CAD.
La educación diabetológica para profesionales de urgencias es fundamental para mejorar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con DM1, ISCI y CAD inducida por iSGLT2. Esta educación permite a los profesionales reconocer los signos y síntomas de CAD incluso en presencia de niveles de glucosa normales o elevados moderadamente, gestionar adecuadamente la insulina y los electrolitos, mejora la capacidad de respuesta ante emergencias y promueve un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de estos pacientes, lo que conduce a una atención más efectiva y segura.

P. #1118

VÉRTIGO RECURRENTE SECUNDARIO A QUISTE DE THORNWALDT

José Peinado Pérez, Marta Castejón Rabinad, Teresa Mahave Carcelén, Javier Muñoz Martínez, Saida Macho Fillat, Marta Morera Harto

HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 48 años que acude al servicio de urgencias por sensación vertiginosa recurrente. Refiere múltiples consultas previas en los últimos dos meses, tanto en urgencias hospitalarias como en su centro de salud, donde recibió diversos tratamientos sin mejoría. Actualmente, se encontraba en tratamiento con betahistina 48 mg/día y diazepam 10 mg nocturno.

A su llegada, el paciente describe vértigo posicional con latencia de aproximadamente un minuto, acompañado de náuseas, cefalea y vómitos en episodios intensos. No refiere fiebre, síntomas catarrales, alteraciones sensitivas ni pérdida de consciencia. En la exploración física se encuentra en regular estado general, normohidratado y eupneico. La auscultación cardiopulmonar no evidencia alteraciones. En la exploración neurológica se observa nistagmo horizontal-rotatorio que se intensifica con la mirada hacia el lado afectado y desaparece con la fijación. Las pruebas cerebelosas son normales, aunque se evidencia inestabilidad en la marcha con desviación hacia el lado afectado en la prueba de Romberg y dificultad en la marcha en tándem. La prueba de Dix-Hallpike resulta positiva, sugiriendo vértigo de origen periférico.

Durante su estancia en urgencias, se administran metoclopramida, sulpirida y diazepam intravenosos, además de analgesia con metamizol y dexketoprofeno sin mejoría significativa. Dada la recurrencia de los síntomas y la falta de respuesta al tratamiento, se decide realizar tomografía computarizada (TAC) cerebral para descartar una causa central.

El estudio revela la presencia de un quiste de Thornwaldt en la línea media de la pared posterior de la nasofaringe, lo que se considera la causa subyacente del vértigo.

El paciente es informado de los hallazgos y se programa evaluación en otorrinolaringología de forma ambulatoria para el manejo de la patología.

El quiste de Thornwaldt es una lesión congénita benigna ubicada en la pared posterior de la nasofaringe, dentro de la bursa de Thornwald, un remanente del notocordio. Generalmente es asintomático y se detecta de manera incidental en estudios de imagen. Sin embargo, en algunos casos puede generar síntomas como cefalea, sensación de cuerpo extraño, obstrucción nasal, halitosis o secreción posterior intermitente. Su relación con el vértigo se debe a su proximidad con la trompa de Eustaquio y estructuras del oído interno, lo que puede provocar disfunción tubárica, presión en el área vestibular o inflamación local que afecte la función del equilibrio. Aunque la mayoría de los casos de vértigo tienen un origen vestibular primario, es fundamental considerar etiologías menos comunes cuando la sintomatología es recurrente y refractaria al tratamiento habitual.

CONCLUSIONES

El quiste de Thornwaldt es una causa infrecuente de vértigo periférico, pero debe considerarse en pacientes con síntomas recurrentes y hallazgos sugerentes en pruebas de imagen. La evaluación multidisciplinaria con otorrinolaringología es clave para definir la necesidad de tratamiento quirúrgico en casos sintomáticos.

Referencias:

1. Bagwell GA, Kountakis SE. Thornwaldt's cyst: Incidence and clinical significance. Am J Otolaryngol. 2023;44(1):103715. doi:10.1016/j.amjoto.2022.103715.
2. Lee JY, Kim HJ, Kim CH. Nasopharyngeal Thornwaldt cyst: Clinical manifestations and treatment outcomes. Auris Nasus Larynx. 2022;49(4):567-572. doi:10.1016/j.anl.2021.09.005.
3. Gupta R, Goyal S, Kalra K. Imaging characteristics and clinical implications of Thornwaldt cysts. J Neuroradiol. 2021;48(2):89-96. doi:10.1016/j.neurad.2020.08.003.

P. #1125

ESTUDIO HIK-ED-1: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y RECURRENCIAS DE HIPERPOTASEMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], Esther Álvarez Rodríguez[1], Guadalupe Ruiz Martín[1], Iris Livia Mar Hernández[2], Miguel Ángel Becerra Castro[3], Sara Ortega Ramos[3]

1. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España
2. SUMMA 112, Madrid, España
3. Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La hiperpotasemia (HK) es un trastorno hidroelectrolítico que frecuentemente se atiende en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH). Es de gran importancia por su poder arritmogénico sino y porque se ha constatado que las recurrencias de HK se relacionan con mayor mortalidad. Sin embargo, existen pocos datos publicados sobre la frecuencia del trastorno, recurrencias o las características de los pacientes con HK atendidos en los SUH.

OBJETIVO

- Calcular la prevalencia de HK en un SUH
- Describir las características de los pacientes con HK
- Describir las recurrencias, reconsultas a Urgencias y la mortalidad en pacientes con HK

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo todos los pacientes ≥18 años atendidos en un SUH entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2023. Se incluyeron todos los pacinetes con analíticas extraídas y se seleccionaron aquellos con un valor de K>5,4 mEq/l. Se clasificaron en pacientes con HK leve (5,5-5,9 mEq/L), moderada (6-6,4 mEq/l) y grave (≥6,5 mEq/l). De esos pacientes con HK, se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas. Durante los 6 meses posteriores al episodio de HK se recogieron recurrencias de HK a los 30, 90 y 180 días y reconsultas por cualquier motivo en el SUH y/o mortalidad. Las variables continuas se expresaron como media ymediana y las categóricas como recuentos y proporciones.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De las 45.045 atenciones en el SUH durante ese período, se realizaron 22.418 analíticas a mayores de 18 años. De ellas, 261 determinaciones presentaban HK, perteneciendo a 168 pacientes. Se descartaron 12 pacientes para el análisis, bien por posible pseudohiperpotasemia o bien por pertenecer a pacientes en agonía, siendo la muestra total a analizar de 156 pacientes.
La prevalencia de HK en las analíticas del SUH fue de 1,16 % (61% HK leve; 23% HK moderada; 16% HK grave). La media de edad de los pacientes con HK fue 79 años, con un 54 % hombres. La mediana en la Escala de Charlson fue de 4 puntos.
En torno al 75% tenían HTA, el 46% eran diabéticos, 40% tenían insuficiencia cardiaca (IC) y 43% enfermedad renal. El 60% de los pacientes con HK moderada o grave habían tenido episodios previos de HK en los 6 meses previos.
Se contabilizaron los pacientes que previamente tenían prescritos fármacos favorecedores de HK: tomaban IECA o ARA-II el 55% de las HK leves, 44% de HK moderadas, 56% de HK graves; antagonistas del receptor mineralocorticoide el 32% de las HK leves, 19% de HK moderadas, 32% de HK graves; inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina el 5% de las HK leves, 6% de HK moderadas, 8% de HK graves. Aparte tenían prescrito algún eliminador de K el 4% de las HK leves, el 11% de las moderadas y ningún paciente de las graves.
Alrededor del 50% de los pacientes presentó posteriormente 1 ó más episodios de HK en los 6 meses posteriores al alta, la mayoría de ellos en los 3 primeros meses tras el alta desde el SUH. Reconsultaron en el SUH alrededor del 60% de los pacientes, la mayoría en los 3 primeros meses tras el alta. En el grupo de HK grave, el 35% reconsultó por IC descompensada.
Durante los 6 meses de seguimiento posterior a la HK, fallecieron el 16% de las HK leves, el 17% de las moderadas y el 24% de las graves.

CONCLUSIONES

La HK es un trastorno relativamente frecuente en los SUH. Suele ocurrir en pacientes de edad avanzada y pluripatológicos. Eventos como recurrencias, reconsultas y mortalidad son frecuentes por lo que creemos que habría que plantearse acciones que eviten esos nuevos episodios.
Este proyecto fue financiado por AstraZeneca

P. #1134

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. MÁS ALLÁ DE LO CONVENCIONAL

Andrea Gallardo Jiménez, Carmen García Rosado, Marina Vera Del Río, Ana Rocío Villalón Sánchez, Sebastián Palacios Rodríguez

Hospital Serranía de Málaga, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales. Varón de 57 años, sin alergias medicamentosas; sin hábitos tóxicos, hernia de hiato en tratamiento con omeprazol.

Enfermedad actual. Consulta por cuadro de dolor abdominal inespecífico de tres semanas de evolución acompañado de dos deposiciones melénicas la noche anterior; sin náuseas ni vómitos, sin fiebre, sin ingesta de tóxicos o fármacos recientes ni síntomas que orienten a cuadro constitucional.

A su llegada al servicio de urgencias, asintomático. Palidez cutánea, hipotensión en torno a 90/50 mmHg y taquicardia sinusal. Destaca dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin defensa abdominal.

Ausencia de hallazgos en las radiografías de tórax y abdomen. En analítica de sangre destaca: Urea 75*, con función renal e iones normales; hemoglobina 9.7*, Hto 28%, VCM 80, con coagulación normal, sin aumento de RFA.

Se inicia tratamiento con perfusión de omeprazol y se consulta con Digestivo; realizando endoscopia sin evidencia de restos de sangre ni lesiones sugestivas de sangrado hasta la tercera porción duodenal.

Ante la persistencia de la hipotensión, se decide observación del paciente durante la noche; presentando nuevo episodio de melenas, con anemización de más de 2 puntos respecto al día previo (Hb 6.9*). Se transfunden 3 concentrados de hematíes y nueva endoscopia. En comienzo de yeyuno se presencia una tumoración con sangrado en babeo activo. Se intenta control de sangrado con adrenalina, clip y esclerosante, sin éxito.

Se realiza angioTAC, describiendo en comienzo de yeyuno una tumoración con sangrado activo de bajo flujo, a correlacionar con posible GIST o divertículo sangrante.

Se procede con intervención por parte de Radiología intervencionista para control de sangrado, con traslado del paciente al hospital más cercano de referencia para embolización de lesión. Trás embolización de arteria gastroduodenal, con ausencia de flujo en el control final; se traslada al paciente a nuestro servicio de urgencias de nuevo, donde se transfunde nuevo concentrado de hematíes y se procede al ingreso del paciente en planta para continuar estudio.

CONCLUSIONES

- Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen un reto diagnóstico por su baja frecuencia. Suelen localizarse en estómago e intestino delgado. Sus síntomas suelen ser náuseas, vómitos y plenitud abdominal, aunque el 30% se presentan de forma asintomática. Es común su hallazgo incidental en pruebas de imagen o en cirugías abdominales. Solo algunos casos debutan como melenas, hematemesis o anemia.
- El sangrado gastrointestinal agudo sí que es una patología que se presenta de forma muy común en los servicios de urgencias, constituyendo amenazas vitales frecuentemente. En casi el 25% de los GIST de yeyuno debutan como hemorragias digestivas; aunque pocos requieren cirugía urgente.
- Es importante tener en cuenta a este tipo de tumores a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de las causas de hemorragias digestivas debido a su agresividad y a su manifestación inespecífica; pues el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno con una resección con márgenes libres mejorará la supervivencia del paciente.
- "Lo que no se conoce, no se diagnostica". Cuando haya una discrepancia entre la anamnesis, la clínica y los resultados analíticos, hay que priorizar el estado general del paciente, pues ciertos procesos agudos requieren tiempo para manifestarse y confirmarse mediante pruebas complementarias.
- Igualmente, este caso pone de manifiesto las limitaciones de trabajar en centros de primer o segundo nivel, donde es esencial gestionar eficientemente los tiempos y asegurar una adecuada coordinación entre los equipos intrahospitalarios como en las relaciones interhospitalarias.

P. #1138

¿FOCALIDAD NEUROLÓGICA O ATAQUE EPILÉPTICO?

Ana Bayo Sevilla, María Del Carmen Orts Cansino, Paloma Arias García

Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual: Paciente de 82 años que acude acompañada de sus hijas, refieren que desde esta mañana encuentran a su madre desorientada, con desconexiones del medio, afasia y con debilidad en extremidades inferiores. Ante posible focalidad neurológica avisan desde área de triaje para valoración médica de la paciente. A nuestra llegada la paciente se encuentra consciente y desorientada, con afasia, discurso incoherente, verborreica, comienza con crisis tónico clónica generalizada que cede en 15-20 segundos sin recuperación del nivel de conciencia. Ante esta situación la paciente pasa al área de vitales.

En vitales, tras unos 50 minutos y tras la administración de 3000 mg intravenosos de levetiracetam y 10 mg intravenosos de diazepam la paciente recupera el nivel de conciencia. EF: Tª 37.3°C. Se encuentra consciente, con respuesta a órdenes verbales, afasia sensitiva con parafasias, no otras alteraciones neurológica.

Rehistoriando a los familiares, refieren cuadro de cefalea de carácter leve de 5 días de evolución con episodios de aparente desconexión con movimientos mandibulares y en las últimas 48h empeoramiento con desorientación franca y dependencia total, siendo previamente una paciente independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Ante primer episodio de posible crisis epiléptica se realiza TAC craneal sin objetivar hallazgos de evolución aguda. En analítica destaca aumento de reactantes de fase aguda sin otras alteraciones reseñables.

Dado el cuadro clínico se decide pasar a sala de observación y valoración por parte de neurología.

Desde neurología sospechan cuadro de encefalitis viral con crisis sintomática focal con generalización secundaria, se realiza punción lumbar y se inicia aciclovir intravenoso. Ingresa a cargo de neurología.

Finalmente, durante su ingreso en planta se realizan TAC craneal y resonancia magnética que revelan imágenes sugestivas de isquemia crónica de pequeño vaso y un electroencefalograma que no informa de grafoelementos epileptiformes en el momento. Se retira tratamiento con aciclovir al tener resultado negativos de PCR de virus y se inicia tratamiento con levetiracetam 1 gramo al día. Durante las consultas de seguimiento refieren buena tolerancia a los antiepilépticos sin haber presentado nuevas crisis.

CONCLUSIONES

1. Este caso destaca la importancia de un diagnóstico preciso en pacientes de edad avanzada con síntomas neurológicos complejos. La afasia y las crisis epilépticas, aunque aparentemente desconectadas, pueden ser manifestaciones de una misma afección focal.
2. El diagnóstico diferencial en este caso debe considerar varias patologías neurológicas, como: Accidente cerebrovascular (ACV), tumores cerebrales, epilepsia focal secundaria.
3. El tratamiento de la crisis epiléptica focal se centra en la administración de fármacos antiepilépticos para controlar las crisis.

P. #1143

¿ACTIVAMOS CÓDIGO ICTUS?

Ana Bayo Sevilla, María Del Carmen Orts Cansino, Paloma Arias García

Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años con antecedentes de ACV en 2014 sin secuelas y en seguimiento por cardiología por presentar bloqueo bifascicular.

Es traído a urgencias a las cinco de la tarde, en soporte vital avanzado (SVA) tras activar código ictus desde el domicilio. Familiares refieren último contacto con el paciente hace 16 horas mediante mensaje por teléfono. Desde entonces no habían podido contactar con él, no acude al trabajo y el personal de limpieza que acude a su casa no puede entrar, por lo que se avisa a fuerzas de orden público y al servicio de bomberos para entrar en el domicilio. A la llegada de 061 el paciente se encuentra en décubito supino con hemiparesia derecha y con afasia por lo que se activa código ictus y se traslada.

Exploración física: a su llegada a urgencias el paciente se encuentra somnoliento, obedece a órdenes sencillas pero no a complejas, afasia mixta de predominio motor. Hemianopsia homónima derecha con paresia facial inferior derecha. Hemiplejia braquiocrural derecha. Hipoestesia severa derecha y RCP extensor derecho –> NIHSS 24.

Auscultación cardiaca: arrítmica, no se ausculta soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar sin alteraciones.

Traumatismo frontal derecho con herida inciso-contusa en región supraciliar derecha.

Pruebas complementarias: se realiza ECG que evidencia fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular a 90 latidos por minuto. Se extrae analítica sanguínea y se realiza TC craneal. Tras realización de TC empeoramiento del nivel de conciencia, no obedece a órdenes NIHSS 26. En el TC se objetiva ictus isquémico por oclusión trombótica de arteria cerebral media derecha. En el TC de perfusión, el mismatch es favorable por lo que se decide contactar con neurointervencionismo para realización de trombectomía primaria que resulta existosa e ingresa en unidad de ictus.

Tras un ingreso favorable el paciente es dado de alta con posibilidad de realizar trasnferencias de forma autonóma, deambulación con supervisión y en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, dada la paresia de extremidad superior derecha necesita ayuda para ciertas actividades.

Por otro lado queda pendiente de cita de control por parte de servicio de cardiología y se inicia anticagulación ante fibrilación auricular de novo.

CONCLUSIONES

- Este caso pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico rápido y preciso en pacientes con síntomas neurológicos agudos.
- La combinación de hemiparesia y afasia llevó a la activación del código ictus, permitiendo un tratamiento oportuno que fue clave para el pronóstico del paciente.
- El hallazgo de un trombo intracardíaco resalta la importancia de investigar la causa embólica en ictus isquémicos y destaca el papel fundamental de la intervención precoz, tanto en el tratamiento del ictus como en el control de la etiología subyacente, como la cardiopatía embólica.

P. #1151

DEL PLATO AL QUIRÓFANO: UN CASO DE PERFORACIÓN INTESTINAL POR UN PEQUEÑO CUERPO EXTRAÑO

Raquel Martín López, José Acosta Roca, Saúl Escudero Álvarez, Laura Pérez Del Amo, Daniel Puente López, Sonia Andrea Mora Giraldo

Hospital de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Mujer de 69 años con antecedentes de apendicectomía hace 50 años, síndrome depresivo, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Alergia conocida a tramadol. Sin antecedentes quirúrgicos abdominales previos.
Historia Actual: La paciente acude a urgencias tras presentar dolor abdominal cólico localizado en el hemiabdomen derecho de casi 24 horas de evolución acompañado de cuatro vómitos biliosos. Refiere haber ingerido congrio el día anterior. Acude inicialmente a su centro de salud donde le pautan nolotil, primperan y paracetamol sin mejoría, por lo que es derivada para realización de pruebas complementarias.
Exploración Física: tensión arterial 105/70 mmHg, frecuencia cardiaca 101 lpm, temperatura 36,2 °C. Buen estado general, consciente, orientada, eupneica, normocoloreada, bien perfundida e hidratada. A la palpación abdominal presenta dolor en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo, con un dudoso signo de Murphy. Ruidos hidroaéreos conservados.
Pruebas Complementarias:
- Análisis de sangre:
Hemograma: Leucocitos: 13.000, Cayados 2%, Neutrófilos 80%, resto en rango. Bioquímica: sin alteraciones significativas con una proteína C reactiva de 5.7 mg/L.
- Tomografía axial computarizada abdominal con contraste: Se identifican tres estructuras lineales de densidad calcio compatibles con cuerpos extraños. Una de ellas de aproximadamente 3 centímetros de longitud atraviesa la pared del duodeno, extendiéndose extraluminalmente hasta contactar con la pared de la vesícula. Se identifican otras dos imágenes de morfología y densidad similares, una en el interior del colon derecho, a la altura del ángulo hepático, y otra en el interior de un asa de íleon localizada en fosa ilíaca derecha. No se observa neumoperitoneo ni líquido libre intraabdominal. Se recomienda correlación clínica con ingesta de cuerpo extraño.

Evolución y comentarios: se realiza Interconsulta con Cirugía General donde se establece el diagnóstico de perforación duodenal contenida secundaria a cuerpo extraño (espina de pescado). Se decide ingreso hospitalario para vigilancia y valoración terapéutica.
Tratamiento Inicial en Urgencias:
- Paracetamol 1g intravenoso.
- Piperacilina-Tazobactam 4g intravenoso cada 8 horas.
- Monitorización clínica estrecha.

Evolución y tratamiento: Al día siguiente, se realiza endoscopia digestiva alta con extracción del cuerpo extraño enclavado en la segunda porción del duodeno. La mucosa adyacente presenta un coágulo adherido, pero no se evidencia perforación activa ni signos de fuga. Se decide manejo conservador con vigilancia hospitalaria. Durante la estancia hospitalaria, la paciente evoluciona favorablemente, sin dolor ni signos de infección secundaria. Tolera la vía oral adecuadamente y mantiene tránsito intestinal conservado. No se observan nuevas imágenes de cuerpo extraño en las revisiones posteriores. Ante la buena evolución clínica y a solicitud de la paciente, se decide el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio en consulta de Cirugía General para vigilancia de síntomas y control evolutivo.

CONCLUSIONES

- La ingestión accidental de espinas de pescado es una causa poco frecuente pero potencialmente grave de perforación intestinal. El diagnóstico temprano mediante tomografía axial computarizada de este tipo de patologías es clave para evitar complicaciones mayores.
- En pacientes sin peritonitis generalizada, la extracción endoscópica del cuerpo extraño es un tratamiento seguro y efectivo sin necesidad de realizar cirugía abierta.
- Se destaca la importancia de una evaluación rápida de la situación y la importancia de un abordaje multidisciplinario en el manejo de cuerpos extraños en el tracto digestivo. En este caso, la colaboración entre el Servicio de Urgencias y de Cirugía General permitió una resolución rápida y efectiva del caso, minimizando complicaciones y reduciendo la estancia hospitalaria de la paciente.

P. #1158

DOLOR EN FOSA ILÍACA EN UNA PACIENTE APENDICECTOMIZADA. ENFOQUE COLABORATIVO ANTE UN RETO DIAGNÓSTICO

Rodrigo Yagüe Monteso[1][2], Sara Aída Vinat Prados[1], Sara Solís Moreno[1], Carlos Bibiano Guillén[1], Carmen Amor Llamas[1], Laura Alcalde Rubio[1]

1. Hospital Infanta Leonor De Vallecas, Madrid, España
2. Centro De Salud José María Llanos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 24 años originaria de Guinea-Conakry, hablante de francés y mandinka y con antecedente de apendicectomía en este país, acude a urgencias por dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha (FID) de tipo cólico, curso intermitente, acompañado de sensación distérmica y mal controlado con analgésicos convencionales. Vive en España con su marido y su hijo lactante de un año. Dos días antes había consultado por el mismo motivo pero solicitó alta voluntaria tras descartar en ginecología patología urgente. Al examen físico presentaba buen estado general, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en FID con signo de rebote positivo y sin clara irradiación a fosa renal derecha. Se solicita; analítica sanguínea, sistemático de orina y urocultivo.
El dolor abdominal agudo en FID en pacientes con antecedente de apendicectomía plantea un desafío diagnóstico: La persistencia de dolor con esta exploración física sugieren inflamación activa intraabdominal para la que se barajan como posibilidades diagnósticas: Apendicitis del muñón, patología ginecológica, infección de tracto urinario o adenitis mesentérica. Se inician paracetamol intravenoso, fluidoterapia y dieta absoluta. Al no ser concluyentes los hallazgos en la ecografía urgente, se amplía estudio con TC abdominopélvico que descarta apendicitis del muñón pero no resulta concluyente para patología ginecológica; servicio que descarta de nuevo la misma tras una ecografía transvaginal sin datos urgentes. En la analítica sanguínea destacaba PCR de 155 mg/dL sin otros datos de alarma. El sistemático de orina fue normal. Ante la falta de un diagnóstico etiológico claro, se decidió alta hospitalaria (en cuyo momento la paciente ya presentaba mejoría clínica y buen estado general) con antibioterapia oral empírica (amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg), analgésicos a demanda y seguimiento por su médico de familia.

OBJETIVO

Revisar el manejo en urgencias del dolor abdominal en fosa iliaca en pacientes apendicectomizados.

MÉTODO

Revisión de la historia clínica, diagnóstico y tratamiento de una paciente vista en urgencias de nuestro hospital.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este caso ilustra la complejidad de un caso de dolor abdominal agudo en FID en un paciente apendicectomizado. La ausencia de un diagnóstico definitivo a pesar de un abordaje exhaustivo resalta la importancia del razonamiento clínico y una estrecha comunicación interprofesional. Ante el lugar de origen de la paciente también deben considerarse etiologías menos frecuentes en nuestro medio, como la tuberculosis abdominal o la amebiasis. El seguimiento por el equipo de Atención Primaria es crucial para monitorizar la evolución y reconducir el diagnóstico si fuese necesario. Por tanto, el caso incide en la necesidad de la adecuada comunicación entre niveles asistenciales con vistas a una atención continuada y centrada en el paciente.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal en fosa iliaca derecha en pacientes apendicectomizados plantea un reto diagnóstico y terapéutico en urgencias.
La condición basal socioeconómica de la paciente influye en la evolución del cuadro.
La relación médico-paciente y una buena anamnesis y exploración física son especialmente importantes en pacientes que presentan barrera idiomática.
La comunicación interprofesional y el seguimiento por el profesional de medicina de familia juegan un papel esencial tras el alta de urgencias.

P. #1162

TODO LO QUE ESCONDE LA SILLA TURCA

Irama Carolina González Araujo, Verónica Castillo Gómez, Olga Jiménez Alfonso, Rayzha Kruzhkaya Cuellar Cuenca, María Remartinez San Pedro

Hospital El Escorial, Hospital El Escorial, España

INTRODUCCIÓN

Varón de 55 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por malestar general, hiporexia, cefalea hemicraneana occipital, vómitos precedidos de nauseas, mareo con giro de objetos que en las últimas 24horas asocia disgeusia y visión borrosa "en túnel".
A su llegada: BEG, eupneico, normohidratado y normoperfundido. Neurológico consciente y orientado en 3 esferas, PC indemnes a exploración física, fuerza 5/5, ROTs 2/5, marcha simétrica sin claudicación y base de sustentación normal, Lenguaje fluido no disártrico ni afásico, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, Romberg negativo.
Pruebas complementarias: EKG sinusal con bradicardia a 50lpm sin alteraciones re repolarización. Analítica: Leucocitos 16000, Hb 16 g/dL, Plaquetas 334x103, Glucosa 85 mg/dL, Na 114 mmol/dL, K 5 mmol/dL, Ca 9,4mmol/dL. Se inicia tratamiento con bolos de suero hipertónico, reinterrogamos a paciente quien niega potomanía y fiebre; y permanece en observación para vigilancia y realización de controles analíticos cada 2 horas con Na persistente entre 113-115mmol/L, pasadas dos horas de su estancia en urgencias el paciente inicia vómitos no precedidos de nauseas, se realiza campimetría por confrontación con hallazgos de hemianopsia bitemporal incompleta por lo que se amplía analítica (Cortisol basal 3,7mcg/dL) y se solicita TAC Cerebral urgente con hallazgos de: Masa de localización selar con expansión de las paredes óseas de la silla turca y marcado adelgazamiento de las mismas hallazgo que podría estar en relación con macroadenoma hipofisiario como primera posibilidad diagnóstica. Se interconsulta con Endocrinología y Neurocirugía indicando traslado a hospital terciario y tratamiento inicial con perfusión de dexametasona 4mg/6horas. Ingresa a cargo de Endocrinología con buen control natremico y realización de RMN Craneal y de Hipófisis: Macroadenoma hipofisiario invasor con extensión a esfenoides, cisterna supraselar y seno cavernoso izquierdo manteniendo tratamiento con Hidroaltesona 20mg c/12horas hasta su IQx pasados 7 días de ingreso.

OBJETIVO

Diagnostico y tratamiento precoz del macroadenoma hipofisiario compresivo en hospital Comarcal.

MÉTODO

Pruebas complementarias analíticas y radiológicas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El macroadenoma hipofisario es un tumor benigno hipofisiario mayor a 1cm. Se clasifican en funcionantes (secretores hormonales) o no funcionantes según su actividad. Su clínica deriva principalmente de los síntomas derivados de procesos compresivos por su crecimiento y compresión de estructuras cercanas tales (ej. Alteraciones visuales por compresión del quiasma óptico o déficit hormonales el alto porcentaje de pacientes). Los adenomas funcionantes pueden inducir enfermedades como acromegalia o enfermedad de Cushing según la hormona implicada.
El diagnóstico se realiza con pruebas de imagen, como la resonancia magnética, y análisis hormonales para evaluar el impacto endocrino del tumor. Por otra parte, el tratamiento varía según el tipo y el impacto del tumor en el organismo: siendo la cirugía la principal opción terapéutica cuando hay compresión de estructuras o hipersecreción hormonal, generalmente a través del abordaje transesfenoidal. En algunos casos, los medicamentos pueden reducir la producción hormonal y el tamaño del tumor, especialmente en los prolactinomas. Si la cirugía no logra la eliminación completa del tumor, la radioterapia puede ser una alternativa para controlar su crecimiento.

CONCLUSIONES

Los macroadenomas hipofisarios son tumores benignos de la hipófisis que se presentan en menor frecuencia que los microadenomas. Su manejo y tratamiento dependen de diversos factores, siendo el principal de ellos la afectación que produzca derivados de procesos compresivos o actividad hormonal asociada, por lo que, requiere de manejo por un equipo multidisciplinario que incluya endocrinólogos y neurocirujanos para un tratamiento integral y definitivo de mismo.

P. #1164

MAREO PERSISTENTE: MÁS QUE UNA CONTRACTURA CERVICAL, UNA SEÑAL DE ALERTA NEUROLÓGICA

José Herrera Díaz, Sedigueh Arzili Moguim, Alejandro Becerra Wong, Laura Royuela Del Olmo

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 37 años sin antecedentes médicos relevantes, acude a Urgencias por mareo sin sensación de giro de objetos, de dos meses de evolución. Había sido valorado previamente por su médico de atención priMaría (MAP) y en Urgencias, catalogado como mareo inespecífico exacerbado al inclinarse o levantar pesos, sin hallazgos neurológicos relevantes y con pruebas complementarias normales. Desde hace dos semanas, presentó dolor cervical posterior atribuido a una contractura muscular. En los últimos cinco días, el mareo se intensificó, incluso en reposo, acompañado de inestabilidad en la marcha, cefalea occipital con Eva 8/10 sin mejoría con analgésicos y empeoramiento de la contractura cervical. En las últimas 24 horas, presentó vómitos matutinos presuntamente en chorro, con agravamiento de la sintomatología previa

En la exploración inicial, destacaban inestabilidad marcada incluso en bipedestación, rigidez de nuca a la movilización pasiva, signo de Kernig dudoso, reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores, cierta bradicinesia en miembros superiores y dismetría. Resto de exploración sin hallazgos relevantes. Se realizaron pruebas complementarias sin alteraciones significativas, pero ante la sospecha de un mareo de origen central en el contexto de signos de hipertensión intracraneal (HTIC) —vómitos matutinos, cefalea intensa, rigidez de nuca y mareo persistente— se solicitó una TAC craneal, que evidenció una lesión ocupante de espacio en la fosa posterior con herniación transamigdalar y obliteración del IV ventrículo. Se inició tratamiento con dexametasona 8 mg IV y se contactó con Neurocirugía del HCSC para traslado y valoración.

Posteriormente, la RMN craneal confirmó una lesión nodular vermiana con componente quístico-hemorrágico periférico, edema vasogénico, hidrocefalia triventricular obstructiva y descenso de las amígdalas cerebelosas en 9 mm. Se realizó drenaje ventricular frontal derecho y resección completa de la lesión vermiana con hematoma intratumoral. El análisis anatomopatológico identificó la lesión como una malformación cavernosa con gliosis reactiva extensa, sin signos de malignidad. Tras la cirugía, el paciente evolucionó favorablemente, con resolución progresiva de la sintomatología. Mejoró la estabilidad de la marcha y se retiró el drenaje ventricular sin complicaciones. Fue dado de alta en buen estado general, con seguimiento ambulatorio en Neurocirugía.

CONCLUSIONES

La HTIC es un síndrome caracterizado por el aumento de la presión intracraneal, secundario a lesiones ocupantes de espacio, hidrocefalia, traumatismos o infecciones. Su detección temprana en Urgencias es fundamental para evitar deterioro neurológico progresivo, herniaciones cerebrales y compromiso vital. Entre sus signos clásicos destacan cefalea progresiva, vómitos matutinos, alteraciones del estado de conciencia y papiledema, aunque en etapas iniciales puede ser inespecífica, retrasando su diagnóstico.

En este caso, el paciente presentó mareo de origen central secundario a una HTIC causada por una LOE en el vermis cerebeloso, que generó edema vasogénico e hidrocefalia triventricular obstructiva. La combinación de mareo persistente, inestabilidad en la marcha, cefalea intensa, vómitos matutinos, reflejos exaltados y rigidez de nuca sugería un síndrome de HTIC con afectación cerebelosa, lo que justificó la realización de pruebas de imagen.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la lesión en la fosa posterior provocó herniación transamigdalar y obliteración del IV ventrículo, lo que generó hidrocefalia obstructiva y aumento de la presión intracraneal. A su vez, la hemorragia intratumoral y el crecimiento tumoral generaron edema vasogénico, intensificando el efecto de masa y la compresión de estructuras cerebrales adyacentes.

Este mecanismo explica los hallazgos clínicos del paciente: Inestabilidad y dismetría (afectación cerebelosa), bradicinesia y ROT exaltados (compresión del tracto corticoespinal) y cefalea intensa, vómitos matutinos y rigidez de nuca (signos clásicos de HTIC).

Este caso subraya la importancia de diferenciar un mareo periférico de uno central y considerar la HTIC ante síntomas neurológicos progresivos en Urgencias. La detección precoz permitió un diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico del paciente.

P. #1182

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA, UN HALLAZGO CASUAL

Marco Aurelio Alfaro Mora, Irene Ursúa Sánchez, Yolanda Álvarez Colmenero, Ana Ramos Rodríguez, Cristina Fanarraga Vergel

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 53 años de edad, con sobrepeso, e hipertensión arterial con mal control. No presenta antecedentes de enfermedad neurológica relevante. No refiere antecedentes familiares de enfermedades cerebrales o trastornos vasculares. No fuma y consume alcohol de forma esporádica. Acude a urgencias por segunda ocasion en dos meses. Refiriendo desde hace 6 meses otalgía izquierda, con sensación pulsátil, asociado a dolor occipital y sensación de inestabilidad con los cambios posturales; pero en esta ocasión aunado a asimetría facial izquierda de 24hrs de evolución, más evidente en últimas 8 horas. A la exploración física se evidencia una tensión arterial de 124/76mmHg, frecuencia cardíaca en 70 lpm, auscultacion cardiopulmonar sin alteraciones relevantes. En la valoración neurológica, se observa leve asimetría facial izquierda con afectación sutil del cierre ocular y de la musculatura frontal (House-Brackmann II), con hipoestesia hemifacial izquierda. Ausencia de dismetrias. El paciente no presenta signos de alteración del nivel de consciencia, ni déficit motor o sensitivo focalizado en otras áreas. Se percibe un soplo rítmico a la auscultacion en la región mastoidea izquierda.

En pruebas complementarias, a nivel analítico no presenta alteraciones significativas, electrocardiograma con ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones específicas de la repolarización. Radiografía de torax con un indice cardiotarico normal, sin evidencia de patología pleuroparenquimatosa. Se realiza tomografía computarizada de cráneo sin contraste intravenoso, siendo estrictamente normal.

Ante los hallazgos que sugieren una posible alteración vascular subyacente la paciente fue ingresada para completar estudios. Se realiza resonancia magnética craneal con angio resonancia magnética de arterias intracraneales que pone de relieve una fístula arteriovenosa dural con numerosas aferencias oseas vasculares. Se instauró tratamiento médico con anticoagulantes para prevenir trombosis en la lesión arteriovenosa. El paciente es referido a neurocirugía en donde proceden a programar procedimiento de embolizacion endovascular, con una mejora clínica significativa. El acúfeno pulsátil desaparece por completo en los días posteriores al procedimiento. En el seguimiento a las 6 semanas, el paciente se encuentra sin nuevos síntomas, y la resonancia magnética de control muestra una resolución satisfactoria de la CAV, sin signos de recidiva. La parálisis facial mostró mejoría parcial con fisioterapia.

CONCLUSIONES

Las comunicaciones arteriovenosas (CAV) cerebrales son anomalías vasculares raras, en las que existe una conexión directa entre una arteria y una vena, sin pasar por una red capilar intermedia. Su presentación clínica puede ser diversa.

Este caso resalta la importancia de realizar una evaluación clínica completa y diagnóstico diferencial adecuado ante la presentación de un acúfeno pulsátil y parálisis facial periférica. Reforzando la necesidad multidisciplinaria para el manejo adecuado de este tipo de patologías.

La auscultación de un soplo en la zona mastoidea izquierda resultó ser clave para orientar el diagnóstico hacia una comunicación arteriovenosa cerebral, un hallazgo raro pero relevante en urgencias médicas. La identificación temprana de este tipo de lesiones es crucial, ya que el tratamiento oportuno puede prevenir complicaciones graves, como hemorragias cerebrales o insuficiencia cardiaca debido a la sobrecarga de flujo sanguíneo. Este caso subraya la importancia de la auscultación en el diagnóstico de alteraciones vasculares intracraneales y refuerza la necesidad de una evaluación clínica completa y multidisciplinaria para el manejo adecuado de este tipo de patologías.

P. #1183

PACIENTE VARÓN DE 28 AÑOS CON PÉRDIDA DE FUERZA Y ALTERACIÓN SENSITIVA EN MANOS Y ANTEBRAZOS MÁS ALTERACIÓN SENSITIVA MIXTA (MOTEADA) EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES, SECUNDARIA A INFECCIÓN POR ERYTHROVIRUS B19

Marcelo Lazo Carballo[1], Ana Belén Berzosa Ortega[2], María Del Mar Loring Rodríguez[2], Paola Carolina Guerrero Flores[2], Jorvi José Aguilar Valero[2], Juan Diego Isidoro Palmerin[2]

1. Hospital Can Misses, Eivissa, España
2. Hospital Can Misses, Ibiza, España

HISTORIA CLÍNICA

masculino de 28 años de edad, en septiembre del 2024 notó adormecimiento de la punta del pulgar derecho; en octubre presentó la misma clínica en dorso y luego palma de mano izquierda, que ascendió por antebrazo hasta hombro que asociaba hormigueo y sensación de quemazón en la misma. Debilidad en brazo izquierdo con dificultad para coger objetos por el mismo y que "no los notaba bien". En noviembre empezó con acorchamiento de pie izquierdo, sensación tipo "pinchazo" en el tobillo y luego en gemelo derecho, que por momentos nota que se contraen.
Fue valorado en consulta de Neurología el 27/11/2024 por esta afectación sensitivo-motora parcheada subaguda, a estudio y se inició gabapentina y amitriptilina. Se solicito analítica extensa con autoinmunidad y RM cerebral y columna preferente, pero ante empeoramiento clínico acude a Urgencias y se decide ingreso para estudio.

CONCLUSIONES

Paciente que ingresa por un cuadro de curso subagudo-crónico sensitivo motor multifocal sugestivo de mononeuritis multiplex clinico con apoyo electrofisiológico, cumplió ciclo de metilprednisolona EV por 5 días sin respuesta, tras detectarse serologías IgG y IGM con PCR de ERYTHROVIRUS B19 positiva en suero y estudio del LCR, se pautó ciclo de inmunoglobulinas e.v. a 0,4 g /kg/día por 5 días, peso: 75 kg : dosis diaria: 30 gramos.
Desde el punto de vista de las disestesias dolorosas ha llevado tratamiento con gabapentina y amitriptilina sin efecto, se ha introducido pregabalina y duloxetina con aumento progresivo de dosis en el momento de ser dado de alta, mejoría ligera de las disestesias dolorosas.

P. #1184

EL POTASIO, PRIMERA PISTA PARA RESOLVER EL ENIGMA

Marina Vera Del Río, Carmen García Rosado, Andrea Gallardo Jiménez, Laura Del Paso Cañigueral, Ana Rocío Villalon Sánchez, María Teresa Serrato Llamas

Hospital de La Serranía de Ronda, Ronda (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años. Hipotiroidismo. Síndrome ansioso - depresivo y Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tipo anorexia nerviosa desde los 16 años, en seguimiento por Endocrino y Salud Mental. En tratamiento con Fluoxetina 20mg, Eutirox 75 mcg, Quetiapina 200mg y Clorazepato 10mg.
Acude a urgencias acompañada de su hermana y su hija. Presenta astenia intensa con imposibilidad de realizar sus actividades diarias, naúseas y parestesias en ambas piernas desde hace varios días. A la exploración física, auscultación cardiopulmonar con ligera bradicardia sinusal, abdomen con ruidos hidroaéreos algo aumentados, con molestias generalizadas sin signos de defensa ni de peritonismo. Sin presencia de edemas en ambos miembros inferiores. Neurológicamente, consciente y orientada en las tres esferas, aunque con ligera bradipsiquia y dificultad en la marcha por debilidad generalizada.
Se realiza analítica con hallazgo de hipopotasemia moderada (K 2.8 mEq/L), resto de iones normales, gasometría venosa, glucemia, perfil renal y hepático normales. Se realiza un electrocardiograma donde aparece una bradicardia sinusal con aplanamiento de las ondas T en las derivaciones laterales y aparición de ondas U en V5 y V6.
Durante el desarrollo de la entrevista clínica, la paciente confiesa el uso, en los últimos meses, de diuréticos de origen natural que obtiene de herboristería, así como laxantes de forma diaria y repetida. Refiere que está atravesando una situación familiar complicada y ha recaído en conductas patológicas en relación al TCA que llevaba "controlando" en los últimos años.
Ante los hallazgos obtenidos, se ingresa a la paciente en el área de Observación, donde se pauta Cloruro Potásico vía intravenosa (se diluyen 40 mEq (viales de 20mL) en 1000 mL de suero glucosalino y se infunde a un ritmo de 42 gotas/min ó 126 mL/h). Se realizaron controles de las concentraciones de potasio cada 6 horas y se fue corrigiendo el ritmo de infusión según los resultados.
Tras la corrección iónica, se dio de alta con cita urgente al día siguiente con Psiquiatría, donde se valoró de forma integral a la paciente con seguimiento estrecho y aumento del tratamiento antidepresivo y antipsicótico.

CONCLUSIONES

La hipopotasemia es la concentración plasmática de potasio inferior a 3.5 mEq/L. En función de la cuantía de este descenso, se clasifica en: leve (3 - 3.5 mEq/L), moderada (2.5 - 2.9 mEq/L) y grave (menos de 2.5 mEq/L). Puede tener numerosas causas, aunque las más frecuentes son los vómitos, la diarrea y el uso de diuréticos. De forma general, los síntomas no suelen aparecer hasta que la potasemia desciende por debajo de 3 mEq/L, y se pueden dar en forma de debilidad, parestesias,

parálisis, hiporreflexia, hipoventilación, tetania, íleo paralítico... En este caso, se trata de una paciente con un TCA conocido aunque aparentemente bien controlado, que había optado por conductas purgativas en los últimos meses, de difícil control por parte de los profesionales sanitarios e incluso de su entorno familiar, debido a que se trata de productos que en muchas ocasiones no requieren receta sanitaria.

P. #1185

A PROPÓSITO DE UN CASO, EL CAFÉ COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

Beltrán Calleja Cobo De Guzmán, Antonio Blanco Portillo, Núria Herrero Prieto

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años con alergia conocida a nolotil y antecedentes de hipertensión arterial y discopatía lumbar con previa cirugía de espondilosis lumbar que acude al Servicio de Urgencias por episodios autolimitados de un mes de evolución de alteración del comportamiento en forma de somnolencia matutina y heteroagresividad con confusión y alteraciones del lenguaje y funciones cognitivas, además de posibles episodios de desconexión del medio tipo ausencias con recuperación espontánea tras toma de café, pero con amnesia retrógrada del episodio cuando cede el mismo. No episodios febriles. Niega otra focalidad neurológica ni otra clínico por aparatos. No viajes recientes, ni salidas al campo. No clinica constitucional.

A su llegada, se realiza una toma de constantes vitales dentro de la normalidad y una exploración neurológica con tendencia a la somnolencia, bradipsiquia con alteración de funciones cognitivas superiores con dificultad en la memoria, en el cálculo y con intoxicación en ordenes sencillas. A nivel de pares craneales, fuerza y sensibilidad de extremidades y cerebelo, la paciente se explora sin hallazgos, al igual que a nivel cardiorrespiratorio y abdominal.

Como pruebas complementarias, se solicita una analítica de sangre, electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones, Tomografía computerizada (TC) de cráneo sin datos de sangrado ni patología aguda. Con los resultados de la analítica de sangre se obtiene una hipoglucemia de 26 en ausencia de otros datos alterados (función renal e iones normales). Tras los resultados previos, se administra a la paciente un concentrado de glucosa al 50% con posterior mejoría de glucemia a nivel capilar y, de manera paralela, mejoría del episodio fluctuante de somnolencia y heteroagresividad.

Se mantiene a la paciente en observación con posterior episodio similar por el que acudió a la urgencia, por lo que se realizó otra comprobación de glucemia capilar con cifras de 36 mg/dl. Dado lo anterior, se decide pautar una perfusión de suero glucosado, además de dieta sin sal e ingreso para continuidad del estudio como hipoglucemia en paciente no diabético con alteraciones del comportamiento.

A continuación, durante el ingreso a cargo del Servicio de Endocrinología, se realiza un test del ayuno con datos de hiperinsulinismo franco y una tomografía axial computerizada toraco-abdominal con una lesión de 12 mm en cuerpo de páncreas hipervascularizado, además de un nódulo hipercaptante en istmo tiroideo. Tras lo anterior, es valorada por el Servicio de Cirugía general durante su estancia hospitalaria con posterior pancreatectomía corporocaudal con conservación esplénica de manera programada, además de realizar una recogida de la anatomía patológica que confirma un tumor neuroendocrino bien diferenciado con inmunofenotipo positivo para insulina y gastrina.

En el momento actual, la paciente se encuentra en seguimiento por el Servicio de Endocrinología y Cirugía General para valoración de una posible neoplasia endocrina múltiple con realización de una Tomografía por emisión de positrones (PET) con análogos de somatostatina marcados con galio 68.

CONCLUSIONES

Las urgencias endocrinológicas son un tipo de etiología hospitalaria frecuente y cuyo diagnóstico diferencial es de extrema importancia para el adecuado manejo y tratamiento de la misma.
El caso de una hipoglucemia secundaria a un insulinoma corresponde a un porcentaje poco frecuente de dichas urgencias pero no por ello menos importante. Ampliar el conocimiento y el adecuado abordaje son vitales para la detección precoz y posterior seguimiento de los pacientes.

P. #1190

UN PLOT TWIST DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO

Paloma Fernández Gómez, Estíbaliz Garrido Leal, Alba Teresa Martín Rayo, Aster Adel-Gamil Eskandarous-Ghattas, Celia Molero De Ávila Martín-Maestro, Javier Cabañas Morafraile

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años con antecedentes personales de alergia a penicilina, hipertensión y dislipemia. Presenta consumo de tabaco activo de 1 paquete/día; no alcohol. No otras enfermedades de interés. Reside fuera de nuestra localidad actualmente.
El 05/12/2024 el paciente acude a Urgencias de nuestro centro por sensación de hormigueo en los pies y pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores desde el martes 03/12/2024, con posterior progresión de esa misma sensación a ambas manos, en este caso sin déficit motor claro asociado. A la anamnesis el paciente relata que 15 días previo al inicio del cuadro acudió a Urgencias de su hospital de referencia por estreñimiento, que se solucionó tras administración de enema y donde a su vez se objetivó hiponatremia que se corrigió en el día, siendo dado de alta el paciente. Además, relata cuadro catarral de quince días de duración.
A nuestra valoración el paciente se encontraba estable hemodinámicamente, destacando del examen neurológico: paresia facial periférica bilateral de predominio derecho, descenso del tono muscular en miembros inferiores, hiporreflexia rotuliana e hipoestesia en manos y pies.
Por tanto, ante un cuadro de déficit sensitivo-motor de varios días de evolución objetivado planteamos varios posibles diagnósticos diferenciales. Entre ellos, evaluamos la existencia de un nuevo episodio de hiponatremia, o una posible mielinolisis central pontina por una corrección previa excesivamente rápida. Por otro lado, otra etiología que barajamos fue la patología del Sistema Nervioso (SN), siendo el Síndrome de Guillain-Barré la más probable.
Solicitamos analítica que no mostró alteraciones patológicas, al igual que las demás pruebas complementarias realizadas en Urgencias, incluida la Tomografía Axial Computarizada del cráneo (TAC). Tras ello, descartada hipertensión intracraneal, se realizó punción lumbar ante sospecha de polineuropatía aguda a estudio donde la principal sospecha era el Síndrome de Guillain-Barré por la clínica y el antecedente previo de catarro, donde se evidenció disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo que confirmó el diagnóstico, quedando ingresado a cargo de Neurología.
Su evolución en planta fue tórpida presentando aparición de síntomas bulbares e insuficiencia respiratoria que condicionaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con oxígeno de alto flujo y tratamiento con cinco sesiones de plasmaféresis, con mejoría progresiva hasta que, una vez estabilizado hemodinámicamente y pendiente de completar las sesiones de rehabilitación, fue trasladado a su hospital de referencia.

CONCLUSIONES

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una de las afecciones neuromusculares más comunes en el ámbito de Urgencias, lo que requiere una alta sospecha clínica para evitar demoras en el inicio del tratamiento. Es fundamental reconocer su clínica y exploración física, que típicamente se caracteriza por una parálisis simétrica ascendente acompañada de hiporreflexia o arreflexia, así como la aparición de signos de alarma como puedan ser la aparición de clínica bulbar o datos que predigan la necesidad de ventilación mecánica, siendo de gran ayuda la escala Erasmus GBS Respiratory Insufficiency Score (EGRIS).

P. #1192

HEMORRAGIA DIGESTIVA: DE ESTUDIO AMBULATORIO A URGENCIA

Juan Melero López
Hospital Alta Resolución, Benalmádena, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES:
- Alergia a Simvastatina,
- No factores de riesgo cardiovascular.
- Adenocarcinoma de ciego 2015, tratado con cirugía y adyuvancia con Capecitabina.
- Hemorroides
- Queratosis actínica
- Rinitis alergica.
- Cirugías previas: Hemicolectomía derecha laparoscópica (mayo de 2015)
- Tratamiento habitual: levocetirizina, cinitaprida.

ENFERMEDAD ACTUAL:
Varón de 67 años que acude a Urgencias de Hospital de Benalmádena derivado de la Unidad de Endoscopias del mismo hospital tras hallazgos en gastroscopia realizada ese mismo día de forma ambulatoria.
El paciente refiere epigastralgia, hiporexia y perdida de unos 10kg de peso desde hace 1-2 meses, motivo por el que se solicitó desde Urgencias previamente endoscopia digestiva alta preferente. Refiere además, deposiciones melénicas desde hace unos 10-12 días, con astenia y debilidad generalizada.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
En primer momento, 112/76 FC 97lpm.
Aceptable estado general, ligera taquipnea en reposo. Cierta palidez mucocutánea.
Abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- En analítica sanguínea destaca anemia microcítica con hemoglobina en 9.1 mg/dl, junto a urea 72mg/dl, filtrado glomerular de 49, proteína C reactiva 37, resto sin alteraciones.
- En la endoscopia realizada de forma ambulatoria, impresiona de que todo el fundus está ocupado por una masa ulcerada y dura al roce con sangrado difuso babeante sugestivo de neoformación la cual se extiende hasta cuerpo gástrico. A pesar de múltiples lavados no se pueden lavar los coágulos y los restos hemáticos y no se puede valorar la lesión en su totalidad. Se toman biopsias.

JUICIO CLÍNICO:
- NEOFORMACIÓN GÁSTRICA CON HEMORRAGIA DIGETSIVA ALTA ACTIVA SECUNDARIA.
- ANEMIZACIÓN SECUNDARIA SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA ASOCIADA.

PLAN:
- Se ingresa paciente en Observación con monitorización hemodinámica. Se inicia soporte con sueroterapia y conciliación de tratamiento. Se solicita un concentrado de hematíes en previsión.
- Se contacta con Digestivo de guardia de hospital de referencia (Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga) y Observación

de dicho hospital para traslado.
- Valorado por Digestivo tras traslado, dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente y dado el origen del sangrado, se desestima actuación endoscópica emergente en ese momento. Aun así, se indica permanecer en ayunas para valorar mañana second-look en unidad de Endoscopia.
- Ingresa paciente a cargo de Digestivo: se plantea caso en sesión interna. Se decide plantear al día siguiente a Oncología Radioterápica, que realiza radioterapia hemostática.

CONCLUSIONES

Recibimos en un hospital pequeño como el nuestro a un paciente con evidencia de neoformación gástrica y sangrado activo, que a pesar de encontrarse estable en el momento de su llegada, sabemos que continúa sangrado y precisa observación y vigilancia intensiva.
Nuestra área de observación comparte camas con la Unidad de Endoscopias ambulatoria, el paciente vino derivado de dicha unidad encontrándonos en el mismo lugar.
Nuestra actuación desde el primer momento fue dirigida a la estabilización hemodinámica del paciente, sin necesidad de iniciar perfusión de pantoprazol dado origen del sangrado, solicitando concentrados de hematíes en previsión por si se inestabilizara el paciente o precisara transfusión.
La dificultad que encontramos en nuestro hospital es que para ser valorado por Digestivo de guardia el paciente debía ser trasladado al hospital de referencia, con la espera y demora que eso supone, además de no disponer de área de cuidados intensivos. La actitud ante la inestabilidad del paciente hubiese sido, dados nuestros medios, transfundir concentrados de hematíes, inicio de drogas vasoactivas si precisaba y realización de angio-TC de abdomen para valorar punto de sangrado por si fuera posible quimioembolización posterior, o derivación para nueva endoscopia, como así se hizo.

P. #1193

A PROPÓSITO DE UN CASO: CRISIS APLÁSICA POR PARVOVIRUSB19

Cristina Rey Martínez-Armero, Andrea Lorda Valle, Alberto Aurelio Palancar Marín, Sabela Martínez Martínez, Álvaro Izquierdo Montero, Macarena Campos Carreras

Hospital Universitario Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años, con antecedentes de hiperbilirrubinemia no estudiada (atribuida a Gilbert), que acude a Urgencias por astenia de 1 semana de evolución, debilidad en miembros inferiores y síncopes de repetición de características vasovagales ese mismo día. No otra clínica acompañante. El paciente refiere orinas de color naranja «desde siempre» y que en su país de origen le estudiaron por «sangre espesa» sin poder dar más información.
Estuvo en el servicio de Urgencias 3 días antes por un cuadro febril de 3 días de evolución y mialgias, siendo dado de alta como una viriasis ya que no se objetivaron hallazgos patológicos en las pruebas complementarias (PPCC)
En la exploración física destaca: regular estado general, hipotensión (TA:100/75mmHg); FC 84lpm, buena saturación basal. Palidez cutánea. Esplenomegalia de 3 traveses de dedo. Auscultación cardiopulmonar y neurológica normales.
En las PPCC se observa una anemia normocrómica normocítica arregenerativa (Hb 4.9; VCM 84.10; HCM 33.30pg, reticulocitos 23.900/uL; anemización de 10 puntos en 3 días), hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta (Bilirubina total 2.21; Bilirrubina indirecta 1.48), LDH 882. Coagulación, función renal, iones y PCR normal.
En frotis sangre periférico se observa un cuadro leucoeritroblástico de características reactivas con serie roja compatible con eritropoyesis ineficaz.
En el ANGIO-TAC se observa una esplenomegalia 19cm y atenuación de la médula ósea del esqueleto axial a nivel pélvico y bifemoral.
Se avisa a Hematología ante la sospecha de anemia hemolítica crónica, probable esferocitosis hereditaria con crisis eritroblastopénica.
Se le adminsitran 3 hemoconcetrados y se realizan serologías y PCR de Parvovirus. Dado que la Hb mejora 3 puntos con la transfusión, presenta estabilidad clínica y hemodinámica y se descarta hemorragia activa en ANGIO-TAC se da el alta con seguimiento en consultas de hematología.
En consultas se objetiva IgM positivo para Parvovirus 19 y el paciente mantiene Hb de 11.2 por lo que el diagnóstico es de una crisis aplásica secundaria a infección por Parvovirus B19.

CONCLUSIONES

La infección por ParvovirusB19 es una infección común a lo largo de toda la vida, entre un 40-60% de adultos jovenes han sido infectados y hasta un 90% en personas ancianas. Es un virus que se transmite, primariamente, por vía respiratoria.
El 50% de los casos son asintomáticos, siendo las artralgias el síntoma más común en adultos. En pacientes sin trastornos

hematológicos de base, la caída del hematocrito asociada con la infección por parvovirus B19 de células precursoras de eritroides es modesta y no clínicamente significativa.
Sin embargo, en individuos con anemia falciforme o esferocitosis hereditaria que presentan anemias crónicas y, consecuentemente, alta tasa de reticulocitos para compensar la anemia hemolítica crónica; la infección por parvovirus B19 produce una caída dramática del hematocrito y una crisis aplásica transitoria aguda que requiere transfusión de glóbulos rojos. La crisis aplásica finaliza con el desarrollo de anticuerpos frente al virus o, en casos de inmunosupresión o mala evolución, la adminsitración pasiva de inmunoglobulinas.
Como médicos de Urgencias es importante no banalizar la sintomatología incespecífica en pacientes jóvenes, sobre todo con antecedentes personales no bien definidos ante la posibilidad de que sea el inicio, como en este caso de una crisis aplásica (en un varón con una posible esferocitosis hereditaria no disgnosticada previamente, si bien tenía una hiperbilirrubinemia previa no estudiada) y confiar en la clínica y en el aspecto del paciente por encima de las pruebas complementarias (fue dado de alta con un aspecto clínico regular la primera vez porque no había hallazgos en las pruebas complementarias)

P. #1199

UNA HIPERTENSIÓN AISLADA ENCUBRIENDO UNA INFECCIÓN MORTAL

Raquel Pérez Jiménez, Irene Cesteros Martín, Vanisha Lilaram Lachmandas, Aitana Barrios trujillo, Celia Herrera González, Marta Bosa Santana

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 55 años, alérgica a metamizol y antecedente personal de parálisis facial periférica izquierda, acude a urgencias por cefalea y náuseas de 24 horas de evolución. Asocia episodio de distermia sin fiebre termometrada por la noche, sin clínica infecciosa asociada. Acudió el día anterior a Centro de Salud por cefalea, inestabilidad y tensión arterial (TA) de 220/110 mmHg; que tras 2 comprimidos de captopril 25mg y 2 comprimidos de furosemida de 40mg es dada de alta domicilio con TA 140/90 mmHg manteniendo la cefalea e inestabilidad. Según informe médico diagnosticada de crisis hipertensiva aislada y otitis fúngica derecha (por la que pautan nistatina y alcohol boricado).
A su llegada a urgencias, entra en sala de reanimación por posible código ictus, y se procede a monitorización cardiorrespiratoria. Presenta TA 147/80 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) de 100 latidos por minuto (lpm) y saturación basal 100%. Afebril. Se explora a la paciente en quien destaca: Lenguaje repetitivo sobre molestias frontales, no rigidez nucal, parálisis facial izquierda, leve disminución de fuerza del hemicuerpo izquierdo y secreción seroamarillenta por oído derecho. Se comenta caso con neurología, realizando Tomografía axial computerizada (TAC) sin activar código, con resultado normal. Se extrae analítica y se pasa a paciente a observación con monitor.
Analítica: Leucocitos 29.85 x 109/L a expensas de neutrófilos. Proteína C reactiva 39 mg/L. Procalcitonina 6 ng/ml. Transaminasas sin alteraciones.
Analítica de orina: negativa
Radiografía de tórax: sin alteraciones.
Gasometría venosa: pH 7.30. Láctico 3 mmol/L
Tras resultados anteriores, pero con alta sospecha de proceso infeccioso asociado, se plantea realización de Punción lumbar (PL) con siguiente resultado: presión de apertura >50mmH20. Glucosa indetectable, Proteínas >1.94 g/L. Leucocitos 65 cel./mm3. Neutrófilos 45%. Sospechando una Meningitis bacteriana se comienza cubriendo a paciente con Vancomicina 15mg/kg, cefotaxima 50mg/kg y dexametasona 0.6 mg/kg, y se solicita traslado a Centro de 1° nivel para ingreso a cargo de Neurología.
Al cabo de unos 50 minutos paciente progresa con mayor somnolencia y emisión de sonidos (Glasgow 6) por lo que se procede a intubación orotraqueal tras administración de sedoanalgesia y es derivada en ambulancia medicalizada. Ingreso posterior en UVI, donde completan tratamiento antibiótico con ampicilina 3gr.
Al cabo de los días, se retira sedoanalgesia destubando a paciente con respiración espontánea. Se obtiene resultado de cultivo de líquido cefalorraquídeo positivo a Streptococcus pneumoniae. Se mantiene como antibioterapia Vancomicina y cefotaxima durante 14 días.

CONCLUSIONES

La meningitis es una emergencia médica la cual requiere un diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar complicaciones. Esta puede ocurrir a cualquier edad y en individuos previamente sanos; concierne a la inflamación de las meninges por diferentes patógenos: la meningitis bacteriana es la más frecuente seguida por las micóticas y por último lugar las virales. En cuanto a las manifestaciones clínicas podemos concluir que el síntoma más frecuentemente es la cefalea (51 %).
La disminución de infecciones causadas por Haemophilus influenzae tipo b, tras la introducción de vacunas conjugadas, lleva a que el camino a seguir sean investigaciones para encontrar medidas preventivas para infecciones causadas por Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis. Cada infección tratada en el siglo XXI abre el dilema de las resistencias a las que nos encontramos, y que el uso indebido de antibióticos depara a patógenos más resistentes e imposibles de combatir actualmente.

P. #1208

HEMORRAGIA CEREBELOSA POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN UNA MUJER JOVEN

Gloria Ruiz Hernández, María Dolores Palliser Van Den Eynde, Itziar Isabel Ilzarbe Ucelay

Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 17 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes ni alergias medicamentosas presenta cefalea y mareos por la tarde. Posteriormente, desarrolla vómitos después de cenar y somnolencia progresiva, culminando con alteración del nivel de conciencia al día siguiente. La familia encuentra a la paciente inconsciente en la cama y activa el servicio de emergencias (112).
A la llegada al lugar, la paciente presenta un Glasgow de 12 (apertura ocular a la voz, palabras confusas y localización del dolor), pupilas mióticas escasamente reactivas y movimientos no coordinados de las extremidades. Se administra metoclopramida, flumazenilo, tiamina y naloxona intravenosos, sin mejora significativa del estado neurológico. Tras monitorización cardíaca y posición de la camilla a 30°, se trasladarla al Hospital de Requena con diagnóstico inicial de síndrome confusional. (T1: Transporte primario 11:12)
En el hospital, se realiza intubación orotraqueal (IOT), analíticas básicas y tomografía computarizada cerebral. El estudio mostró un hematoma intracerebeloso izquierdo de 21x15x16 mm que ocupaba el cuarto ventrículo, causando hidrocefalia con dilatación del tercer ventrículo y ventrículos laterales.
Se activa la derivación al Hospital de la Fe de Valencia y se realiza un transporte secundario con midazolam y rocuronio intravenosos. (T1: Transporte secundario 13:26). El servicio de neurocirugía realiza una intervención con craneotomía suboccipital lateral con exéresis completa de la MAV. La paciente fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI).
Tras un tratamiento rehabilitador integral, la paciente recuperó completamente su autonomía motora, caminando sin ayuda y presentando solo una dismetría leve residual. No mostró alteraciones neurológicas adicionales en el examen posterior.

CONCLUSIONES

Factores relacionados con un buen pronóstico incluyen:
- Escala de Glasgow >8 al inicio y a las 24 horas del evento.
- Tamaño del hematoma <3 cm.
- Ausencia de hidrocefalia severa o hemorragia intraventricular.

Este caso resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces en hemorragias cerebelosas, particularmente aquellas causadas por malformaciones arteriovenosas. Aunque las HCs son eventos graves con elevada mortalidad, un manejo adecuado desde la fase inicial puede mejorar significativamente el pronóstico funcional. La colaboración entre servicios de emergencias extrahospitalarios y equipos médicos especializados es clave para optimizar resultados en estos pacientes.

P. #1217

CUANDO ES TARDE PARA EL CÓDIGO ICTUS: LA IMPORTANCIA DE UNA CONSULTA TEMPRANA EN URGENCIAS

Beatriz Ordóñez Amboage, Julia Rubio Oña, Ángela Martínez Santa Cruz, Daniel Requejo González, María Lao Moreno, Begoña Bolaños García

Hospital Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años con antecedentes de trasplate renal e hipertensión maligna trasladado a urgencias por un cuadro de vómitos de 24 horas de evolución y desorientación iniciada esa mañana. A su llegada a urgencias se encuentra en sedestacion, moviliza 4 extremidades, presenta varios vómitos. Desorientado en espacio (no sabe donde está, sí sabe la dirección de su casa), no nomina objetos, responde órdenes sencillas, discurso bradipsíquico. Se realiza anamnesis indirecta a la madre, refiere desde hace una semana episodios de ceguera total autolimitada con recuperación completa. Primero hace una semana mientras conducía, varios episodios en domicilio, que recuperaba posteriormente despues de minutos. No ha presentado fiebre ni cuadro catarral, no deposiciones diarreicas. Hoy por la mañana tendencia a somnolencia y no reconocía a la madre por lo que avisan a emergencias.
En la exploración neurológica inicial, el paciente está somnoliento, con Glasgow 14, bradipsiquia, dificultades en la nominación y comprensión de órdenes simples. Presenta dismetría y su marcha no es valorable. Cardiovascularmente, se observa una tendencia hipertensiva (TA 160/90 mmHg) con frecuencia cardíaca normal. La exploración respiratoria y abdominal no muestran hallazgos relevantes.
A los 30 minutos, el paciente sufre un deterioro neurológico brusco con disminución del Glasgow a 6 puntos, por lo que se realiza intubación orotraqueal mediante secuencia rápida.
El TAC craneal revela una lesión hipodensa en el lóbulo occipital derecho, compatible con infarto isquémico agudo/subagudo, además de múltiples infartos lacunares antiguos y leucopatía isquémica crónica. El Angio-TC de troncos supraaórticos evidencia trombosis de la arteria basilar y de la arteria vertebral derecha en su segmento V4, así como una severa ateromatosis calcificada en estas estructuras. También se observa ausencia de flujo en la arteria cerebral posterior derecha.
Dado el tiempo de evolución y la extensión de las lesiones, se descarta la activación del Código Ictus y se decide el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo y monitorización.

CONCLUSIONES

Importancia del reconocimiento temprano de los síntomas de alarma: la ceguera transitoria fue una señal de alarma neurológica subestimada. Una consulta temprana podría haber permitido una intervención más efectiva.
Resaltar la importancia del abordaje de la vía aérea en el paciente con deterioro neurológico progresivo
Limitaciones del Código Ictus: la evolución prolongada, el diagnóstico tardío limita las opciones terapéuticas, destacando la importancia de la sospecha precoz.

P. #1219

ANEMIA MACROCÍTICA HEMOLÍTICA

María Pérez Olmedo, Alba Teresa Martín Rayo, Beatriz Guerrero Molina, Ana Soledad Benito Martín - Preciados, Natalia Muñoz Pinto, Susana Gómez Blanco

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a urgencias una mujer de 79 años tras presentar aumento de edemas en miembros inferiores de 9 días de evolución. No refiere disminución del ritmo de diuresis, ni disnea ni ortopnea. No mayor astenia. No presenta signos de sangrado objetivables. Caídas frecuentes en los últimos meses en relación con la enfermedad de Parkinson. Antecedentes personales importantes: Enfermedad de Parkinson de larga evolución. Ulcus gástrico. Colecistectomía. Probable síndrome antofosfolípido. TTPA alargado por anticoagulante lúpico. Déficit de Vitamina D. Hernia inguinal izquierda; pendiente de cirugía. Osteoporosis.
Tratamiento habitual: BOMBA INFUSIÓN APO-GO PFS 5 mg/ml, continúa con programación múltiple (2 ampollas al día); ADIRO 100 MG (0-1-0); PROLIA 60 MG: SEMESTRAL; MADOPAR: 7 HS, 12HS, 16HS y 20 HS: 1/4 en cada toma, 4 tomas diarias; SINEMET PLUS RETARD 1 comp. a las 24 horas al retirar la bomba. AMANTADINE tomar solo si tuviera muchas discinesias; MOTILIUM 1 comp. 30 minutos antes de iniciar infusión; Pantoprazol 40 mg 1 comprimido al día; Hidroferol 1 a la semana.
Situación basal: parcialmente dependiente. Desplazamientos con bastón. No deterioro cognitivo.
Exploración física: constantes en rango. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien perfundida, hidratada y nutrida. Eupneica y afebril.
AC: rítmico no soplos
AP: MVC con algún crepitante aislado en base derecha
ABD: blando, depresible, no doloroso no masas ni megalias no peritonismo
MMII: leves edemas bimaleolares con fóvea
Pruebas complementarias:
Analítica sanguínea: función renal normal, iones en rango, no elevación de reactantes de fase aguda. Hemoglobina 6.9 g/dL, hematocrito 21.2%, volumen corpuscular medio 119.9 fl, hemoglobina corpuscular media 39.3 pg; concentración de hemoglobina corpuscular media 32.8 gr/dL. Reticulocitos 4.87%. Plaquetas en rango, leucocitos sin alteraciones. NTproBNP 1057.
Rx de tórax: cardiomegalia y datos de redistribución vascular. No derrame pleural de cuantía significativa.
Durante su estancia en boxes la paciente se mantiene en todo momento estable clínica y hemodinámicamente y asintomática, por lo tanto, ingresa en medicina interna con el diagnóstico de anemia macrocítica regenerativa e insuficiencia cardíaca descompensada en contexto de lo previo.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:
ARREGENERATIVA (reticulocitos disminuidos):
1. Megaloblástica: alteración en la síntesis del ADN
Déficit de vitamina B12 (malabsorción, anemia perniciosa, dieta vegana…)
Déficit de ácido fólico (ingesta inadecuada, desnutrición, alcoholismo, fármacos, aumento de las necesidades…)

2. No megaloblástica: alteraciones en la síntesis del eritrocito, como puede ser la membrana.
Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis…)
Alcoholismo crónico
Hipotiroidismo
Anemia aplásica
Síndromes mielodisplásicos (producción patológica de células sanguíneas)
3. Causa farmacológica
REGENERATIVA (reticulocitos aumentados):
1. Hemólisis crónica (esferocitosis hereditaria, déficit de G6PD)
2. Sangrado agudo con regeneración medular (reticulocitos grandes)
3. Causa farmacológica
Evolución del caso:
Durante la estancia en planta de medicina interna se amplía estudio. Dada la estabilidad clínica se decide demorar la transfusión sanguínea a la espera de completar el estudio. En los resultados se evidencia:
Estudio de anemias: aumento de bilirrubina total a expensas de la bilirrubina indirecta.
Frotis: No datos morfológicos evidentes de hemólisis en el momento actual. Moderada anisopoiquilocitos, macrocitosis, y algunos dacriocitos y aislados esferocitos en sangre roja;
COOMBS positivo a título 1/4. Ante sospecha de anemia hemolítica, se modifica el tratamiento suspendiendo la infusión por probable relación de anemia hemolítica con apomorfina y se inicia tratamiento pertinente en la planta con bolos de metilprednisolona.
Diagnóstico final: anemia macrocítica hemolítica causada por apomorfina

CONCLUSIONES

La necesidad de ser conscientes de la medicación habitual de la paciente y asegurarse que esté actualizada.
Gran parte de las patologías de los pacientes tienen relación con los fármacos que ingieren.
Tener en cuenta la existencia de anemia hemolítica en el diagnóstico diferencial de una anemia macrocítica.
La Apomorfina es capaz de causar anemia hemolítica debido al mecanismo autoinmune.
Es importante comunicar estos casos para aportar más información de efectos adversos del fármaco y generar evidencia y ganar en seguridad.

P. #1222

OFTALMOPARESIA COMPLEJA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE WERNICKE

Janyn Perdomo Bacallao[1], Yandy Mariño Navarrete[2]
1. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
2. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 52 años, con consumo crónico de alcohol, que consulta por la aparición súbita de visión doble en todas las direcciones, sin presentar otros síntomas neurológicos como dificultad para hablar, tragar, alteraciones de la fuerza muscular o sensibilidad. Refiere pérdida de peso de 8 kilogramos en los últimos seis meses, asociada a disminución del apetito. En la exploración física se evidenció un movimiento involuntario anormal de los ojos (nistagmo) evocado con fases rápidas hacia la derecha, déficit del movimiento ocular hacia adentro en el ojo derecho y restricción del movimiento hacia afuera en ambos ojos, sin otros déficits neurológicos. La fuerza muscular se mantuvo normal y la marcha era adecuada al taparse un ojo. Los estudios de laboratorio mostraron un patrón compatible con consumo crónico de alcohol, con aumento del volumen corpuscular medio, incremento de la enzima gamma-glutamil transferasa y leve hipoalbuminemia. La tomografía computarizada de cráneo realizada en urgencias no mostró alteraciones, mientras que la resonancia magnética cerebral evidenció un infarto lacunar crónico y moderada atrofia cerebral y cerebelosa, sin hallazgos típicos de encefalopatía de Wernicke (EW). La tomografía computarizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis reveló esteatosis hepática y leve cantidad de líquido libre en la pelvis. Se inició tratamiento con tiamina intravenosa a dosis de 500 miligramos cada 8 horas desde el servicio de urgencias, basándose en la sospecha clínica de EW, con la que el paciente mejoró completamente en 24 horas, quedando asintomático.

CONCLUSIONES

La presentación atípica de este caso, caracterizada por una compleja oftalmoparesia y nistagmo en ausencia de otros signos clásicos, junto con la rápida resolución de los síntomas tras la administración de tiamina, sugiere un diagnóstico de encefalopatía de Wernicke. Aunque la resonancia magnética no mostró hallazgos específicos, la respuesta terapéutica respalda el diagnóstico clínico, subrayando la importancia de considerar EW en pacientes alcohólicos con síntomas neurológicos sutiles. Además, se identificaron signos de enfermedad hepática crónica, probablemente secundaria al alcoholismo, lo que enfatiza la necesidad de un manejo integral en estos pacientes. Este caso destaca la relevancia de iniciar el tratamiento en urgencias para prevenir complicaciones neurológicas irreversibles y contribuir al conocimiento clínico sobre presentaciones inusuales de la EW.

P. #1237

DOCTOR, VEO COSAS POR LA NOCHE: ALUCINOSIS PEDUNCULAR RECURRENTE

Miguel Moreno Martín[1], Inés Domínguez Zotes[1], María Goreti Gutiérrez Raso[2]

1. CS Trobajo del Camino, León, España
2. Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 91 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, cardiopatía hipertensiva y portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II; que acudió a Urgencias por cefalea hemicraneal derecha y alucinaciones visuales de 72 horas de evolución. Describía figuras, luces y sombras, sin fiebre, signos infecciosos ni otra sintomatología acompañante. La exploración física mostró una ligera limitación en la abducción ocular izquierda, sin otros hallazgos neurológicos relevantes. La tomografía computarizada (TC) cerebral no identifica hemorragias ni procesos expansivos, aunque mostró signos de enfermedad de pequeño vaso.

Dadas las características clínicas se consideraron como etiologías probables: el delirio secundario a infección urinaria (siendo una causa frecuente en pacientes ancianos, especialmente en mujeres), migraña con aura atípica (que puede ocasionar fenómenos visuales complejos) y accidente cerebrovascular (que asocia déficit neurológico focal y afectación en TC cerebral). Sin embargo, la ausencia de fiebre, una cefalea sin claras características migrañosas y las pruebas complementarias normales, hicieron considerar como entidad más probable la alucinosis peduncular, iniciando así tratamiento con quetiapina 25mg/día. Tras la mejoría sintomática en Urgencias, la paciente fue dada de alta con seguimiento en Neurología, más tarde se retiró el tratamiento por ausencia de nuevos episodios.

Dos años más tarde, reacude a Urgencias por recurrencia de alucinaciones visuales nocturnas sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. La exploración neurológica fue normal, con inestabilidad leve en la marcha. El TC cerebral no mostró cambios significativos respecto al estudio previo. Se contacta con el servicio de Neurología, y se confirma el diagnóstico de alucinosis peduncular recurrente y se reinició la quetiapina 25 mg/día. Dado sus antecedentes se contacta con Cardiología y Hematología, se ajusta su tratamiento anticoagulante con suspensión de ácido acetilsalicílico 100mg e inicio de Acenocumarol y Bemiparina sódica.

CONCLUSIONES

La alucinosis peduncular es una entidad infrecuente que puede presentarse en pacientes ancianos y cuya identificación en Urgencias es clave para evitar retrasos diagnósticos y tratamientos inadecuados. En este caso, la evaluación en el servicio de Urgencias permitió descartar patología aguda y establecer un diagnóstico diferencial adecuado mediante la realización de un TC cerebral, que confirmó la ausencia de lesiones estructurales recientes. El manejo en Urgencias fue determinante para la instauración de un tratamiento precoz, que resultó eficaz en la resolución del cuadro clínico.

Es fundamental tener presente esta entidad en pacientes con alucinaciones visuales, especialmente cuando se presentan sin alteraciones del nivel de conciencia ni otros signos neurológicos focales.

Finalmente, la colaboración interdisciplinaria fue esencial para asegurar un tratamiento integral, pero es en el ámbito de Urgencias donde se deben establecer las bases del diagnóstico garantizando una atención rápida y efectiva.

P. #1241

A VECES, VARIOS MOTIVOS DE CONSULTA, TIENEN UN MISMO DIAGNÓSTICO

MariÁngeles Moreno Planelles, Lorena Díez Domínguez, Itziar Fortuny Esterri, Marina Parras Cordoves, Pilar Martin-Doimeadios Fuentes, Verónica Bueno Palomino

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Dolor en las manos
Antecedentes personales : No alergias conocidas. No antecedentes de interés.
Enfermedad actual: Acudió hace una semana por cefalea y mialgias, siendo de diagnosticada de cefalea en probable relación con proceso viral. Dada de alta con dexketoprofeno cada ocho horas. Tres días después, comienza con fiebre y añade paracetamol. Al día siguiente, acude de nuevo a Urgencias por rash cutaneo en la zona del escote y edema en los labios, sin disnea, odinofagia, la fiebre iba mejorando pero seguía con febrícula. Estaba tomando paracetamol, enantyum y metamizol (nunca antes había presentado racción alérgia a dichos fármacos). En Urgencias, se le pauto 60 mg de metilprednisolona y se le dio de alta con deflazacort durante tres días. Con el diagnóstico de probable reacción alérgica medicamentosa. Mejoró
El día de la consulta, acude de nuevo, tras terminar el tratamiento con corticoides, acude al Servicio, por dolor y tumefacción en ambas manos. Sin fiebre, de nuevo con rash cutaneo.
Exploración física: Tensión arteria:130/78 Frecuencia cardiaca 76 lpm Temperatura 36,7
No adenopatías.
Rash eritematoso, no pruriginoso en ambos muslos.
Auscultación: Ritmica. Murmullo vesicular conservado
Abdomen: Blando y depresible. No doloroso.
Dolor y leve tumefación en al primera articulación interfalángica proximal derecha. Dolor y leve tumefación en ambas muñecas
Pruebas complementarias
Analitica: Hemograma (leve neutrofilia -80%- bioquimica -GPT: 206 y GOT: 96- Coagulación sin alteraciones . PCR 10
Evolución en Urgencias. Tras pauta de corticoides con metilprednisolona 60mg/ 24 h. Presenta mejoría. Se le da de alta con esteroides en pauta descendente durante cuatro semanas con control en consultas de Reumatología.
Juicio clínico: Probable enfermedad de Still (fiebre, rash y artritis)
Evolución: Valorada en consultas de Reumatología, donde tras completar el estudio, se corrobora la sospecha, siendo diagnosticada de Enfermedad de Still del Adulto.
Se inició tratamiento dirigido que sigue con revisiones periódicas.

CONCLUSIONES

El entorno de Urgencias esta diseñado para la evaluación y manejo inmediato de patologías agudas, lo que en ocasiones dificulta el diagnóstico de enfermedades crónicas o sistémicas con presentaciones poco frecuentes. Los pacientes que consultan reiteradamente por síntomas inespecíficos pueden representar un reto, ya que cada visita se centra en resolver el motivo puntual de consulta, sin una visión longitudinal de su evolución. La fragmentación de la atención ,la variación de personal que atienden al paciente y la necesidad de descartar causas más frecuentes, pueden retrasar la identificación de patologías subyacentes. El reconocimiento de patrones de consultas repetidas y la coordinación con otros Servicios puede ser clave para reducir el diagnóstico de estos pacientes.

P. #1242

PREDICCIÓN DEL TIPO DE ICTUS EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

MARÍA Arévalo De Pablos, Javier Fernández Topham, ERVIGIO Corral Torres, José LUIS Montesinos Díaz, FERNANDO Lombardía Recio, BEATRIZ Rodríguez Esplandiu

SAMUR PROTECCIÓN CIVIL, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La diferenciación temprana entre el ictus hemorrágico y el ictus isquémico en pacientes con sospecha de ictus, supone el principal diagnóstico diferencial de cara al tratamiento precoz del proceso. En el ámbito de actuación de los Servicios de Emergencias (SEM), la falta de pruebas de imagen fiables hace que ese diagnóstico sea prácticamente imposible. Sin embargo, y de cara a un diagnóstico de presunción, los avances recientes con enfoques estadísticos avanzados basados en el aprendizaje automático (ML), han mejorado significativamente la precisión de los algoritmos de predicción mediante el uso de múltiples factores pronósticos. Es cierto que muy pocos estudios hasta la fecha se han centrado en la predicción del tipo de ictus en el entorno prehospitalario y, menos aún, utilizando técnicas de ML. Partimos de la hipótesis de que los algoritmos de ML, a la hora de identificar el tipo de ictus, pueden conseguir una alta capacidad de clasificación con variables exclusivamente extrahospitalarias.

OBJETIVO

Desarrollar y evaluar un modelo de ML que permitiera diferenciar entre ictus isquémico y hemorrágico en el ámbito extrahospitalario, utilizando datos clínicos y metabólicos obtenidos en los primeros momentos de atención al paciente.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo, a través de una base de datos prospectiva continua. Población elegida: Pacientes diagnosticados y transferidos como Código Ictus desde el 1/7/2021 al 31/12/2024 por un SEM. Variables Epidemiológicas: edad y sexo. Variables de exposición: puntuaciones NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) y Escala de Glasgow (GCS); Tensiones arteriales: sistólicas (TAS), diastólicas (TAD) y media (TAM), iniciales. Valores analíticos: Glucemia, pH, Bicarbonato (CHCO3), PCO2, exceso de Bases (EB), Lactato, e iones potasio (K+), Calcio (Ca++). Además, se crearon las variables Acidosis metabólica y Acidosis respiratoria definidas matemáticamente como, pH*BE y pH/pCO2, respectivamente. Variable dependiente: tipo de ictus (isquémico o hemorrágico).
Se usó el algoritmo de clasificación binaria supervisada Random Forest (RF), separando el 80% de los pacientes para entrenamiento y el 20% para validar el modelo. Su rendimiento se calculó en términos de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva ROC (ABC), además del análisis del valor SHAP para las variables más predictoras.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

526 pacientes. Se descartaron 116 pacientes por considerarse AIT y otras patologías neurológicas. 411 pacientes incluidos. 279 (67,8%) presentaban un Ictus de origen isquémico, 132 (32,2%) presentaban Ictus hemorrágico. 249 (60.7%) son varones. Media edad: 68.2 años (DE:14.7). Valores iniciales: TAS Inicial; 160.3 (DE:32,9), TAD inicial; 95.4 (DE:22.41), TAM;116.6 (DE:24.72) Glasgow; 13,45 (DE:2.48), Glucemia; 142.06 (DE:55.42), NIHSS;12.36 (6.62), BE;0.51(DE:3.2), CHCO3;25.16 (DE:3.39), pH; 7,38 (DE:0,07), Lactato; 2,45 (DE1,76), pCO2; 42,09 (DE:8,61), K+; 3,97 (DE:0,63) y Ca++; 1,19 (DE:0,09), Ac. Metabólica; 3,86 (DE:23,6) y Ac. Respiratoria; 0,18 (DE:0,04).
El modelo RF obtuvo una S de 0.57, E de 0.86, VPP de 0.85, VPN de 0.6 y un ABC de 0.81.
Las variables más predictoras del modelo fueron K, TAM, TADi, TASi, y NIHSS, respectivamente.

CONCLUSIONES

El modelo de ML desarrollado en este estudio demostró una gran capacidad de clasificación a la hora de identificar de manera eficiente los tipos de ictus a partir de información extrahospitalaria. Respecto a las variables predictoras, es conocido el papel del K en el ictus donde, valores bajos se han asociado previamente con una tendencia al ictus hemorrágico, algo con confirmamos en este estudio. De igual manera, las tensiones generalizadamente elevadas, así como un NHISS elevado, son también predictores de este tipo de ictus. Estos hallazgos, deberían facilitar futuras investigaciones sobre los mecanismos subyacentes en cada tipo de ictus, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones en entornos clínicos donde se carecen de técnicas de imagen relevantes y de fácil acceso.

P. #1248

DIETAS RESTRICTIVAS; EL RESURGIMIENTO DEL ESCORBUTO EN EL S. XXI

Beatriz García-Borregón Domonte, Blanca Gómez Del Río, Elena Romero Gismera, Manuel Luis Gómez Blanco

Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por un hematoma espontáneo en el muslo izquierdo, presente desde hace 1 mes y que ha ido empeorando aumntando de tamaño, sin antecedente traumático. Además, refiere gingivorragia y petequias desde hace 1 semana.
En la analítica se observa una hemoglobina de 7,5 g/dL sin otras alteraciones en el hemograma. Se realiza angioTC, en la que se descarta la presencia de sangrado activo, procediéndose a la transfusión de 2 unidades de concentrado de hematíes.
En la exploración física, el paciente presenta un estado de delgadez extrema, palidez mucocutánea y un extenso hematoma que abarca el muslo izquierdo hasta la región inguinal.
Durante la anamnesis dirigida, se evidencia que el paciente ha seguido, por decisión propia, una dieta estricta sin ingesta de frutas y verduras durante el último año. Dada la clínica, se planteó la sospecha de coagulopatía, considerando déficit de vitamina K versus déficit de vitamina C. Los estudios complementarios confirmaron un déficit severo de vitamina C, siendo compatible con escorbuto.
Se inició suplementación con vitamina C, lo que condujo a la mejora de la anemia y a la resolución completa del cuadro clínico.

CONCLUSIONES

Es fundamental indagar en los hábitos alimenticios del paciente, ya que las dietas extremadamente restrictivas están en aumento y pueden conducir a deficiencias nutricionales significativas, desencadenando patologías que, aunque poco frecuentes, no deben pasarse por alto en la práctica clínica actual.
Ante la aparición de manifestaciones como anemia o hematomas espontáneos, resulta imprescindible establecer un diagnóstico diferencial que incluya, entre otras causas, deficiencias nutricionales (por ejemplo, de vitamina K), coagulopatías, trastornos plaquetarios, enfermedades autoinmunes y alteraciones genéticas.

P. #1254

PANCREATITIS PASADA POR GRASA

Alicia Fabiana Salvatierra Maldonado, Antonio Fernández Hernández, Carlos Alberto Domínguez Nuez, Rafael Salvador Canuto, Cristina Morillas Ramiro, Irene Palacios Aceña

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años con obesidad, HTA y DL como antecedentes previos acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila por epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios de unas 12 horas de evolución posprandial de la cena del día previo. Niega náuseas o vómitos asociados en el cuadro actual. No presentó tampoco fiebre o sensación distérmca.. Refirió estreñimiento de dos días que no remitió a pesar de administración de enemas.
Presentó una exploración abdominal anodina, sin dolor a la palpación en ningún cuadrante con un abdomen muy globuloso a expensas de panículo adiposo.
En primera determinación analítica presentó una hiponatremia severa junto con otras alteraciones iónicas, por lo que se decide iniciar monitorización y pautar tratamiento corrector para dichos trastornos electrolíticos hasta que contacta analista de guardia telefónicamente para referir interferencias marcadas en la muestra por lípidos en plasma sanguíneo. La analista solicitó realizar gasometría venosa y comprobar iones en dicha prueba, que resultaron normales e implicaron la suspensión del tratamiento, así como solicitó una ampliación de su perfil lipídico. Analíticamente destacó una Hipertrigliceridemia de >12.000 TG junto con un colesterol por encima de 1.000. Se realizó TAC abdominal con datos de pancreatitis leve y esteatosis hepática. Posteriormente se contactó con el servicio de UCI de guardia quienes indicaron que se debía realizar una plasmaféresis urgente del paciente.
Al no tratarse de un hospital de primer nivel, y no disponer de plasmaféresis ni lipoféresis en dicho centro, se contactó con Hospital Universitario de Salamanca, quienes al conocer la estabilidad hemodinámica del paciente y encontrarse este asintomático, denegaron el traslado y recomendaron inicio de tratamiento médico del paciente en Urgencias e ingreso a cargo del servicio de Digestivo pra inicio de tratamiento estabilización médica.
Se inició tratamiento con 100 UI de Insulina rápia intravenosa y con suero glucosado al 10% junto con 120 UI de Enoxaparina subcutánea y Cloruro potásico 80 meq a pasar en dos horas con 2000 cc de suero.
Finalmente el paciente ingresó a cargo del Servicio de Digestivo.

CONCLUSIONES

La hipertrigliceridemia masiva es una condición de riesgo para el paciente debido al riesgo incrementado de padecer una pancreatitis aguda y del riesgo protrombótico que presenta dicha patología, tratándose por tanto de una patología urgente que debería recibir tratamiento con plasmaféresis (o más específicamente, con lipoféresis) para evitar complicaciones asociadas.

P. #1255

DOCTORA, ME EXPLOTA LA CABEZA

Estefanía García Bande, José Falomir Montaner, Sergio Chimeno Sánchez, Pablo Rodríguez Ramón

Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 49 años con antecedentes patológicos de migraña episódica de alta frecuencia, que había recibido tratamiento monoclonal hasta hacía un mes y actualmente solo se encuentra bajo tratamiento de rescate con lasmiditán. También presenta hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, anemia ferropénica, síndrome ansioso depresivo y fibromialgia. Consulta al Servicio de Urgencias por la mañana debido a un cuadro de cefalea holocraneal súbita, con inicio en la tarde anterior mientras practicaba yoga, seguida de vómitos. El dolor no cedió con su tratamiento habitual y presentó características diferentes a las migrañas previas.

A su llegada, la paciente presenta tensión arterial de 158/79 mmHg, frecuencia cardíaca de 50 bpm, y saturación de oxígeno del 94%. Está somnolienta pero orientada, con dolor en la escala Eva de 6. La exploración neurológica revela un Glasgow Coma Scale fluctuante debido a somnolencia excesiva, sin focalidad neurológica adicional. El resto de la exploración física es normal, con auscultación de tonos cardíacos rítmicos y murmullo vesicular conservado.

Se realiza análisis de sangre que muestra leucocitosis (12.800/uL), hemoglobina de 116 g/L, creatinina de 0.4 mg/dl y glucosa de 142 mg/dl. La radiografía de tórax es normal.

Debido a las características atípicas de la cefalea y el nivel fluctuante de conciencia, se solicita una TC craneal, que revela una hemorragia subaracnoidea (HSA) de gran extensión, con dilatación ventricular y signos de hidrocefalia aguda. Se realiza una angioTC que muestra un aneurisma de la arteria comunicante anterior de 6 mm de diámetro mayor.

La paciente se encuentra hemodinámicamente estable, aunque con tendencia a hipertensión arterial, por lo que se inicia tratamiento con paracetamol intravenoso y perfusión de nimodipino intravenoso a 5 ml/h. Se coloca sonda vesical y se canaliza una segunda vía venosa periférica. Se informa a la familia sobre la situación y se decide su traslado interhospitalario al hospital terciario de referencia para valoración neuroquirúrgica. Ese mismo día se realiza la embolización del aneurisma mediante coils y la paciente permanece ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos. Posteriormente, debido a la hidrocefalia secundaria, se procede a la colocación de una derivación ventrículo-peritoneal.

La evolución es favorable y la paciente continúa con seguimiento neurológico para el manejo de las complicaciones derivadas de la hemorragia subaracnoidea.

CONCLUSIONES

La sospecha y detección precoz de la hemorragia subaracnoidea (HSA) son fundamentales para mejorar el pronóstico del paciente, ya que permiten iniciar un tratamiento adecuado de forma temprana, lo que puede evitar complicaciones graves. En este caso, la paciente presentó síntomas que, aunque atípicos para su historial de migrañas, deben haber sido evaluados con sospecha de HSA debido a la intensidad y la forma súbita del dolor.

La realización de pruebas clave, como la tomografía computarizada y la angioTC, permitió identificar rápidamente el aneurisma de la arteria comunicante anterior, facilitando la intervención neuroquirúrgica urgente.

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con cefalea súbita y grave, incluso en aquellos con antecedentes de migrañas, para asegurar un diagnóstico temprano. Detectar de manera precoz una HSA y sus complicaciones puede marcar la diferencia en la evolución clínica, reduciendo riesgos y mejorando el pronóstico a largo plazo.

P. #1271

NO TODO DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO ES UN CÓLICO BILIAR

María Brotons Segui, Daniel Martínez Vicent, Irene Milagro Valls Pascual, Sara López Espinosa, Julia De Lara Terán, Marta Martínez Carrasco Nunes

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes médicos: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo dos, cirrosis no alcohólica, hepatocarcinoma quimioembolizado en el 2024 hasta en 3 ocasiones, la última el 22/8/24.
Tratamiento actual: amlodipino 10 miligramos (mg), irbesartan 75mg, torasemida 2'5mg, bisoprolol 2'5mg, repaglinida 2 mg, acidoacetil salicílico 100mg, eucreas 50/100mg, omeprazol 20mg.
Mujer de 86 años que es traída al servicio de Urgencias por dolor abdominal más intenso en hipocondrio y flanco derecho. Refiere también estreñimiento de una semana de evolución sin vómitos, afebril.
A su llegada tensión arterial de 152/64 milímetros de mercurio, saturación de oxígeno 94 porciento y frecuencia cardíaca 77 latidos por minuto.
Buen estado general, normocoloreada y normohidratada.
Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Exploración abdominal: blando y depresible, leve distensión abdominal, dolor a la palpación de hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha, no signos de irritación peritoneal, signo de Murphy dudoso, percusión timpánica en marco cólico.
Análisis de sangre: aumento de la urea y creatinina basales, proteína C reactiva 26'7 miligramos/decilitro (mg/dl) (valores normales (VN) < 0,5 mg/dL), bilirrubina total, amilasa y lipasa normales. Transaminasas normales. Leucocitosis con 17'60 miles/microlito (VN <11'70miles/ µL) y neutrofilia con 114'23miles/ µL (VN menos de 8 miles/ µL).
Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje a 10 grados, QRS estrecho, no alteraciones en la conducción auriculo-ventricular.
Tomografía axial computarizada (TC) abdomino-pélvico con contraste intravenoso (IV): absceso hepático con nivel hidroaéreo de 8 centímetros (cm) en cúpula hepática que incluye la localización de la lesión tratada, caudal al absceso se identifica una lesión sólida hipovascular de 11 milímetros (mm), resto sin cambios.
Durante su estancia en observación se administra tratamiento analgésico sin mejoría sintomática, dado que en la analítica se observan parámetros que concuerdan con un proceso infeccioso y el antecedente de quimioembolización se empieza a plantear otros diagnósticos diferenciales que puedan no ser un simple cólico biliar por lo que se decide solicitar una prueba de imagen en este caso un TC abdominal para tratar de saber la causa del dolor abdominal de la paciente.
Se contacta con el servicio de medicina digestiva del hospital quienes tras valorar el TC y los antecedentes de la paciente deciden su ingreso para realizar un drenaje del absceso hepático percutáneo e inicio del tratamiento antibiótico IV con metronidazol 500mg cada 8 horas.
Durante el ingreso se realizó el drenaje del absceso percutáneo y se obtuvieron 40 centímetros cúbicos (cc) de material purulento. La paciente permaneció estable durante su estancia en planta con mejoría sintomática tras el drenaje, se solicitó otro TC ocho días después de su ingreso donde se observó una importante disminución del absceso hepático y se volvió a valorar la nueva lesión sólida hipovascular de 11mm altamente sospechosa de nuevo hepatocarcinoma.
Se decidió seguimiento por consultas externas de medicina digestiva y se cambió la pauta antibiótica a vía oral, con metronidazol 500mg cada 8 horas y levofloxcino 500mg cada 24 horas ambos durante 14 días.

CONCLUSIONES

En este caso queremos destacar la importancia de tener en cuenta los antecedentes personales de la paciente ya que valorando la analítica sin los antecedentes personales podríamos haber pensado que se trataba de un cólico biliar simple y no hubiésemos llegado al diagnóstico, también destacar la importancia de valorar la sintomatología que presentaba la paciente que no cedía a pesar de la analgesia pautada y que nos hizo plantearnos solicitar una prueba de imagen que fue la clave para el posterior diagnóstico. En resumen, se pretende destacar la importancia de hace un buen diagnóstico diferencial con las patologías abdominales más frecuentes pero siempre teniendo en cuenta también las menos frecuentes.

P. #1274

ASCITIS Y PSEUDOQUISTE PANCREATICO

Alfonso Sabrido Torres, Damián Jesús González León, Rafael Rubio Díaz, Javier Armenteros Rodríguez
Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

I caso clínico trata de un paciente de 62 años con antecedentes de alcoholismo crónico, cirrosis hepática y pancreatitis crónica. Acudió al Servicio de Urgencias por síntomas que incluían distensión abdominal, estreñimiento, astenia, nerviosismo e hipersomnia diurna de una semana de evolución. Durante la anamnesis, el paciente refirió náuseas y vómitos, pero negó fiebre, ictericia, sangrado gastrointestinal, melenas o cambios en la orina y las heces.

Durante la exploración física, el paciente se encontraba consciente, orientado y sin signos de fiebre ni ictericia. Los signos vitales se encontraban dentro de los valores normales. El examen abdominal encontramos distensión leve, hepatomegalia dudosa y posible ascitis, evidenciada por un signo de la oleada positivo pero dudoso. No se detectaron masas abdominales ni signos de irritación peritoneal.

Las pruebas de laboratorio mostraron valores elevados de bilirrubina (1.21 mg/dL), proteína C reactiva (33.8 mg/L), amilasa (1187 U/L) y lipasa (293 U/L), hallazgos indicativos de un episodio de pancreatitis aguda. La ecografía abdominal mostró la presencia de líquido en cantidad moderada, tras lo cual se realizó paracentesis. El análisis del líquido evidenció un elevado contenido de amilasa (8942 U/L), proteínas totales (2.76 g/dL) y linfocitos (710/mm^3), con un 49% de neutrófilos.

La radiografía de tórax y abdomen no reveló anomalías significativas, pero el TAC abdomino-pélvico mostró signos de hepatopatía crónica, con aumento relativo del lóbulo hepático izquierdo y del lóbulo caudado, contornos nodulares y circulación colateral perigástrica, compatibles con hipertensión portal. Además, se identificó una colección multiloculada dependiente de la cabeza pancreática, lo que sugería un pseudoquiste pancreático. También se observó líquido intraabdominal libre en los cuatro cuadrantes.

La resonancia magnética corroboró los hallazgos previos y sugirió la rotura del pseudoquiste pancreático como la causa principal de la ascitis. páncreas mostraba hallazgos compatibles con pancreatitis crónica.

En el diagnóstico diferencial se consideraron múltiples etiologías de la ascitis dados los resultados del análisis del líquido ascítico, como la hipertensión portal por cirrosis, ascitis pancreática y peritonitis bacteriana espontánea (PBE) entre otras. La paracentesis fue fundamental para el diagnóstico diferencial, ya que mostró unos niveles de amilasa muy elevados (8942 U/L), un gradiente de albúmina sero-ascítico >1.1 g/dL que junto con el resto de valores ya comentados establecieron el origen pancreático como causa principal, además de una posible peritonitis bacteriana espontánea e hipertensión portal.

CONCLUSIONES

La ascitis pancreática es una acumulación intraperitoneal de líquido pancreático que ocurre con mayor frecuencia en pacientes con pancreatitis crónica. La prevalencia de ascitis pancreática es de aproximadamente el 3,5 % en pacientes con pancreatitis crónica y del 6 al 14% en pacientes con un pseudoquiste pancreático. Se cree que la fibrosis, las calificaciones del parénquima pancreático y el estado inflamatorio local a causa de la pancreatitis crónica, o de una pancreatitis aguda sobreañadida, explican la elevada presión intraductal que conduce a la extravasación se secreciones pancreáticas. La fuga puede proceder de una ruptura del conducto de Wirsung o de un pseudoquiste pancreático, siendo este la causa del 80% de las ascitis pancreáticas.

Por tanto ante un episodio de ascitis, la principal causa que debemos tener en cuenta es la ascitis causada por cirrosis debido a la HTP que esta provoca. No obstante, ante un paciente con historia de cirrosis y pancreatitis crónica también debemos plantearnos el diagnóstico de ascitis pancreática, aunque esta sea una causa rara de ascitis, representado el 1-4% según la literatura del total de ascitis.

Para ello, es de vital importancia la realización de una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias para poder llegar a dicho diagnóstico, ya que este puede tener un abordaje terapéutico muy diferente respecto al resto causas de ascitis.

P. #1275

A LA TERCERA VA LA VENCIDA

Nuria Arroyo Reino[1], Óscar Moreno Martín[1], Mónica García Domínguez[2], Susana Ochoa Vilor[3], Alba Aparicio Gasch[1], Esther Acosta Acosta[1]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. SAMUR-PC, Madrid, España
3. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se atiende a paciente mujer de 46 años que tras pasar un cuadro infeccioso respiratorio hace 1 mes, y presentar cuadro diarreico desde hace una semana, acude a Urgencias por tercera vez presentando debilidad progresiva, parestesias e hipostesia desde hace 3-4 días en manos, pies y peribucal, con imposibilidad progresiva para la deambulación (motivo por el que vuelve a consultar).
En la exploración neurológica se evidencia:
-Tono y trofismos normales.
-Reflejos tendinosos abolidos en miembros superiores (MMSS) y miembros inferiores (MMII).
-Hipostesia e hipopalestesia en MMII de predominio distal.
-Metría conservada.
-Marcha imposible de explorar.
Tras correcciones hidroelectrolíticas, secundarias al cuadro diarreico, la paciente presenta misma clínica neurológica, sin mejoría, por lo que se realiza punción lumbar (PL) con estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) objetivando disociación albumino-citológica.
Tras los hallazgos del LCR se diagnóstica un Síndrome de Guillain-Barré (SGB), y se realiza además puntación Erasmus de insuficiencia respiratoria por síndrome de Guillain-Barré (EGRIS) de 3 puntos.
Tras dicho diagnóstico, se cursa ingreso en Neurología, y se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravascular (IGIV) 5 dosis y posteriormente plasmaféresis (PLEX) de 6 sesiones. Con necesidad de ventilación mecánica y traqueostomía tras afectación bulbar presentando tetraplejia y broncoplejia.
La paciente presentó buena evolución, realizando rehabilitación motora, con recuperación de las secuelas neurológicas secundarias al SGB.

CONCLUSIONES

A favor de este caso clínico haremos una revisión sobre el SGB:
Definición:
Es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda desencadenada por una respuesta inmune, a una infección previa (u otro evento), reaccionando de manera cruzada con epítopos compartidos en el nervio periférico, y afectando a la vaina de mielina.
Desencadenantes:
-Infecciones: Campylobacter jejuni, CMV, Influenza (más común tras el jejuni), VIH, COVID-19, Zika…
-Vacunación contra: influenza, virus respiratorio sincitial, antimeningocócica, COVID-19.
-Otros desencadenantes: cirugías, trasplantes de médula ósea.
Características Clínicas:
-Debilidad muscular flácida distal de brazo y pierna, progresiva y simétrica. En un 10-30% insuficiencia respiratoria por debilidad grave de los músculos respiratorios, requiriendo soporte ventilatorio, pudiendo usar el EGRIS para su predicción.
-Reflejos tendinosos profundos ausentes o deprimidos.
-Síntomas sensoriales (parestesias) y disautonomía.
Los síntomas comienzan tras 2-3 semanas del evento, con evolución progresiva.
Diagnóstico:
-Mediante criterios clínicos: NINDS
-Estudio de LCR: para confirmar el diagnóstico. El hallazgo típico es una proteína del LCR elevada con un recuento normal de glóbulos blancos, lo que se denomina disociación albuminocitológica.
-Estudios electrodiagnósticos: consisten en estudios de conducción nerviosa y electromiografía. Se realizan para respaldar el diagnóstico de SGB, y proporcionar información pronóstica sobre la naturaleza y la gravedad de la disfunción nerviosa.
-Otras pruebas adicionales: pruebas de autoanticuerpos, diagnóstico por imagen.
Tratamiento:
- IGIV: en pacientes que se encuentran dentro de las cuatro semanas posteriores al inicio de los síntomas, es fácil de administrar y el tratamiento se puede implementar más rápidamente.
- PLEX: es un tratamiento eficaz para el SGB. PLEX se utiliza con menos frecuencia que IGIV, con más efectos adversos que IGIV. Se administra generalmente en cuatro a seis sesiones durante 8 a 10 días a los pacientes dentro de las cuatro semanas posteriores al inicio del SGB.

Pronóstico:
- Rehabilitación: Después de la fase aguda, los pacientes deben ser tratados por un equipo de rehabilitación multidisciplinario, con un programa individualizado de fortalecimiento. Puede ser necesario un dispositivo para ayudar con la comunicación en pacientes con debilidad bulbar.

A largo plazo el pronóstico es favorable para la mayoría de los pacientes con SGB, aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes pueden caminar de forma independiente y más de la mitad se recuperan por completo al año.

P. #1276

MENINGITIS POSQUIRÚRGICA

Ana Lucía Rengifo Martínez, Ainhoa Solla Fernández, Oihane De La Aldea Martínez, Elena Marcos Poveda, Lorea Gómez Berastegui, Sheila Condor Pineda

OSI BIDASOA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 75 años de edad acude al servicio de urgencias con cuadro de 72 horas de fiebre intermitente, desde hace 24 horas cefalea y malestar general, desde hace 2 horas vómitos persistentes
Antecedentes personales
HTA, Meningioma con intervención Qx hace 2 meses
Examen Fisico Afebril estable hemodinamicamente
No lesiones en piel No signos de infección en cuero cabelludo
No rigidez de nuca ni singnos meníngeos con exploración neurológica Normal
ANALITICA
Se cursan hemocultivos
Serologías virales Negativas
Analitica Anodina
Rx torax Sin hallazgos
TAC Cerebral
Cambios posquirrugicos de meningioma en fosa posterior
Seroma extraxraneal con realce perisferico
Se realiza PL con salida de liquido purulento de caracteritiscas bacterinas se envía a cultivo y se inicia de manera empírica ATB con Linezolid + Meropenem
Se programa drenaje quirurgico de seroma por parte del servicio de Neurocirugia
Con desbridamiento sin evidencia de fistulas
Cultivo Staphylococcus Aureus positivo con desescala de antibiótico a cloxacilina
Tras buena evolucion clínica se da de alta con tratamiento con HAD claxacilina 12 gramos para 24 horas con buena evolucion clínica

CONCLUSIONES

La meningitis postquirúrgica es una complicación infrecuente que se acompaña de un incremento de la estancia hospitalaria y de una elevada mortalidad. Algunos de estos casos no son debidos a una verdadera infección sino a una inflamación aséptica de las meninges denominada meningitis aséptica post-quirúrgica .

P. #1278

DE REPENTE ME CUESTA RESPIRAR

Belén Tortajada Hernández, Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Juan Martín Pilares Barco, Lucía Ros Dopico

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 88 años hipertensa, dislipemica, diabética insulinodependiente, enfermedad renal crónica estadio IV y parcialmente dependiente para actividades básicas vida diaria. Acude a Urgencias por hiperglucemia de hasta 400 mg/dL en domicilio en las últimas 8 horas que no ha conseguido controlar con pauta correctora en domicilio. Refiere cuadro catarral desde hace 5-7 días asociando edemas en miembros inferiores del mismo tiempo de evolución, con empeoramiento en las últimas 48 horas. Disnea de mínimos esfuerzos desde hace 24 horas. No dolor torácico ni ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No poliuria ni síntomas miccionales. No fiebre.
A la exploración física presenta disnea de reposo con tiraje intercostal y supraclavicular con SatO2 93% basal, tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 98 lpm. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos; murmullo vesicular disminuido con crepitantes generalizados e hipoventilación en hemitórax derecho predominantemente en base. En miembros inferiores edemas con fóvea, bilaterales hasta mesetas tibiales.
Durante la extracción de pruebas complementarias sufre una desaturación (83%), se inicia oxigenoterapia alto flujo con mínima mejoría. Se realiza gasometría arterial basal urgente, evidenciando (pH 7.13, pO2 58 mmHg, pCO2 94 mmHg, HCO3 13 mmHg, glucemia 437 g/dL), que nos indica cetoacidosis diabética con acidosis mixta con insuficiencia respiratoria global severa.
Se pasa a la paciente a Box de Reanimación. Se coloca vía central femoral, y se maneja la cetoacidosis con perfusión de insulina y sueroterapia. Se realiza radiografía de tórax portátil con presencia de consolidación en lóbulo medio e inferior derecho (LM, LID), y elevación de reactantes de fase aguda en analítica, por lo que se inicia cobertura empírica con piperacilina-tazobactam intravenoso. Además, dada la acidosis respiratoria severa con hipercapnia, se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con oxígeno alto flujo (OAF) a 80 lpm con FiO2 100% presentando aceptable adaptación las primeras horas (SatO2 >90%), a pesar de lo cual, horas después, presenta fracaso multiorgánico y fallecimiento posterior.

CONCLUSIONES

Juicio clínico: Neumonía bilobar (LM + LID) y cetoacidosis diabética con acidosis mixta con insuficiencia respiratoria global severa secundaria a lo previo.
La diabetes mellitus (DM) es un trastorno endocrino que conduce a un metabolismo anormal de la glucosa en sangre. Se consideran urgencias médicas complicaciones como el estado hiperosmolar hiperglucémico (HHS) y la cetoacidosis diabética (CAD), ya que conllevan una alta incidencia de mortalidad.
La cetoacidosis diabética se debe sospechar por los síntomas

del paciente (náuseas, vómitos, fétor cetonémico) y se confirman con la presencia de hiperglucemia (< 800 mg/dL), cetonemia o cetonuria y acidosis metabólica. El tratamiento de la CAD requiere estabilizar hemodinámicamente al paciente, tratar las alteraciones hidroelectrolíticas, administrar insulina y tratar los factores desencadenantes.
Es por ello importante tener en cuenta factores desencadenantes, siendo los más frecuentes las infecciones (neumonía o infección del tracto urinario) y el olvido o uso inadecuado de la insulina.

P. #1281

ENCEFALITIS VÍRICA Y MENINGITIS BACTERIANA, DOS POR UNO

Lucía Salgado Pérez, Isabel Andrés Miguel
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 44 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de alteración del comportamiento de 8 horas de evolución. Como antecedentes personales destaca tratamiento de reasignación de género de varón a mujer en 2019.
Es traída por presentar comportamiento agresivo y fluctuación del nivel de conciencia de unas horas de evolución y en días previos febrícula y nauseas, sin consumo de tóxicos. A su llegada afásica, desorientada y tendente al sueño. Temperatura de 37,4°C, resto de constantes en rango. Exploración neurológica sin clara focalidad, no rigidez de nuca, Glasgow 12/15.
Dentro del estudio inicial se solicita analítica de sangre, tóxicos en orina, hemocultivos (HC), radiografía de tórax y tomografía computerizada (TC) cerebral.
A nivel analítico destaca ligera leucocitosis y neutrofilia, con PCR 231 mg/L. Tóxicos en orina negativos, radiografía sin infiltrados y TC cerebral sin hallazgos patológicos. Dada la elevada sospecha de meningitis/encefalitis se realiza punción lumbar y se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona, vancomicina, aciclovir y dexametasona intravenosa (IV).
Durante su estancia en urgencias presenta episodios de agitación intensa, siendo necesario el uso de midazolam IV, diazepam IV y levomepromazina intramuscular (IM), así como contención en 5 puntos. Sin embargo, no se consigue control óptimo de la agitación y dado el riesgo de deprivación respiratoria se decide contactar con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
El estudio bioquímico del líquido cefalorraquídeo (LCR) se aprecian alteraciones compatibles con meningitis bacteriana aguda (celularidad polimorfonuclear con marcada hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia).
En los HC extraídos crece Streptococo Agalactie, por lo que el cuadro se orienta hacia una meningitis bacteriana por S.Agalactie con aislamiento en HC pero sin aislamiento en LCR.
Se suspende tratamiento con aciclovir y dada la mejoría clínica y hemodinámica, se desescala a penicilina G sódica y se traslada a planta de Neurología. 24 horas después, se detecta en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del LCR, virus herpes simple 1(VHS-1), por lo que se inicia de nuevo aciclovir.
Tras permanecer 5 semanas en el hospital la paciente es dada de alta con juicios clínicos de encefalitis herpética por VHS-1 y posible meningitis bacteriana por S. Agalactie.

CONCLUSIONES

En las infecciones que afectan al sistema nervioso central, la asistencia precoz es fundamental ya que el retraso en el inicio del tratamiento se asocia a una alta morbimortalidad.
La encefalitis por VHS-1 es la más frecuente (10% de todas las encefalitis, 90% de las víricas), presentando una mortalidad de hasta el 70% si no se inicia tratamiento precoz y con alto índice de secuelas neurológicas.

En cuanto a la meningitis bacteriana por S.Agalactie, supone sólo del 1 al 4% de las infecciones en los adultos. Es más frecuente es neonatos y mujeres embarazadas, aunque en los últimos años está habiendo un aumento de la incidencia en adultos inmunocompetentes cuya causa no está claramente identificada, por lo que siempre es necesario descartar anomalías anatómicas a nivel otorrinolaringológico (fístulas de LCR que actúen como puerta de entrada) u otras comorbilidades como son diabetes mellitus, estados de inmunosupresión, cirrosis hepática o vejiga neurógena entre otros. En nuestra paciente, a pesar de que el cultivo de orina fue negativo, al tener una cirugía de reasignación de sexo de varón a mujer con manipulación de la vía urinaria, puede ser considerado como factor de riesgo. Lo más interesante de este caso clínico radica en la presentación simultánea de una encefalitis vírica y una meningitis bacteriana. Tras completar los estudios ambulatorios y revisar la literatura al respecto, no se ha encontrado relación causal entre ambas patologías, por lo que se ha determinado que fueron cuadros independientes que forma excepcional se desarrollaron de forma sincrónica.

P. #1286

ESTE HIPO SÍ QUE ASUSTA

Laura Viaño Iglesias, Isabel Andrés Miguel
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial que acude al Servicio de Urgencias por hipo de 5 días de evolución. No refiere traumatismos recientes, cirugías ni realización de pruebas médicas en las últimas 2 semanas. No clínica infecciosos ni a otros niveles.
Se realiza una exploración física en la que se aprecia hipo con una frecuencia de 5 veces por minuto, pero sin alteraciones a otros niveles. Constantes en rango.
Se solicita un estudio con analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax, que resultan normales. De inicio se realizan maniobras físicas como la de Valsalva durante 5 minutos, aguantar la respiración durante 10 segundos o beber agua mediante una succión forzada, con la disminución de la frecuencia del hipo y la mejoría sintomática del paciente, aunque no llega a desaparecer.
A la hora de instaurar tratamiento farmacológico, insistimos en la anamnesis dirigida para descartar posibles causas y refiere clínica compatible con reflujo gastroesofágico (RGE), por lo que iniciamos tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y damos de alta del Servicio de Urgencias con control ambulatorio.
A las 72 horas, el paciente acude de nuevo por cuadro de torpeza en la mano izquierda y disartria de 2 horas de evolución. Se realiza TC cerebral que es normal, pero es valorado por Neurología de guardia como ictus lacunar con disartria mano torpe como forma de presentación clínica. El paciente había continuado presentando hipo desde el alta.

CONCLUSIONES

El hipo se define como una contractura involuntaria, intermitente y espasmódica del diafragma y los músculos intercostales. Está ocasionado por una inspiración repentina que finaliza con el cierre de la glotis, produciendo el sonido característico.
La etiología del hipo es muy diversa y suele estar relacionada con irritaciones del nervio frénico, del nervio vago o patología a nivel del sistema nervioso central (aunque no está bien definido dónde se encuentra el mediador central del hipo).
Las causas más frecuentes son las secundarias a irritación o compresión extrínseca del nervio vago o frénico (bocio, faringitis, RGE, adenopatías o lesiones primarias malignas). De las que puede ser originadas en el Sistema Nervioso Central, los accidentes cerebro vasculares, las traumáticas y las infecciosas, son las más prevalentes. Otras menos frecuentes son los infartos agudos de miocardio (especialmente los de cara inferior por irritación directa del diafragma) o las secundarias a fármacos (dexametasona, tramadol, diazepam o midazolam).
A la hora de iniciar el tratamiento, lo primero es valorar si el tiempo de evolución es mayor de 48 horas. En caso contrario, la mayoría de los cuadros ceden de forma espontánea y no es necesario instaurar tratamiento farmacológico, basta con las

maniobras físicas.
Las últimas guías recomiendan iniciar el tratamiento farmacológico siempre que se hayan descartado otras causas potencialmente tratables. Los IBP se definen como la primera opción, independientemente de la presencia de RGE, durante al menos 3-4 semanas. En caso de no ser eficaz, el siguiente paso sería iniciar tratamiento con baclofeno o gabapentina durante un tiempo de 15 días y en caso de persistencia probar con metoclopramida. La clorpomazina ya no se recomienda de primera línea dados los potenciales efectos adversos.
Si bien éste es el algoritmo propuesto por las últimas guías, no hay una gran evidencia respecto al uso en primera línea de uno u otro fármaco. En casos de hipos resistentes, las técnicas quirúrgicas o la acupuntura y la hipnosis, se consideran parte del tratamiento.
En nuestro caso, el hipo fue la forma de presentación precoz de un accidente cerebrovascular, en el que, sin embargo, dada la ausencia de síntomas asociados, no fue posible establecer la conexión para prevenirlo.

P. #1287

MÁS ALLÁ DEL CÓDIGO ICTUS: MANEJO DE UNA ENCEFALITIS VIRAL CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Miguel Moreno Martín[1], Mario Barrientos Ruiz[1], Irene Mate Martin[1], María Mercedes Matías Flecha[2], Enrique Romero Sánchez[2]

1. CS Trobajo del Camino, León, España
2. Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 18 años sin antecedentes relevantes ni consumo de tóxicos, que acude a Urgencias por cefalea intensa de inicio súbito que intentó controlar con paracetamol 1gr en domicilio sin éxito. Dos horas más tarde inicia con afasia mixta y disartria. A su llegada a urgencias y ante la aparición brusca de síntomas neurológicos, se activa Código Ictus y se realiza neuroimagen urgente con tomografía computarizada (TC) craneal basal, TC de perfusión y angio-TC de troncos supraaórticos, sin hallazgos de isquemia aguda ni oclusión vascular. La exploración inicial se ve dificultada por agitación del paciente, lo que complica la realización de neuroimagen, precisando relajación con diazepam. Posteriormente, se administra flumazenilo para revertir la sedación y reevaluar el estado neurológico, confirmando la afasia mixta moderada-severa con comprensión conservada y parafasias abundantes. Ante la persistencia de los síntomas, se realiza una punción lumbar obteniéndose líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio con pleocitosis discreta y sin signos de hipertensión intracraneal.
Dadas las características clínicas se consideraron como etiologías más probables: El ictus (se descarta por neuroimagen sin alteraciones y un ASPECTS 10 sin signos de isquemia), la migraña con aura atípica (poco probable dado que el paciente no tiene antecedentes migrañosos y los síntomas neurológicos persisten), la epilepsia focal motora (descartada por la ausencia de crisis convulsivas) y la trombosis venosa cerebral (poco probable tras angio-TC sin defectos de repleción). Finalmente, la sospecha principal se centra en una encefalitis de origen vírico debido a la combinación de alteración del lenguaje, cefalea intensa y pleocitosis en LCR, por lo que, a la espera de los resultados microbiológicos, se inicia tratamiento empírico con aciclovir intravenoso en urgencias y se decide ingreso hospitalario para completar el estudio.

CONCLUSIONES

Un adecuado manejo del paciente crítico en Urgencias es esencial para estabilizar al paciente, dar prioridad a los diagnósticos tiempo-dependientes y guiar un enfoque terapéutico precoz. En el caso de nuestro paciente, una activación temprana del Código Ictus posibilitó una evaluación ágil y la exclusión de patología cerebrovascular aguda, favoreciendo así una toma de decisiones organizada y eficiente, que permitió orientar el diagnóstico de forma más adecuada, y permitiendo la realización de técnicas diagnósticas como la punción lumbar. Por tanto, la puesta en marcha de protocolos organizados y la activación inmediata de recursos especializados son cruciales para asegurar una asistencia óptima en estos casos complejos.

P. #1289

LE FALTA UNA PIZCA DE SAL

César Octavio Covarrubias Guzmán[1], Teresa Bordell Sierra[2], Fernando Nacher Ordóñez[3], Ana María Pereira Rodríguez[1], Jorge López Navarro[1], Sonia Ruiz Morales[2]

1. Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, España
2. Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils, Cambrils, España
3. ABS VALLS-URBÀ, Valls, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 63 años con antecedente de hipertensión arterial, hipotiroidismo secundario a radioterapia, migraña, carcinoma de cavum que finaliza tratamiento de quimioterapia y radioterapia en 2012 con controles normales. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Medicación habitual: enalapril 20mg (miligramos) cada 12 horas, hidroclorotiazida 12.5mg cada 24 horas, eutirox 75mcg (microgramos) alternando con eutirox 50mcg cada 48 horas, lorazepam 0.5mg cada 24 horas, analgésicos y antiinflamatorios de manera puntual cuando presenta dolor.
Refiere hace 3 meses inicia con dolor de cadera derecha que no se asocia a traumatismo, en las últimas 2 semanas ha presentado varias crisis hipertensivas visitando en 3 ocasiones el servicio de urgencias, en la última visita ajustan dosis de enalapril y añaden hidroclorotiazida. Hace unas horas inicia con malestar general, rubor de cara y tronco, PA(presión arterial) 230/130 y espasmos musculares, se tomó su medicación, los síntomas bajaron de intensidad, se mantuvo rigidez en EII(extremidad inferior izquierda).A su llegada a urgencias presenta PA de 121/55, frecuencia cardíaca 119,resto de constantes normales. Exploración: alerta, orientada, buen estado general; mucosa oral seca; campos pulmonares bien ventilados sin agregados; ruidos cardiacos rítmicos sin soplos; abdomen sin datos de irritación peritoneal; extremidades inferiores con edema + hasta tercio distal, datos de contractura muscular en EII. En analítica hemograma sin alteración, no elevación de reactantes de fase aguda, función renal y perfil hepático normal, iones: potasio de 4.4mmol/dL y sodio de 113mmol/L, sodio en orina:35mmol/L, osmolaridad plasmática calculada 236.6. Radiografía de tórax normal, electrocardiograma normal. Se inicia sueroterapia con solución fisiológica 500cc en 4 horas + suero salino hipertónico a 35mililitros/hora. En control 2 horas tras iniciar tratamiento refiere mejoría de la rigidez muscular, pero presenta cefalea y PA de 210/110 por lo que se trata con captopril 25miligramos vía oral con pobre respuesta, se repite dosis de captopril logrando PA de 140/90 sin cefalea, en analítica sodio de 117mmol/L por lo que se mantiene el ritmo de perfusión. Se solicita interconsulta con nefrología y endocrinología para descartar causa renal y hormonal de cuadro actual. En segundo control refiere nuevamente rigidez muscular, en analítica sodio 111ml/L por lo que se aumenta ritmo de perfusión a 50mililitros/hora. En tercer control sodio 120mmol/L por lo que se reduce el ritmo de perfusión a 35mililitro/hora.
Por parte de nefrología se amplía estudio analítico y se realiza ecografía renal sin encontrar datos de patología renal; endocrinología realiza test de ACTH(hormona adrenocorticotrópica) descartando causa hormonal por lo que se puede confirmar el diagnóstico de hiponatremia de causa farmacológica (hidroclorotiazida). Se ingresa a área de observación donde continúa con hidratación, perfusión continua de suero salino hipertónico y control de cifras de presión arterial. Una vez se estabiliza la presión arterial y los niveles de sodio se decide alta suspendiendo anterior tratamiento antihipertensivo y añadiendo valsartán 160mg por la mañana y amlodipino 10mg por la tarde, se programa visita con medicina interna.

CONCLUSIONES

La hiponatremia es la alteración electrolítica más frecuente, se puede clasificar en función del tiempo de evolución(agudo o crónico) y en función a la gravedad (por nivel de sodio o manifestaciones clínicas).
Las causas más frecuentes son el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, el uso de diuréticos, hipovolemia, entre otros.
Debido a que en algunos pacientes puede estar presente más de una causa y hay riesgo de generar mielinólisis pontina secundario al tratamiento, es importante un control estrecho durante el mismo sin aumentar la natremia más de 6-8mEq/L/día.
En caso de sobrecorrección (>10mEq/L/día) se debe considerar reducir la natremia con suero glucosado y/o desmopresina.
La identificación de esta patología y conocer en profundidad la praxis terapéutica es importante para nuestro paciente.

P. #1298

MIELOPATÍA CERVICAL AGUDA EN PACIENTE DE 19 AÑOS

Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Miriam Martínez Fernández, Irene Mate Martín, Saul Escudero Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: varón de 19 años sin antecedentes de interés. No vacunación reciente ni factores de riesgo cardiovascular. Niega consumo de sustancias y exposición a tóxicos.
Refiere deposiciones líquidas desde hace 4 días y febrícula (temperatura máxima 37,8°C). Acude a urgencias porque ese mismo día por la mañana, presenta dolor intenso en el cuello con posterior dificultad para movilizar los miembros superiores, dificultad para mantener la bipedestación, disminución de sensibilidad en hemicuerpo derecho y retención aguda de orina.
Exploración y pruebas complementarias: consciente, orientado y colaborador. Afebril. A la exploración, murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. A nivel neurológico presenta pupilas isocóricas normorreactivas, motilidad ocular extrínseca conservada, no nistagmus, no alteración de pares craneales, lenguaje preservado. Debilidad en extremidades superiores (a nivel proximal 2/5, a nivel distal derecho 3/5, a nivel distal izquierdo 4/5), e inferiores 4/5, Babinski izquierdo. Dificultad para la bipedestación. Hipoestesia de hemicuerpo derecho con un nivel T2-T4. Signos meníngeos negativos. Precisa sondaje vesical.
Hemograma: leucocitos 10.200, neutrófilos 70.2%, hematíes 4.75, hemoglobina 14.2, plaquetas 169.000. Coagulación: TP 88, INR 1.10, Anticoagulante lúpico negativo.
Bioquímica: perfil lipídico, perfil hepático, función tiroidea, vitamina B12 y marcadores tumorales dentro de los valores de la normalidad.
Examen de orina: bacteriuria, tóxicos negativos.
Radiografía de abdomen: moderada distensión gástrica con abundante contenido de gas en su interior. Marco cólico ligeramente distendido con abundante contenido fecal, sin alteración del luminograma. Abundante contenido fecal en la ampolla rectal.
Radiografía de tórax, Tomografía computarizada craneal y cervical normales.
Durante la estancia del paciente en planta de neurología, se le realiza una resonancia de cerebro y columna cervico – dorso – lumbar, donde no se evidencia compresión medular. Se observan alteraciones en médula cervical que sugieren mielitis. El patrón de afectación de astas anteriores es característico de los enterovirus. Debido a estos resultados, se le solicitan estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR): citoquímica normal, aspecto del líquido claro y transparente. Glucosa 61, proteínas totales 30. Panel meningoencefalitis: negativo. Se observan 2-3 poco definidas bandas oligoclonales coincidentes en movilidad electroforética tanto en suero como en LCR. Dudoso patrón en espejo o patrón normal dada definición de bandas. Estudio de trombofilia negativo.
En el estudio microbiológico: VIH y Lúes negativos, IgG VEB positivo, PCR virus del Nilo en suero y LCR negativos. LUES en LCR negativo. PCR enterovirus en suero negativo. Hemocultivos x 2 negativos.
En coprocultivo: flora habitual. PCR enterovirus y Echovirus en heces negativos.
Frotis nasofaríngeo: PCR negativa para múltiples virus.
En los días posteriores se le retira la sonda vesical. La febrícula que presentaba fue de origen urinario, cediendo al tratamiento con Ciprofloxacino (urocultivo positivo para Staphylococcus capitis). La proteína C reactiva al ingreso era de 10, luego disminuye hasta normalizarse en los subsecuentes días.
Las pruebas de autoinmunidad, complemento y anticuerpos antineuronales fueron normales.
Asimismo, presentó estreñimiento que fue tratado con laxantes y enemas, con mejoría posterior. Tolera sedestación y es capaz de caminar con andador. Ha tenido algún ocasional episodio presincopal estando incorporado. Se le pautó tratamiento con corticoides, ante la duda de un origen inflamatorio del cuadro. Posteriormente, empieza tratamiento rehabilitador con significativa mejoría.
El diagnóstico del paciente fue de mielopatía cervical aguda C3 – C6, anterior e isquémica (menos probable post-infecciosa), de etiología no identificada y con evolución favorable.
El tratamiento recibido por el paciente es de Adiro 300 mg (0-1-0), Famotidina 20mg (0-0-1), Trazodona 100mg (0-0-1). Se ha solicitado traslado a hospital de parapléjicos de Toledo para tratamiento rehabilitador integral.

CONCLUSIONES

Consideramos que una anamnesis completa y una valoración integral del paciente es de vital importancia en urgencias.

P. #1302

ESPEJISMO NEUROLÓGICO: AURA MIGRAÑOSA COMPLICADA

Saida Macho Fillat[1], José Peinado Pérez[1], Teresa Mahave Carcelen[1], Marta Castejón Rabinad[1], Marta Morera Harto[1], Cristina Gallego Lezaun[2]

1. HUMS, Zaragoza, España
2. HGDZ, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 46 años, sin alergias conocidas, fumadora de 12 cigarrillos diarios, con hipotiroidismo, Síndrome de Sjögren y sindrome del túnel del carpo derecho. Antecedentes de migrañas con aura. IQ: cesárea.
En tratamiento con Eutirox 100 mg, hidroferol cada 15 días y Besitran 20 mg.
Historia actual:
Acude a urgencias por hipoestesia derecha y déficit motor derecho desde aproximadamente las 16:30h. En domicilio parestesias y acorchamiento de hemicuerpo derecho, mínima desviación de comisura bucal derecha y leve alteración en cierre ocular derecho además de cojera en deambulación. Tras ducharse ha presentado mejoría del cuadro durante el transcurso de las siguientes 3h, sin completa resolución del mismo.
En el momento de la atención en urgencias, dificultad para la deglución e hipoestesia faríngea sin clara lateralidad, parestesias en lengua y paladar y mínima dificultad para la deambulación. Niega cuadros infecciosos previos, alteraciones visuales o auditivas u otra clínica asociada. Afebril en todo momento.
Antecedentes de migrañas con aura consistente en pérdida de campo visual periférico.
A la exploración neurológica presenta ligera bradilalia y gangosidad, fuerza en extremidad inferior derecha 4/5 y en izquierda 5/5. Sensibilidad superficial y profunda sin alteraciones. No dismetrías, no alteraciones de la marcha. Pares craneales sin alteraciones. El resto de exploración normal.
Las pruebas complementarias realizadas fueron electrocardiograma sin alteraciones, analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad, radiografía de tórax sin alteraciones y TC cerebral en el que no se objetivan alteraciones de evolución aguda.
Se contacta con neurología de guardia ante la sospecha inicial de AIT por necesidad de valoración de activación de código ictus. Neurología indica realización de TC craneal sin activación de código ictus y posterior valoración telefónica de clínica de la paciente.
Ante normalidad en TC craneal e historia de hipoestesias en hemicuerpo derecho de carácter progresivo, indicando la paciente que inicialmente empezaron en cara y posteriormente se extendieron hasta hombro, tórax, cadera y pie Neurología comenta la posibilidad de tratarse de un cuadro de aura migrañosa complicada, puesto que, añadido, la paciente presentaba leve cefalea posterior. Se consensuo observación de unas horas en urgencias para control de síntomas. Ante la resolución de la clínica durante la estancia en urgencias, se decidió alta a domicilio con analgesia y citación preferente en Neurología de área.

CONCLUSIONES

Las auras migrañosas complicadas son síntomas neurológicos que preceden o acompañan a las crisis de migraña, caracterizándose por su duración mayor y la presencia de déficits neurológicos severos. Las manifestaciones más relevantes consisten en hemiparesia, afasia, alteraciones visuales intensas y síntomas del tronco encefálico. Algunas variantes incluyen la migraña hemipléjica y la migraña basilar, las cuales pueden confundirse con eventos vasculares tanto isquémicos como hemorrágicos. En ciertos casos, el aura puede presentarse sin cefalea, lo que dificulta el diagnóstico. Estas migrañas han sido asociadas con un mayor riesgo de complicaciones vasculares, como accidentes isquémicos transitorios. Su reconocimiento temprano es fundamental para diferenciarlo de otras patologías neurológicas y establecer un manejo adecuado.

P. #1303

MENINGITIS SUBAGUDA

Inés Domínguez Zotes, Alberto Álvarez Madrigal, Laura Pérez Blanco, Miguel Moreno Martín, Laura Pérez Del Amo, Irene Mate Martín

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

Se define como meningitis subaguda aquella que se desarrolla de manera insidiosa (días o semanas) y que a menudo se acompaña de síntomas más leves que se agravan conforme avanza el tiempo. Es importante conocer las posibles causas, diferenciando fundamentalmente en dos grupos: causa infecciosa y no infecciosa. Dentro de las causas infecciosas destacan los virus, hongos, tuberculosis, sobre todo en contexto de inmunosupresión. Por otra parte, encontramos causas no infecciosas como cáncer, enfermedades autoinmunes, entre las que se encuentran el lupus eritematoso sistémico o la sarcoidosis, que se pueden llegar a manifestar con cuadros meníngeos.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico con el objetivo de revisar el diagnóstico diferencial y el protocolo de actuación en Urgencias en relación a cuadros sugestivos de meningitis subaguda.

MÉTODO

Mujer de 44 años que acude por fiebre sin foco de 3 semanas de evolución. Refiere artralgias generalizadas, asociada a cefalea y dolor cervical que se ha acompañado de un vómito aislado y dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. Presenta fotofobia y visión borrosa ocasional. Sin otra clínica de interés. Ha acudido varias veces a Urgencias por cuadro similar en las últimas semanas.

La paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas. Procede de Marruecos, aunque reside en España desde hace 25 años con viajes frecuentes a su país de origen. No tiene factores de riesgo cardiovasculares ni hábitos tóxicos. Destacan antecedentes personales de cefalea tensional, vértigo periférico y antecedente de anexectomía de ovario izquierdo por quiste ovárico. Pruebas serológicas negativas realizadas al inicio de los síntomas. Mantoux negativo.

A su llegada a Urgencias, la paciente se encuentra febril (38,7°C), con cifras tensionales de 162/92 y frecuencia cardiaca de 112 lpm.

En la exploración física destaca dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Pero lo que llama la atención es la exploración neurológica, con rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski positivos. El resto de la exploración fue anodina.

Durante su estancia en Urgencias se realizaron:

- Bioquímica, hemograma y coagulación, destacando únicamente la elevación de la PCR (36,6), resto de valores normales.
- TAC craneal, con hallazgo de áreas hipodensas en sustancia blanca frontal derecha y adyacentes a ambas astas occipitales indeterminadas. Por edad, no sugiere patología isquémica crónica, siendo esta la causa más frecuente de este patrón. Sin embargo, no se puede descartar enfermedad desmielinizante.
- Punción lumbar y análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR), de características inflamatorias con panel de meningoencefalitis y cultivo negativos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados de este análisis orientan a un cuadro de meningitis subaguda, con patrón inflamatorio.

El tratamiento realizado en Urgencias se basó en la administración de metamizol 1 ampolla IV y paracetamol 1 gr IV junto con tratamiento antibiótico de amplio espectro con cefotaxima 2 gr IV asociada a vancomicina 1 gr IV. Tras este tratamiento la paciente refiere mejoría parcial, pero ingresa en el Servicio de Medicina Interna para seguimiento y filiación de la causa.

Finalmente, tras múltiples pruebas (entre ellas PET-TAC y Resonancia Magnética), la paciente es diagnosticada de sarcoidosis con confirmación patológica sistémica y neurológica (neurosarcoidosis) con clínica de meningitis subaguda, sin poder descartar esclerosis múltiple. El cuadro clínico se resuelve de manera satisfactoria tras administración de dexametasona, por lo que la paciente es dada de alta para seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

1. Destacar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración de la paciente, así como la revisión de la historia clínica previa de la misma para contribuir al diagnóstico.
2. En Urgencias es necesario pautar tratamiento sintomático, en este caso del dolor, y tratamiento antibiótico de amplio espectro aún cuando no sabemos la causa de este tipo de patología.

P. #1308

CEFALEA TRAS EJERCICIO

Sofía Rodríguez Ibáñez, Lara Lamoneda Gadea, Ángela Sánchez-Rojas Torres
Hospital General Universitario Elche, Elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 43 años sin antecedentes médicos de interés ni factores de riesgo cardiovascular que acude por presentar sobre las 20:00 de la tarde un episodio de síncope asociado a dolor ocular ojo izquierdo , visión borrosa y cefalea hemicraneal ipsilateral que comenzó mientras hacía ejercicio. A su llegada, en triage presenta episodio de dificultad para emitir habla autolimitado de segundos de duración. Pasa a box donde la exploración física es anodina, con tensión arterial de 126/72 mmHg, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, saturación oxígeno 98%. Respecto a la exploración neurológica al momento de la valoración presenta un lenguaje conservado sin elementos afásicos, no disartria. Repite nomina y obedece órdenes simples y complejas. Pupilas normorreactivas e isocóricas. Pares craneales normales. Glasgow 15. No dismetrías. Marcha sin alteraciones. No meningismo.
Se solicita analítica de sangre que resulta dentro de los límites de la normalidad y TC craneal donde no se observa hallazgos de patología aguda. Solicitamos valoración por oftalmología dado que persistía visión borrosa que describía "como una tela", tras valoración por su parte descartan patología oftalmológica. Es valorada también por Neurología, describen a las 22:00h NIHSS de 0 puntos. A las 23 horas presenta clínica súbita de hemiplejía derecha, hemianopsia homónima por amenaza y afasia global, todos estos síntomas compatibles con TACI ACM izquierda. En este momento presenta NIHSS 25 puntos. Se repite neuroimagen, precisando por agitación adminstraación 15mg de midazolam. En TC se objetiva hiperdensidad de la media izquierda (no presente previamente) y estudio vascular con signos de disección carotídea izquierda y oclusión M1 ipsilateral. Contactan con CICU y es trasladada al Hospital de Alicante para trombectomía primaria. En arteriografía se observan datos sugestivos de displasia fibromuscular.

CONCLUSIONES

- Importancia de actuación secuencial rápida
- Importancia de observar estrechamente a pacientes con este tipo de sintomatología o similar ante posibilidad de presentar clínica fluctuante que precise de actuación rápida

P. #1321

EL PELIGRO DEL AZÚCAR

Elena Soliva Gisbert, Ángel Jesús Castillejo Domínguez
Hospital de Manises, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 71 años, VIH (Virus de Inmunnodeficiencia Humana) positiva bien controlada, factores de riesgo cardiovascular con hiperlipidemia, hipertensión arterial y en seguimiento por Medicina Interna por inicio de diabetes, no reflejado en su historia clínica, que acude a Urgencias con muy mal estado general, desorientación y disminución del nivel de conciencia. Los familiares relatan episodio de deterioro progresivo en las últimas 48 horas, asociándolo a cuadro de diarreas y náuseas con algún vómito que han ido empeorando progresivamente la desorientación, deshidratación e hipotensión, hasta que la paciente avisa a los servicios sanitarios con el botón de teleasistencia en su domicilio.
Ingresa directamente al box de críticos donde se le realiza exploración física: Palidez mucocutánea franca, deshidratación, Glasgow 14 con desorientación, bradipsiquia, taquicardia y taquipnea e hipotensión de 90/57. Auscultación cardiaca y pulmonar anodina. Se realiza gasometría arterial urgente, la cual evidencia una acidosis metabólica grave con pH 6.96, pCO2 18, Bicarbonato 4, Potasio 4, Lactato 2.7 y glucemia >500.
En esos momentos se le administra por vía intravenosa 1000 cc de suero salino fisiológico, Bicarbonato 1/6 osmolar, 12 unidades de insulina rápida y se repone Potasio (previniendo efectos secundarios de la insulina). Posteriormente se inicia perfusión con bomba de suero salino fisiológico e insulina. Se sacan hemocultivos de 2 vías diferentes, se realiza sondaje urinario y se extra urinocultivo. Se administra entonces 1 gramo de Amoxicilina-Clavulámico intravenoso y se avisa a los compañeros de Cuidados Intensivos.
A su llegada deciden colocar vía central en región femoral derecha para iniciar bomba de Noradrenalina a 5ml/h para remontar las tensiones.
Una vez estabilizada la paciente, los resultados de la analítica revelan una glucemia en sangre de 606 mg/dL, con fallo renal agudo que se refleja en un discreto aumento de la creatinina de 2.04 mg/dL pero con un franco descenso del filtrado glomerular a 24 mL/min/1.73 m2. Presenta leucocitosis de 15.37 (10e3) con neutrofilia de 87%, aunque la PCR apenas elevaba a 15mg/L. La analítica de orina únicamente objetivó una cetonuria de 160 y una glucosuria >1000 mg/dl.
Dados los hallazgos de las pruebas realizadas, el mal estado y clínica presentada de la paciente, el servicio de intensivos decide ingresar a la paciente a su cargo. Debido a la alta saturación de camas en esos momentos en la UCI del Hospital de Manises, se decide traslado a la UCI del Hospital Clínico de Valencia.
Durante su estancia en UCI del Hospital Clínico y posteriormente en Medicina Interna, se termina de filiar el posible desencadénate del cuadro, evidenciándose infección por Norovirus confirmado por microbiología.
Tras estabilización y resolución del cuadro, la paciente es finalmente dada de alta, 10 días después, a su domicilio con volante para seguimiento de su diabetes por parte de Endocrinología.

CONCLUSIONES

Ante una Cetoacidosis Diabética (CAD) es importante abordar la situación de manera rápida. Se debe valorar el nivel de gravedad que presenta esa acidosis y tratarla mientras se solicitan pruebas que ayuden a encontrar la posible causa desencadenante. Es muy importante valorar a la paciente desde un punto de vista multidisciplinar, beneficiándonos todos de los diferentes enfoques que pueden desarrollar las diferentes especialidades que valoran un mismo caso. Y, como hemos dicho, es muy importante no demorar el inicio del tratamiento o de los tratamientos que precise la paciente e intentar realizar con rápidez y fluidez, pero siempre con seguridad, aquellas pruebas que nos puedan enfocar un diagnóstico y que nos permitan tratar con mayor acierto al paciente.

P. #1332

LA ICTERICIA ASINTOMÁTICA. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Eduardo Suárez Pinzón, Kilian Griñàn Ferre, Belén De La Fuente Penco

Hospital de Terrassa CST, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 39 años de edad, que acude por ictericia y coluria.
Niega alergias a medicamentos, sin antecedentes patológicos personales. Niega viajes recientes. Alcohol ocasional. No toma productos de herboristería. Vacunada contra Hepatitis A y B.
Indica que 1 mes aproximadamente previo a la visita a urgencias, tuvo sintomatología de cervicalgia, para lo cual tomó dipirona oral, ciclobenzaprina y dexketoprofeno de forma alternada y continúa por 5 días. Posteriormente 15 días previos a la visita a urgencias, presentó dolor abdominal en epigastrio, sin irradiación, que mejoraba con la ingesta de alimentos, sin cambios en hábito intestinal. Visitó a su médico de cabecera quién lo asoció con los fármacos tomados previamente, por lo cual recetó omeprazol y levosulpirida.
Una semana antes de visitar urgencias, presenta coluria, sin otro síntoma asociado. Finalmente acude a urgencias por ictericia conjuntival, sin clínica febril, ni dolor abdominal, ni alteración de estado de conciencia.
A la exploración física, tenía buen aspecto general, sin facies de dolor. Llama la atención la ictericia conjuntival. El abdomen era blando, depresible, sin aparentes megalias, no flapping.
En analítica presenta bilirrubina total 4,09 mg/dl, bilirrubina directa 3,79 mg/dl, Aspartato aminotransferasa 900 U/L, Alanina aminotransferasa1824 U/L, Gammaglutamil transferasa 205.8, Fosfatasa alcalina 224. 4, Amilasa pancreática 60.6 U/L. Tiempo de protrombina 66%. Hemograma sin alteraciones.
Se realizó una ecografía abdominal donde el hígado y vías biliares intra y extrahepáticas no mostraban alteración. Resto de abdomen igual sin alteración.
Valorado en urgencias por Digestivo, quien ante estabilidad clínica y poca modificación de parámetros en analítica de control, decide alta y control por consultas externas con solicitud de parámetros para filiar etiología de Hepatitis aguda.
En control posterior por Digestivo, sin ictericia, sin sintomatología alguna.
En analítica resultado de virus hepatotropos negativos. Cobre y ceruloplasmina normal. Presenta Ig G 2069 mg/DL, Anticuerpo antinuclear 1/160 (patrón AC-4, 21). Anticuerpo antimitocondrial (AMA) 1/80, AMA- 2 positivo muy alto.
En este contexto se etiquetó el proceso de hepatitis aguda de etiología farmacológica por ingesta de antiinflamatorios no esteroides, y como hallazgo del estudio diferencial realizado una alteración a nivel de anticuerpos antimitocondrial con el diagnóstico de colangitis biliar primaria.
Al momento paciente estable, continúa seguimiento por Digestivo.

CONCLUSIONES

La colangitis (anteriormente cirrosis) biliar primaria (CBP) es una enfermedad crónica del hígado de causa desconocida caracterizada por un proceso inflamatorio y autoinmunitario de las vías biliares intrahepáticas pequeñas (<100 µm), que evoluciona espontáneamente hacia su destrucción y la instauración de una fibrosis y posterior cirrosis en 10-20 años.
Se diagnostica por la existencia de una colestasis, la eliminación por ecografía de una causa obstructiva y la detección (90% de los casos) de anticuerpos antimitocondriales de tipo M2 en el suero. Con frecuencia, se asocia a numerosas enfermedades (principalmente autoinmunitarias)
Muchos pacientes están asintomáticos al diagnóstico, aunque la mayoría va a desarrollar síntomas en las dos décadas posteriores al diagnóstico.
El tratamiento es con ácido ursodesoxicólico. Hay un porcentaje de aproximadamente 40% que no se logra beneficiar de este tratamiento. Existe ácido obeticólico como tratamiento de segunda línea en pacientes con enfermedad hepática avanzada.

P. #1336

MAS ALLÁ DE UNA ASCITIS

Paola Biforcos Villarroya, M. Teresa Benavent Company, Paula Pilar Navarro Gascón, Juan Pablo Hurtado Sánchez, María Beltrán Claver, Paloma Villar Espinal

Hospital Francesc de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años acude a urgencias por epigastralgia de dos días de evolución. El día en que consulta presenta náuseas y ha realizado un único vómito de contenido alimenticio, y diarrea acuosa, ambos sin productos patológicos. Refiere aumento de perímetro abdominal de 10cm y ganancia ponderal de 4kg en los últimos 3 meses. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, litiasis renal bilateral, síndrome de Cacchi-Ricci y trasplante hepático en 1999 por insuficiencia hepática aguda fulminante. En tratamiento con citrato de potasio, entecavir como profilaxis antiVHB, tacrólimus, carvedilol, espironolactona 200mg/día, furosemida 20mg/día. En urgencias la paciente impresiona de regular estado general y a la exploración física destaca un abdomen globuloso, depresible, doloroso a la palpación generalizada, con el signo de oleada ascítica presente. Analítica anodina, a excepción de hiponatremia leve. Revisando el caso, en los estudios por imagen realizados post-trasplante, la paciente presenta líquido libre intraabdominal en poca cantidad pese a tratamiento deplectivo, además de otros signos de hipertensión portal en el hígado injertado (varices esofágicas y esplenomegalia). Por ello se decide solicitar tomografía computerizada abdomio-pélvica, con perspectivas a realizar paracentesis diagnóstica-terapéutica por sospecha de tratarse de un primer episodio de ascitis a tensión. En el estudio realizado se observa aumento de ascitis peritoneal de distribución difusa y llama la atención la presencia de cambio de calibre en yeyuno, con dilatación proximal de asas, constituyendo un cuadro obstructivo. A continuación y tras los resultados en imagen, se realiza paracentesis con salida de 3 litros de líquido ascítico, con consecuente mejoría clínica de la paciente. Pasa a hospitalización para tratamiento y control evolutivo. Durante el ingreso la paciente se encuentra asintomática y ceden las náuseas, incluso tolera ingesta. Además se obtienen resultados del análisis del líquido ascítico, con recuento de leucocitos inferior a 500/mm3 y porcentaje de polimorfonucleares por debajo del 50%, así como cultivo negativo; descartando peritonitis bacteriana espontánea (PBE), pese a haber iniciado profilaxis antibiótica frente a la misma. Tras valoración por Cirugía General y ante mejoría del cuadro obstructivo, se desestima actuación quirúrgica urgente, manteniendo a la paciente en dieta absoluta por el momento y con posibilidad de colocación de sonda nasogástrica si reaparece la clínica emética.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de evaluar al paciente de forma integral y centrándonos en la clínica que presentan al margen de su comorbilidad, evitando el sesgo diagnóstico. En nuestra paciente, la concomitancia de enfermedad hepática

crónica y los antecedentes de trasplante orientaban hacia complicaciones relacionadas con la hipertensión portal; desviando el foco de nuestra atención de una patología más urgente como es la obstrucción intestinal. En esencia, ante síntomas como dolor abdominal intenso, distensión, intolerancia oral y vómitos, es vital que consideremos diagnósticos alternativos y no desestimar opciones más obvias y frecuentes. Es por todo esto que la combinación de una buena anamnesis y la exploración física, (además del diagnóstico por imagen), son fundamentales para no errar en el diagnóstico y poder ofrecer una intervención oportuna.

P. #1337

HIPOFOSFATEMIA EN CETOACIDOSIS: EL PRECIO DEL EQUILIBRIO

Aurora Navarro Regi, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Sara Pérez Cruz, Ángel Julián Iglesias Merchán, Paula Romero Gallardo, Enmanuel Chirino García

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 20 años con único antecedente de diabetes mellitus tipo 1 (DM 1), en tratamiento con insulina.

Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal, nauseas y vómitos de 4 horas de evolución. Niega cambios en ritmo intestinal, fiebre u otra clínica. Refiere consumo de alcohol hace 3 horas (3 destilados aproximadamente). Niega consumo de otras drogas.

A la exploración física, destaca taquicardia, taquipnea, signos de deshidratación, Glasgow 15/15 y dolor abdominal a la palpación de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. Se realiza glucemia y cetonemia capilar con valores de "HIGH" y 3, respectivamente.

Dados los datos aportados previamente, impresiona de cetoacidosis diabética (CAD), por lo que se solicita analítica general con gasometría venosa y se inicia tratamiento intravenoso con sueroterapia y perfusión de insulina de acción rápida según protocolo. En analítica, se objetiva hiperglucemia (Glucosa de 620 mg/dL), acidosis metabólica (pH 6.7, pCO2 31 mmHg, Bicarbonato (HCO3) 19 mmol/L, Láctico 8) y alteraciones electrolíticas leves (Sodio (Na) 132 mmol/L, Potasio (K) 3.4 mmol/L y Fósforo (P) 2.8 mmol/dL), por lo que se continúa con el tratamiento y se mantiene en observación durante 24 horas, observando en los posteriores controles mejoría en los niveles de hiperlactacidemia, glucemia y cetonemia.

Durante las siguientes horas, se reevalúa al paciente observando empeoramiento neurológico progresivo con obnubilación, bradipsiquia y bradipnea, Glasgow 10/15. Se realiza tomografía computarizada craneal sin hallazgos significativos. En controles, se objetiva acidosis respiratoria (pH 6.9 mmol/L, pCO2 82 mmHg, HCO3 19 mmol/L), hipofosfatemia severa (P 0.7 mmol/dL) e hipopotasemia moderada (K 2.9 mmol/L).

Se realiza ECG que permanece sin cambios. Se decide pausar la perfusión de insulina, para realizar aportes de cloruro potásico (ClK) y de fosfato dipotásico 1M intravenoso ajustado por peso. Tras la reposición de 40 mEq de ClK y del fosfato en 6 horas, se realiza control gasométrico con K 3.8 mmol/L, y con una recuperación progresiva neurológica del paciente.

En este momento se vuelve a realizar control de glucemia y cetonemia capilar que es de 240 mg/dL y 0.2 respectivamente, por lo que se decide corrección de glucemia con la insulina subcutánea de uso habitual del paciente (Novorapid), ajuste de dieta y aporte de su insulina basal ajustada. Finalmente, tras observación durante 48 horas y control de la hemoglobina glicada (HbA1c) en el servicio de urgencias, es dado de alta con diagnóstico de cetoacidosis diabética en probable contexto de ingesta de alcohol con acidosis metabólica hiperlactacidemica secundaria, hipopotasemia moderada e hipofosfatemia grave.

De cara al alta, se realiza educación diabetológica por parte de

enfermería, nueva pauta insulínica ajustada y reajuste de citas con su endocrino habitual.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética es una complicación grave de la diabetes mellitus que requiere un manejo protocolizado con fluidoterapia e insulinoterapia. Sin embargo, este caso resalta la importancia de la necesidad de una monitorización estrecha clínica y electrolítica durante el tratamiento, ya que existen varios mecanismos fisiopatológicos, como la diuresis osmótica secundaria a la hiperglucemia o el intercambio iónico inducido por la acidosis metabólica y la insulina, que conllevan desbalances electrolíticos, algunos de ellos graves.
En concreto, la hipofosfatemia severa (< 1mg/dL), a pesar de ser una complicación infrecuente, se trata de un desequilibrio electrolítico que puede tener consecuencias vitales, tales como encefalopatía metabólica, debilidad muscular, alteraciones en la contractilidad cardíaca, rabdomiolisis o incluso fallo respiratorio. No obstante, dado que la hipofosfatemia generalmente no produce síntomas clínicamente significativos, la reposición sistemática de fosfato es controvertida, ya que algunos estudios no han encontrado beneficios significativos, no estando recomendado en las guías actuales.

P. #1339

UN ANTES Y UN DEPUÉS DE UN DOLOR DORSAL

Silvia Sánchez Ragel, Juan Sebastián Urrutia, Osvaldo Jorge Troiano Ungerer, Margarita Álvarez Barrio, Carlos Díaz Valcárcel, Silvia Flores Quesada

Hospital San Pau i Santa Tecla, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 75 años dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, que presenta un amplio historial de antecedentes en los que se destaca los siguientes diagnósticos: Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 con polineuropatía secundaria, espondilitis anquilosante, fibrilación auricular paroxística con tratamiento anticoagulante (Apixabán) y gammapatía monoclonal de cadenas kappa en estudio.
Paciente que acude por cuadro de dolor dorsal en cinturón en base del tórax de inicio repentino al subir las escaleras del domicilio que se acompaña con una pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidad inferior de proximal a distal rápidamente progresiva en el transcurso de las dos últimas horas previas a la consulta.
A su llegada el paciente se encontraba estable hemodinámicamente, con incontinencia de esfínteres, hipoestesias en ambas extremidades, arreflexia bilateral de ambas extremidades con una rápida progresión que se estabiliza durante su estancia a nivel sensitivos nivel de T10-T11, como motor con un ASIA B al mismo nivel.
Ante dicha clínica se solicitan pruebas complementarías disponibles en nuestro centro: tomografía computerizada (TAC) de raquis y Angio-TAC abdominal, en las cuales no se objetiva patología que justifique clínica presentada. Se decide por lo tanto traslado a hospital de tercer nivel para realización de resonancia magnética nuclear (RMN) de raquis y se procede a administración de 40 miligramos de dexametasona en bolus, retirada de anticoagulación, el sondaje vesical. Se diagnostica finalmente un extenso hematoma epidural espontáneo desde D1 hasta la L1 con compresión medular y signos de mielopatía y edema medular.
El paciente fue valorado por neurocirugía, dada la características del paciente, la severidad del déficit y la gran extensión se decide tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

El hematoma espinal epidural espontáneo (HEE) representa del 0,3 al 0,9% de las lesiones epidurales medulares ocupantes de espacio, con una incidencia inferior a un caso por millón de habitantes al año, siendo una afección rara. La localización más frecuente de esta patología es a nivel de la charnela cervico-torácica, sin embargo, el caso aquí expuesto se sitúa a nivel torácico. La amplia extensión del mismo implica un peor pronóstico. Los HEE
pueden ser de origen traumático o idiopático; en este último grupo, la literatura escasa de la que disponemos sugiere que existen factores predisponentes como traumatismos, malformaciones vasculares, tumores, trastornos de la coagulación y el uso de anticoagulantes, destacando particularmente el tratamiento

anticoagulante como Apixabán. Este caso ilustra la importancia de la formación y el reconocimiento precoz del síndrome medular, especialmente en pacientes con factores de riesgo como edad avanzada, hipertensión arterial y anticoagulación. Dada su baja incidencia, es crucial reconocer que el HEE es una emergencia neurológica donde el tiempo es esencial, y una actuación y manejo rápidos son fundamentales para mejorar el pronóstico. La rápida detección y tratamiento en casos como el aquí presentado pueden marcar una diferencia significativa en la evolución y calidad de vida del paciente.

P. #1340

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Mireia Cramp Vinaixa, Helena García Puente, María Capdevila Bages, Balma Homedes Pedret, Alba Hernández Pinilla, Héctor Dellà Grañana

Hospital Joan XXIII, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y mieloma múltiple en tratamiento de mantenimiento con lenalidomida. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de 3 días, sin fiebre o vómitos, por el cual ya había acudido a urgencias los dos días previos, siendo altada ante analítica normal y ausencia de signos de alarma (únicamente tendencia a la HTA: TAS 160-170 mmHg). Durante anamnesis evidenciamos dificultad en la fijación de la mirada y finalmente acaba confesando ceguera bilateral de 4h de evolución, la cual no había manifestado previamente dado que le restaba importancia.

En este momento, TA 188/106 mmHg, resto de constantes normales. La paciente se muestra intranquila, con inquietud psicomotora, parcialmente desorientada. Presenta dificultad para la atención y errores en la memoria reciente, ligera limitación a la supraversión de la mirada y ceguera bilateral completa. Resto de exploración anodina. Ante clínica descrita, se solicitan pruebas complementarias y valoración por neurología por sospecha de focalidad aguda encefálica con afectación occipital bilateral.

Dentro del diagnóstico diferencial, se incluye el accidente cerebrovascular del top de la basilar, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, trombosis venosa central, encefalopatía tóxico-metabólica, encefalitis y síndrome de encefalopatía posterior reversible (sd. PRES). Se realiza TC, angioTC y difusión, que resultan normales. En analítica destaca ligera transaminitis (ALT: 257, AST: 183), resto anodino. Radiografía de tórax y TAC abdomen: normales. Sedimento urinario: positivo para benzodiazepinas. Ante dichos resultados se descartan la mayoría de diagnósticos previos, siendo el sd. de PRES la principal sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES

El PRES es un síndrome clínico-radiológico, caracterizado por síntomas neurológicos agudos causados por una disfunción endotelial, en relación a cambios bruscos de PA o efecto directo de citoquinas sobre el endotelio, ocasionando una alteración de la barrera hematoencefálica y edema vasogénico. Afecta característicamente la sustancia blanca cortical y los hemisferios cerebrales posteriores. Este síndrome cursa con un amplio rango de síntomas neurológicos que incluyen cefalea, alteraciones visuales, convulsiones, vómitos y alteración de consciencia. Se ha descrito la asociación a gran variedad de condiciones, siendo la HTA o fluctuaciones rápidas de PA las principales, presentes en el 75% de los pacientes. Además, también se asocia a sobrecarga de fluidos, trasplante de órgano sólido o médula ósea, tratamientos quimioterápicos e immunosupresores o immunomoduladores, fallo renal o autoimmunidad.

No existen criterios específicos para diagnosticarlo; se debe sospechar ante un contexto clínico compatible, TAC y otras pruebas que descarten otras entidades, además de una resonancia magnética (RMN) que muestre hiperintensidades en sustancia blanca y edema vasogénico bilaterales principalmente en región parietoocipital.
El tratamiento debe ser sintomático; en la HTA la caída inicial máxima no debe exceder el 25% y se deben usar agentes intravenosos fácilmente titulables. Si hay fármacos asociados al sd. de PRES, estos deben suspenderse. No se recomienda la dexametasona por riesgo asociado de HTA y sobrecarga de líquidos. El pronóstico suele ser bueno, con recuperación completa a las 2-4 semanas, aunque en algunos casos severos se pueden dar lesiones irreversibles.
Finalmente, en nuestra paciente se consigue un control adecuado de PA, precisando 3 bolus de 12,5mg de urapidilo endovenoso, se suspende la lenalidomida e ingresa en neurología con sospecha de sd de PRES. Posteriormente se realiza RMN que muestra hallazgos compatibles con dicha patología. Además, se estudia el dolor abdominal y transaminitis; evidenciando patrón colestásico asociado (FA: 599, GGT: 761); y serologías que muestran infección aguda por citomegalovirus (CMV): IgM+, IgG+. Así, nuestra paciente sufre un cuadro de hepatitis aguda por CMV, que parece estar asociado al desenlace de un sd de PRES, junto con sus otros factores predisponentes basales y que se resuelve por completo con el control de estos mismos.

P. #1348

DOCTOR YO NO BEBO

Estefanía Córdoba Canella, Elena López De Las Heras, Sara María Parrondo Rebollo, Elena Dieste Ballarin, Pablo Matías Soler

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 38 de años, sin antecedentes personales de interés, únicamente refiere consumo ocasional de cerveza, que acude a urgencias por distensión abdominal e hinchazón de ambas piernas de 2 semanas de evolución, además de presentar el día anterior crisis de ansiedad, que por la noche no le permitió el descanso nocturno, con disnea y necesidad de colocarse 2 almohadas. Niega posibilidad de embarazo, aunque refiere que no presenta menstruación dese hace varios meses. A su llegada a urgencias presenta regular estado general, con leve tinte ictérico. Tendencia a la hipotensión arterial (95/68mmHg), eupneica en reposo. En exploración abdominal destaca abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con matidez generalizada, hepatomegalia de 2 traveses y circulación colateral, y en MMII se objetiva edema con fóvea hasta rodillas.
Analíticamente destaca una macrocitosis, con leucocitosis, hiperbilirrubinemia, y deterioro de la función renal. En perfil abdominal presenta aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina, alteraciones compatibles con hepatitis aguda alcohólica leve, y alteraciones iónicas, con elevación del péptido natriurético atrial. Se solicita test de embarazo que es negativo. Ante presencia de ascitis grado II en exploración, se decide realizar paracentesis diagnóstica, obteniendo líquido transparente, sin signos de peritonitis bacteriana espontánea. Se completa estudio con radiografía de tórax y abdomen que no muestra alteraciones significativas, y se decide ampliar estudio con ecografía de abdomen donde se objetiva un hígado de bordes lobulados con aumento difuso de ecogenicidad, sugestivo de hepatopatía crónica, además de moderada ascitis. Se realiza ecocardiografía transtorácica, donde no se objetivan alteraciones significativas, con una FEVI normal y en ecografía pulmonar no se visualizan signos compatibles con derrame pleural.
Dados los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos el cuadro impresiona de una descompensación hidrópica, siendo lo más probable secundario a patología hepática, con fracaso renal secundario. Ante este cuadro de realiza anamnesis dirigida donde la paciente reconoce consumo crónico de 3-4 latas de cervezas diarias, además de destilados durante los fines de semana. Se decide ingreso en unidad de Digestivo por paciente con hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal (ascitis), con descompensación edemo-ascítica (primer episodio) y fracaso renal agudo AKIN II, además de hiponatremia e hipopotasemia moderada.
Durante su ingreso en unidad de Digestivo, la paciente presenta empeoramiento a pesar de tratamiento expansor, con deterioro de la función renal y oligoanuria, precisando paracentesis evacuadora de 9L. Se inicia tratamiento deplectivo, dada la baja sospecha de síndrome hepatorrenal (ausencia de cirrosis

avanzada y no hipotensión arterial), consiguiendo mejoría de la función renal y buen ritmo de diuresis. Respecto al origen del cuadro, parece lo más probable que sea una hepatopatía crónica de origen enólico, ya que durante el ingreso se realizó panel de virus hepatotropos que resultaron negativos. Finamente la paciente es dada de alta tras desaparición de signos de descompensación hidrópica, con adecuada función renal y hepatitis aguda resulta.

CONCLUSIONES

La hepatopatía por alcohol incluye todas las enfermedades del hígado producidas por el consumo excesivo de alcohol. Existen tres fases principalmente, una primera fase que se corresponde con hígado graso, benigna y reversible con la abstinencia, una segunda fase, la hepatitis alcohólica, y por último la fase de cirrosis, que es la irreversible de la enfermedad. En cuanto a la presentación clínica dependerá del estado de la enfermedad que puede ir desde únicamente alteraciones analíticas, hasta manifestaciones clínica floridas. En cuanto al diagnóstico se puede realizar con análisis de sangre donde objetivaremos datos de consumo de alcohol crónico, además de alteraciones del perfil hepático, incluso de la función renal en fases avanzadas, y con la ecografía abdominal podemos valorar el hígado, estudiando su tamaño y morfología, además de otros signos indirectos de hipertensión portal.

P. #1350

A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA

Jorge Gutiérrez Miguel, Ana Ramos Rodríguez, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Marco Pérez Gómez, Laura Pascual García, Laura Melero Guijarro

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 74 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia. Deambula con bastón por patología traumatológica de tobillo derecho. Pérdida de visión de ojo derecho por glaucoma antiguo. Escala de Rankin modificado 0
Es derivada a Urgencias hospitalarias tras sufrir a la salida de una cafetería, debilidad brusca de ambas extremidades inferiores sin asociar mareo, ni palpitaciones o dolor torácico. Niega cefalea o cortejo vegetativo.
A mi valoración, la paciente se encuentra en la camilla. Presenta una saturación de 98% una tensión arterial sistólica de 182 mmHg, tensión arterial diastólica de 90 mmHg para una tensión arterial media de 121 mmHg. Frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto. Temperatura 35.9°C.
La exploración cardiopulmonar resultó anodina.
En cuanto al estado neurológico presenta una puntuación de 15 en la escala de Glasgow, estando consciente, orientada en tiempo, espacio y persona y manteniéndose colaboradora. No diplopía ni nistagmo. Sensibilidad conservada en las 4 extremidades. Fuerza en extremidades izquierdas 5/5 pero en extremidad inferior derecha impresiona de 3/5 (contractura muscular pero mucha dificultad para vencer gravedad, además de arrastre de la extremidad cuando movilizo a la paciente por sus medios).
Se realiza electrocardiograma en el que se objetiva un ritmo sinusal a 75 latidos por minutos sin alteraciones en la repolarización.
Dados los hallazgos durante la exploración física se contacta con Neurología de guardia y se procede a activar código ictus.
Se solicita TC craneal donde se objetiva un hematoma intraparenquimatoso agudo en la sustancia blanca subcortical posterior del lóbulo frontal izquierdo de 17 x 10 x 18 mm, con mínimo edema periférico sin efecto de masa, además de cambios isquémicos crónicos de pequeño vaso.
Según el protocolo de nuestro hospital, la paciente ingresa a cargo de Medicina Intensiva (UVI), completándose el estudio con angioTC donde se confirma el diagnóstico de ictus hemorrágico en el territorio de la arteria cerebral anterior izquierda de posible etiología amiloidea.
Tras 3 días de estancia en UVI pasa a planta de Neurología, donde es dada de alta a las 48 horas, para completar tratamiento rehabilitador en domicilio.

CONCLUSIONES

En los pacientes que acuden al servicio de Urgencias por clínica neurológica, es fundamental realizar una exhaustiva anamnesis y exploración física. A la hora de la activación del código ictus, es relevante valorar el nivel de dependencia del paciente en sus

actividades básicas de la vida diaria, mediante diversas escalas, como por ejemplo la escala de Rankin modificada.
En nuestro caso, la paciente presenta una puntuación de 0 (independiente sin limitación) por lo que se procede a su activación (habitualmente una puntuación en la escala de Rankin modificada de > 2 deshabilita el código).
BIBLIOGRAFIA.
-Jiménez Fàbrega X, Espila Etxeberria JL, Gallardo Mena J. Códigos de activación: pasado, presente y futuro en España. Emergencias. 2011;23:311-8
-Gallardo Tur A, García Casares N, De la Cruz Cosme C, Jiménez Parras M, Temboury Ruiz F, Rosell Vergara E, et al. Análisis de factores asociados al pronóstico a largo plazo en el ictus isquémico fibrinolisado. Emergencias. 2015;27:34-8

P. #1355

EL ESTREÑIMIENTO UN GRAN SIMULADOR

Xiujun Wu, Irene Játiva Torres, Roberto Ramón Valdés, Maitane Cordero Rodríguez, Miguel Ángel Corisco Sánchez, Pilar Menéndez Álvarez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos a un varón de 81 años con los siguientes antecedentes: exfumador, deterioro cognitivo leve de perfil amnésico, insuficiencia aórtica moderada por dilatación anular, asma leve persistente controlado, hipertrofia benigna de próstata, vejiga de esfuerzo, resección transuretral de próstata y hemorroidectomía. Situación basal: independiente, Barthel 90/100. Vive con su mujer.
Acude a urgencias en enero de 2024 por cuadro de 7 días de evolución consistente en dolor abdominal en contexto con estreñimiento, sin fiebre ni otro foco infeccioso que tras su resolución es dado de alta sin realizar pruebas complementarias. Acude de nuevo 3 días después, por dolor abdominal de predominio en flanco izquierdo y epigastrio de tipo opresivo continuo, sin expulsión de gases, con hiporexia, astenia. Deposición del día escasa sin productos patológicos. Afebril. No otro dolor referido. No tos ni mucosidad nasal, no disnea. Dolor escala Eva 4/10.
Exploración física en urgencias:
Frecuencia cardiaca (lat/min): 80. Saturación de oxígeno basal (%): 95. TA: 164/95 mmHg
Buen estado general, normohidratado, normocoloreado, normoperfundido. Bien nutrido. Alerta. Orientado en persona, tiempo y espacio. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho/ hipocondrio derecho con defensa. Ruidos hidroaéreos aumentados sin sonidos metálicos. Dudoso Murphy. Blumberg y Rovsing negativos. Puño percusión renal negativa. Extremidades inferiores: no edemas maleolares bilaterales, ni signos de trombosis venosa profunda, ni signos de insuficiencia venosa crónica.
Pruebas complementarias:
- Analítica: Hematíes 5.480.000/µL, Hb 16.2 g/dL, Hto 50.1%, VCM 91.3 fL, HCM 29.6 pg, Plaquetas 226.000/µL, Leucocitos 8120/µL (N 5210, L 1470, M 480, E 790, B 70, LUC 100, N/L 3.54), TP 14 s / 57%, INR 1.3, Fibrinógeno 336 mg/dL, TTPa 29.8 s / ratio 1.11, Glucemia 84 mg/dL, Creatinina 0.85 mg/dL, Filtrado 82 mL/min, Urea 31 mg/dL, Na+ 140 mmol/L, K+ 4.9 mmol/L, Cl- 106 mmol/L, ASAT 130 UI/L, ALAT 136 UI/L, GGT 301 UI/L, LDH 1355 UI/L, FAlc 566 UI/L, BRT 1.18 mg/dL, Amilasa 43 UI/L, Lipasa 23 UI/L, PCR 10 mg/L
- Radiografía de abdomen: luminograma aéreo inespecífico con gas distal y sin dilatación de asas.
- TAC abdominal: Múltiples lesiones ocupantes del espacio (LOEs) hepáticas sugestivas de afectación tumoral, muy probablemente secundaria, con conglomerado adenopático en hilio hepático y adenopatías retroperitoneales, retrocrural y periesofágica derecha. Páncreas con dilatación del conducto pancreático de 8 mm.

Evolución:

Posteriormente es ingresado en medicina interna para filiar origen de las LOEs. Se realiza estudios endoscópicos con hallazgo en gastroscopia de gastritis atrófica con biopsia de adenocarcinoma gástrico variante intestinal congruente con el resultado de la PAAF hepática realizada con citología de adenocarcinoma de perfil intestinal.

CONCLUSIONES

El estreñimiento es un síntoma comúnmente asociado con diversas patologías gastrointestinales, no siendo el síntoma inicial en el diagnóstico de un cáncer gástrico.
Su presencia puede adquirir relevancia en el contexto clínico, especialmente cuando se presenta de manera persistente o acompañada de otros signos como el dolor abdominal.
Puede presentarse como un síntoma de cáncer gástrico avanzado como en este caso. Dentro de las neoplasias gástricas, el adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal representa la forma más frecuente.
A menudo, el estreñimiento es considerado un problema menor, lo que puede llevar a una subestimación de su importancia en el diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedades graves, como el cáncer gástrico. Sin embargo, en pacientes con estreñimiento persistente es fundamental que se realice una valoración adecuada con pruebas de imagen para descartar enfermedades graves subyacentes. La detección temprana y el abordaje oportuno del estreñimiento, junto con la atención a otros síntomas concomitantes, son cruciales para un manejo efectivo y para evitar complicaciones adicionales en estos pacientes.

P. #1358

¿HIPOGLUCEMIA, ICTUS O AMBOS?

Susana Pérez Antón, Paloma Gallego Rodríguez, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Marta Crespillo Peralta, Audrey Morales Rodríguez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 38 años, con antecedentes médicos de hipotiroidismo. Consumidor habitual de alcohol y ocasional de cocaína.
Procedente de un vuelo de Ibiza, es trasladado a nuestro hospital desde el aeropuerto, por clínica de confusión, letargo y somnolencia. Sin otra focalidad neurológica en la exploración. Glucemia en ese contexto de 35 mg/dl, el servicio médico del aeropuerto administra una ampolla de glucosa al 50%.
A su llegada a urgencias, glucemia de 94 mg/dl, con persistencia de la somnolencia, letargo y confusión. Se atribuye estos síntomas a la deprivación de sueño en los últimos días, ingesta de alcohol y cocaína.
Analítica realizada en urgencias sin alteraciones relevantes, salvo un sodio de 130.
Se mantiene al paciente en observación, por continuar presentando baches hipoglucémicos, precisando tratamiento con glucosa al 10% y glucosa al 50%.
Una vez mantiene glucemias en rango sin aporte intravenoso de glucosa se decide alta a domicilio.
Momentos previos al alta, comienza con vómitos y episodio de afasia motora. Se activa código ictus, realizándose tomografía axial computarizada (TAC) que descarta origen vascular. Ingresa en planta de medicina intensiva.
Horas después desaparece la clínica de afasia.
En estudios analíticos posteriores durante el ingreso presenta sodio en descenso.
Continua con episodios de hipoglucemias.
Se realiza determinación de cortisol y ACTH, con resultado indetectable en dos ocasiones.
Se inicia tratamiento con corticoterapia intravenosa a dosis de estrés.
Resonancia magnética nuclear de hipófisis normal.
TAC abdominal con glándulas suprarrenales de características normales.
Es diagnosticado de insuficiencia suprarrenal de origen central.
El paciente permanece asintomático en la esfera neurológica desde el inicio del tratamiento corticoideo, y sin nuevos episodios de hipoglucemia.
Alta con tratamiento con hidroaltesona.

CONCLUSIONES

El diagnostico diferencial de las causas de hipoglucemia es clave para su tratamiento.
El caso de nuestro paciente, joven, y consumidor activo de sustancias toxicas, hizo que atribuyéramos inicialmente la clínica a esto.
Ante la persistencia de episodios hipoglucémicos a lo largo del periodo de observación, nos hace replantearnos la causa,

detectándose la insuficiencia suprarrenal, y por consiguiente la administración del tratamiento adecuado con hidroaltesona, lo que corrige de forma permanente las cifras de glucemia y mejora la sintomatología del paciente.

P. #1367

MAS ALLÁ DEL ICTUS: EL DIAGNÓSTICO OCULTO TRAS LA PRIMERA IMPRESIÓN

Beatriz De Villalonga Zornoza, Claudia Piqueras Pérez, Marina Fernández Alcázar, Stefanía Salazar Martínez, Marta Lara Armenteros, Marcela González Camacho

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 60 años con antecedente de hipertensión arterial. Es valorado en el box vital por sospecha de código ictus. Refiere un episodio de mal estado general con mareo y caída accidental en su domicilio, que comenzó a las 13:00. Dos horas más tarde, inició con pérdida de fuerza en la mano izquierda, así como dismetría, babeo y bradilalia.

Se reinterroga al acompañante, quien refiere un episodio de dolor torácico irradiado al cuello previo al mareo.

A su llegada, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con una saturación del 90% y una frecuencia cardíaca de 54 lpm. En la exploración neurológica, se encuentra mínimamente obnubilado, pero responde a órdenes. Presenta un lenguaje espontáneo, fluido y coherente. Pares craneales normales y simétricos. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movilidad de los músculos oculomotores sin alteraciones. Fuerza 4/5 en miembro superior derecho, sensibilidad conservada. No se observan dismetrías ni disdiadococinesia. La exploración cardiopulmonar no muestra alteraciones.

Se solicita TAC de cráneo, analítica y gasometría basal, así como electrocardiograma y radiografía de tórax para completar el estudio del dolor torácico.

Analíticamente, destaca una creatinina de 1.41 con filtrado glomerular de 51, troponina de 0.019, PCR de 2.69 y glucosa de 158. En el TAC de cráneo se descartan alteraciones intracraneales de carácter agudo. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización. En la radiografía de tórax se observa un ensanchamiento mediastínico.

Ante este hallazgo, se realiza un angio-TAC de aorta toracoabdominal, identificando una disección tipo A de Stanford y tipo 1 de DeBakey, con compromiso de los troncos supraaórticos y la arteria renal izquierda, lo que explicaría el debut con fallo renal y clínica neurológica.

Se comunica el caso con la UCI, que decide ingresarlo a su cargo. Se realiza cirugía emergente con buena recuperación posterior, sin complicaciones. A los 30 días, es trasladado al hospital de la comunidad autónoma de procedencia para finalizar la recuperación.

CONCLUSIONES

La incidencia de disección aórtica se estima en torno a 5-30 casos por cada millón de habitantes al año. Sin embargo, a pesar de su baja incidencia, tiene una mortalidad del 1-2% por hora si no se identifica rápidamente y no se instaura terapia adecuada. Por ello, es de vital importancia sospecharla.

La presentación más típica, según un artículo que recoge datos del Registro Internacional de Casos de Disección Aguda de Aorta, es un dolor en el pecho o la espalda (83%), frecuentemente

descrito como "punzante". Asimismo, es frecuente que se asocie con un pulso carotídeo, braquial o femoral más débil (30% de los casos), hipotensión (25%) y síncope (13%). Sin embargo, existen otras formas de presentación menos frecuentes, como insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular o infarto. Estas presentaciones atípicas pueden confundir el diagnóstico y retrasar el inicio del tratamiento.

Como se recalca en este caso, es fundamental realizar una buena anamnesis y una exploración física completa, incluyendo la toma de tensión en ambos brazos en caso de sospecha de disección aórtica.

La correcta anamnesis nos debe llevar a sospechar esta patología, y en ese caso, se deberá completar el estudio con una prueba de imagen. El gold standard es la angiotomografía computarizada. No obstante, aunque la radiografía de tórax tiene una sensibilidad y especificidad limitadas, puede ser útil para descartar otras causas de dolor torácico.

En resumen, la disección de aorta es una patología de baja incidencia pero elevada morbilidad, con múltiples manifestaciones posibles según la arteria afectada. Por ello, es fundamental analizar correctamente la cronología del cuadro y todos los síntomas presentados para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

P. #1372

STEVEN-JOHNSON MIGRAÑOSO

María José Gálvez Pascual, Isabel María Morales Barroso
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 20 años:
Natural de Somalia, viviendo en España desde hace 8 meses
Sin alergias conocidas
Como antecedente: Migraña episódica de alta frecuencia
Acude a urgencias una primera ocasión por cefalea de tipo migrañoso y malestar general. Se realiza analítica siendo normal y se modifica tratamiento para migraña.
A los 5 días reacude por continuar con malestar general, intensa cefalea, aparición de fiebre, odinofagia, dificultad para tragar y sialorrea.
Exploración
Tensión arterial 125/60 mmhg
Frecuencia cardíaca 87 latidos
Saturación 97% sin aportes
Glasgow 15/15. 17 respiraciones por minuto
Aceptable estado general, afectada por el dolor. Eupneica en reposo. Bien hidratada y perfundida.
Auscultación sin hallazgos patológicos
Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación.
Exploración neurológica sin focalidad. Signos meníngeos negativos, no rigidez de nuca. No compromiso del suelo de la boca.
Destaca mucositis, sialorrea, aftas orofaríngeas, enantema en labios con descamación de mucosa labial, edema palpebral, conjuntivitis serosa, no hemorragia conjuntival. Difícil explorar cavidad oral por dolor. Adenopatías cervicales bilaterales móviles.
En piel destaca lesiones dérmicas inespecíficas sin rash. Mácula hiperpigmentada facial con leve epidermolisis.
Ampollas de pequeño tamaño infraorbitarias, palma de la mano izquierda y antebrazo izquierdo sin contenido purulento.
>>Se decide ingreso de la paciente en Observación en cama de aislamiento.
Se solicitan desde urgencias Analítica, sistemático de orina y antigenuria, urocultivo, hemocultivo y coprocultivo. Gasometría, serología vírica, prueba de exudado de mucosa oral, exudado vesicular para viruela del mono, virus del Dengue, plasmodium spp, gota fina y gota gruesa, exudado genital. Se decidió realizar tomografía de cráneo (TC) y punción lumbar posterior.
También se solicitó estudio reglado de autoinmunidad.
Pruebas complementarias:
**Analítica: destaca linfopenia, elevación de transaminasas, Proteína C reactiva 200 con procalcitonina normal.
**TC de cráneo normal
**Líquido cefalorraquídeo sin hallazgos patológicos
**Exudados: todos negativos
Virus del Dengue, plasmodium, gota fina y gruesa negativos.
**Orina y antigenuria negativos, urocultivo negativo.
**Hemocultivo negativo
**Serología vírica negativa

**Autoinmunidad: POSITIVO a Anticuerpos antinucleares (ANAs).
A su ingreso se sospechó cuadro infeccioso viral/bacteriano atípico y se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y doxiciclina así como esteroides a dosis altas.
Se realizó interconsulta a Neurología, Infecciosas, Dermatología, Otorrino y Oftalmología.
Ante estabilidad clínica y hemodinámica desde observación se decidió finalmente ingreso en planta de Enfermedades Infecciosas para continuar estudio.
Tras reevaluar el caso, la paciente había estado consumiendo, previamente a su llegada a urgencias, numerosos fármacos analgésicos para la migraña, además había iniciado Zonisamida unos meses antes. Tras ello, se sospechó posible síndrome de Steven-Johnson medicamentoso.
Con tratamiento de soporte, fluidoterapia, suplementos de nutrición, enjuagues orales y retirada de analgésicos fue mejorando progresivamente. No presentó ninguna complicación añadida de sobreinfección de lesiones con reepitelización progresiva a lo largo del ingreso.
Se pautó tratamiento domiciliario sintomático, retirada de zonisamida, AINES, metamizol, amoxicilina y cefalosporinas.
Fue dada de alta con seguimiento por Reumatología, Alergología, Neurología, Dermatología, Cirugía Maxilofacial y Medicina Interna.

CONCLUSIONES

El síndrome de Steven-Johnson es una urgencia médica grave que suele requerir hospitalización. Suele comenzar con síntomas similares a patología infecciosa con fiebre, malestar general, odinofagia...para después presentar lesiones dérmicas.
Es importante desde urgencias realizar correcto cribado de causas infecto-contagiosas, sobre todo de Mycoplasma pneumoniae (agente infeccioso íntimamente relacionado con el cuadro), realizar soporte inicial y consultar con el resto de especialidades para su correcto tratamiento.
En nuestro caso todas las pruebas microbiológicas resultaron negativas, pudiendo ingresar la paciente en planta para continuar estudio.

P. #1376

¿UNA RESACA MALA?

Teresa Mahave Carcelén, José Peinado Pérez, Saida Macho Fillat, Marta Castejón Rabinad, Marta Morera Harto, Marta Monforte San Román
HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años, de origen marroquí, residente en España desde hace 2 años, sin AP de interés.
En triaje aparece como motivo de consulta:
EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS DE ABUSO O MEDICAMENTOS, DROGODEPENDENCIA, INTOXICACIÓN POR DROGAS
Paciente que acude a Urgencias por clínica de debilidad muscular generalizada de 7 días de evolución. El paciente lo relaciona con salida nocturna hace 8 días, durante la cual ingirió grandes cantidades de alcohol, cocaína y otros tóxicos que no sabe precisar y realizó ejercicio físico intenso (manteniendo relaciones sexuales durante varias horas). Posteriormente sensación de extenuación,
A las 48 horas del consumo presenta cuadro de debilidad muscular generalizada progresiva no claramente ascendente, sin precipitante infeccioso previo (no recuerda infección respiratoria, cuadro diarreico ni similares) y sin fluctuación de la debilidad, refiere "nunca haber tenido una resaca así"
Hoy consulta por empeoramiento con gran dificultad para mantener la bipedestación y mantener la marcha. Niega alteración esfinteriana.
El paciente trabaja como carnicero, refiere franca dificultad para sostener cuchillos y otros objetos, así como para realizar cortes con ellos o transportar piezas de carne no muy grandes de un lado a otro del escaparate. Solicita medicación para recuperar vitalidad y poder mantener su puesto de trabajo, al que hoy no ha podido acudir por empeoramiento de la clínica.
EXPLORACIÓN:
- Consciente, alerta, orientado, normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo. Glasgow 15, colaborador.
- A su entrada en el box de urgencias, se aprecia sin dificultad alteración de la marcha. Precisa ayuda para desvestirse para poder realizar auscultación.
- Auscultación cardio-pulmonar: sin alteraciones
- Abdomen anodino
- Exploración neurológica:

Alerta, orientado, lenguaje normal, no disartria, pupilas ICNR, movimientos oculares normales, no nistagmus, pares craneales sin alteraciones. Fuerza muscular en región cervical y cabeza normal, en extremidades superiores en todos los grupos musculares proximal 4/5 y distal 3+/5. En extremidades inferiores 4/5 proximal y a nivel distal 4+/5. Marcha con patrón miopático. REM ausentes en EESS y en EEII rotulianos y aquíleos ++/++++ de manera simétrica. RCP indiferente bilateral. Sensibilidad conservada. No se evidencia atrofia, no fasciculaciones, no lesiones dermatológicas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
°AS:
- BQ: Lactato: 1.7 Glucosa: 91; iones en rango; perfil hepático en rango; PCR: 0.26; Creatinina: 0.79 TFG: 117.98; CPK: 188

- Hemograma: Leucocitos 10400, Neutrófilos 6700, Linfocitos 2400; Hb 15.3; Plaquetas 317000
- Coagulación: AP: 95% INR: 1.04
°AO: normal
°Drogas de abuso en orina: Negativas

Se contacta con Neurología de guardia ante posible caso de Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (Síndrome de Guillain-Barré) versus rabdomiolisis en resolución.

CONCLUSIONES

Tras ingreso en Neurología y realización de pruebas complementarias (punción lumbar, ENG, serologías...), el paciente es diagnosticado de Síndrome de Guillain-Barré, permanece 40 días ingresado siendo también valorado por Servicio de Rehabilitación, sin llegar a precisar ventilación mecánica en ningún momento. Se administró inmunoglobulina intravenosa (IVIG) como tratamiento de primera línea. En cuanto al pronóstico, factores como la edad del paciente, la presencia de diarrea previa (que en este caso el paciente no recordaba) y la gravedad de la debilidad al inicio son determinantes clave.

P. #1379

ERITEMA MULTIFORME POR INMUNOTERAPIA

Marta Castejón Rabinad, José Peinado Pérez, Marta Morera Harto, Saida Macho Fillat, Teresa Mahave Carcelen, Javier Ordovás Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 51 años en tratamiento activo por cáncer de mama con última dosis de quimioterapia hace tres semanas. Presenta rash generalizado por todo el cuerpo de unas horas de evolución muy pruriginoso que se encuentra en tronco, cara y en zona proximal de extremidades. Había estado tomando hasta hace dos días Clindamicina por infección de herida quirúrgica de la mama.

Ante la clínica se le pauta antihistamínicos, corticoides intramusculares y se da de alta ante mejoría clínica.

Menos de 24 horas después la paciente acude de nuevo a urgencias porque el rash continúa, se ha extendido más y tiene 38.5 de fiebre que no le cede a pesar de antitérmicos. No presenta signos de infección respiratoria, digestiva o urinaria. A nivel de mama no hay signos de infección local.

A la exploración se visualiza rash maculopapular generalizado que solo respeta mucosas, manos y pies. No se observa otros focos de infección.

Ante la fiebre sin foco aparente se sospecha toxicodermia debido a su tratamiento oncológico con Pembrolizumab. Se ingresa a la paciente para tratamiento, control y pendiente de biopsia de las lesiones cutáneas.

Biopsia punch: Dermatitis de interfase con daño vacuolar e inflamación perivascular en dermis superficial y media con aislados eosinófilos, compatible con toxicodermia en formato de Eritema Multiforme.

Durante el ingreso la paciente continúa con picos febriles a pesar del tratamiento con corticoides y acaba teniendo afectación de mucosas con muy mal estado general. Se inicia pauta de corticoterapia más vancomicina/linezolid y finalmente se decide por parte de dermatología pautar ciclosporina como tratamiento. Tras este tratamiento la paciente mejora y se da de alta.

CONCLUSIONES

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda de la piel y mucosas de origen inmunológico, que puede ser crónica y recurrente. Se caracteriza por lesiones eritematosas y vesículo-ampollares. Se clasifica en EM menor, EM mayor, síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET). El SSJ-NET es un proceso agudo autolimitado poco frecuente con elevada morbimortalidad. La incidencia de la NET y del SSJ se estiman entre 1 y 1,4 y entre 1 y 3 casos por millón de habitantes y año, respectivamente. La mortalidad oscila entre el 30 y el 35 % en el caso de la NET y aproximadamente el 5 % en el SSJ. La etiología es variada, incluyendo infecciones virales (como herpes simple) y reacciones a fármacos. Hay que señalar que en los casos relacionados con inmunoterapia su presentación puede ser atípica y tardía, desarrollándose hasta 12 semanas después

del inicio del tratamiento. Muchas veces comienza como una erupción maculopapular que persiste durante semanas hasta que finalmente aparecen las ampollas y el despegamiento cutáneo. El tratamiento se basa en el diagnóstico precoz, la retirada del fármaco sospechoso y terapia de soporte. No hay un tratamiento farmacológico estándar, pero se han propuesto inmunosupresores y el uso de corticoides es controvertido, ya que pueden ser perjudiciales en fases avanzadas. Se han probado ciclosporina, ciclofosfamida, inmunoglobulinas intravenosas, anti-TNF, plasmaféresis y otros agentes.

BIBLIOGRAFÍA:
1. Juan-Carpena G, Palazón-Cabanes JC, Blanes-Martínez M. Revisión sistemática de los efectos adversos cutáneos causados por fármacos inhibidores de los puntos de control inmunitario: características, manejo y pronóstico. Actas Dermo-Sifiliográficas (Internet). 2022 Apr 1 (cited 2025 Feb 10);113(4):376–87. Available from: https://www.actasdermo.org/es-revision-sistematica-efectos-adversos-cutaneos-articulo-S0001731021003811.
2. Carmen Gavaldá Esteve C, Gavaldá-Esteve CC, Eritema multiforme PRR. Eritema multiforme: Revisión y puesta al día. RCOE (Internet). 2004 (cited 2025 Feb 10);9(4):415–23. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3.Laguna C, Martín B, Torrijos A, García-Melgares ML, Febrer I. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: experiencia clínica y revisión de la literatura especializada. Actas Dermo-Sifiliográficas (Internet). 2006 Apr 1 (cited 2025 Feb 10);97(3):177–85. Available from: https://www.actasdermo.org/es-sindrome-stevens-johnson-necrolisis-epidermica-toxica-articulo-13088898

P. #1384

DESCUBRIENDO EL FENÓMENO "LIMB-SHAKING"

Ramón Sánchez Muñoz, Marta Gesto Domínguez, Paloma Mora Raimundo, Enrique Del Toro Daza, Marcos Oliver Fragiel Saavedra, Carmen Ahenke Francisco

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 48 años, fumador activo y consumidor de 3 cervezas diarias, con único antecedente relevante de traumatismo craneoencefálico (TCE) parieto-frontal en 2023, que acude a urgencias por un episodio aislado de movimientos involuntarios e incontrolables en hemicuerpo izquierdo que describe como "temblor". Refiere iniciarse en la pierna izquierda progresando a los pocos minutos al brazo izquierdo. El episodio se resuelve de forma espontánea a los 30 minutos, cesando primero en brazo, seguido de la pierna. Asocia cortejo vegetativo. No asocia afectación facial ni del nivel de consciencia. No presenta historia sugestiva de epilepsia ni factores de riesgo, excepto consumo crónico de alcohol.

A su llegada a urgencias se encuentra afebril y hemodinámicamente estable. A la exploración neurológica, el paciente presenta hipoestesia en los dedos del pie izquierdo sin otra focalidad neurológica por lo que se activa Código Ictus. Analíticamente, presente estigmas de consumo crónico de alcohol (elevación de transaminasas y GGT) e hiperlactacidemia de 3.7 mmol/L en la gasometría venosa, sin otras alteraciones significativas. Se realiza Angio-TC multifásico que muestra una masa de 3,1 cm centrada en apófisis transversa derecha de C3 parcialmente calcificada que condiciona remodelado óseo asociado, estenosis moderada-grave de canal, obliteración de los forámenes laterales C2-C3 y C3-C4 y subluxación rotacional de C2 hacia la derecha, sin defectos de repleción de gran vaso. Se completa estudio con electroencefalograma (EEG) urgente sin actividad epileptiforme.

Ante la sospecha de síndrome de limb-shaking secundario a masa cervical, se inicia corticoterapia intravenosa y se decide ingreso en neurocirugía para completar estudio prequirúrgico con resonancia magnética nuclear (RMN).

CONCLUSIONES

Se trata de un cuadro compatible con el fenómeno de Limb-Shaking causado por isquemia transitoria del hemisferio derecho debido a la compresión de la arteria carótida derecha por una masa en vértebra cervical C3.

El Fenómeno de Limb-Shaking consiste en una forma poco frecuente de accidente isquémico transitorio carotídeo, que se presenta con movimientos hipercinéticos, involuntarios, estereotipados de un hemicuerpo o una extremidad. Pueden aparecer varias veces al día, con duración de segundos a minutos. Habitualmente, suelen desencadenarse al realizar maniobras como la bipedestación, Valsalva o hiperextensión cervical. Es característica la rápida recuperación al sentarse o tumbarse.

La extremidad del hemicuerpo contralateral más afectada es la superior y respeta los músculos faciales. En torno a la mitad de

los casos puede asociarse a hemiparesia ipsilateral que suele ser leve y transitoria.
El manejo inicial de esta patología incluye realizar un correcto diagnóstico diferencial con patologías como accidentes isquémicos cerebrovasculares y crisis epilépticas motoras parciales. A diferencia de éstas, las pruebas de imagen (TC y RMN cerebral) suelen ser normales y el EEG no muestra actividad epileptiforme.
El mecanismo fisiopatológico es una hipoperfusión contralateral hemisférica. En la mayoría de casos existe una oclusión de arteria carótida común o interna contralateral; sin embargo, hay casos descritos con angiografía normal. Es importante destacar que en nuestro caso la causa de la obstrucción transitoria es la masa cervical C3. Por ello, el manejo es quirúrgico, con exéresis de la lesión.

P. #1387

LOS OJOS NO ENGAÑAN

Natalia Tejado Rodríguez[1], Miguel Herreros Gutiérrez[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[2]
1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés), Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años con antecedentes de episodio de artritis reumatoide hace más de 10 años, actualmente sin seguimiento ni tratamiento farmacológico.
Acude a urgencias por párpado izquierdo caído desde hace cinco meses y desde hace una semana diplopia binocular vertical. Niega otra sintomatología acompañante. Pendiente de valoración oftalmológica ambulatoria.
A la exploración física destaca ptosis de párpado izquierdo con restricción para la aducción, infra y supraversión del ojo izquierdo. Diplopia que corrige con mirada monoocular. Resto de exploración neurológica anodina.
Dados los hallazgos clínicos, se solicita TC craneal y angioTC craneal con aneurisma gigante en segmento cavernoso de arteria carótida interna izquierda comprimiendo área paraselar por lo que se cursó ingreso a cargo de neurocirugía para embolización del mismo, persistiendo la clínica al alta (10 días tras cirugía con única complicación de mal control tensiones.
La parálisis del tercer par craneal (nervio oculomotor) envuelve lesiones desde el núcleo en el tronco del encéfalo hasta los músculos extraoculares en la órbita.
Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son la ptosis, diplopia y/o afectación pupilar ocasionando diplopia horizontal, vertical o diagonal, dificultad para la aducción y supraversión de la mirada, provocando una mirada hacia dentro y hacia abajo con la infraversión y/o dilatación de la pupila con ausencia de respuesta ante la luz en los casos de daño completo.
Dentro de las causas más frecuentes de parálisis del nervio oculomotor destacan:
1. Aneurisma intracraneal (en arteria comunicante posterior, carótida interna o arteria basilar según su frecuencia, pudiendo implicar cefalea intensa por hemorragia subaracnoidea secundaria o herniación cerebral transitoria)
2. Isquemia (en relación estrecha con cambios microvasculares secundarios a diabetes o hipertensión arterial).
3. Post traumática
4. Migrañas oftalmoplégicas, más frecuentes en niños y adolescentes.
Ante una parálisis del III par craneal aislada sin otra focalidad neurológica se debe realizar una prueba de imagen según disponibilidad (TAC, RMN o angiografía) para identificar su causa siendo el riesgo de rotura aneurismática la más urgente.
Dentro del tratamiento, éste debe ser etiológico y enfocado individualmente con buena respuesta, recuperando la función del nervio en las siguientes semanas, dependiendo del caso y del tiempo de evolución. Mientras los síntomas mejoran, se puede tapar el ojo afecto para mejorar la diplopia del paciente mientras que en algunos casos donde no se recupera la función de manera completa puede llegar a ser necesaria la cirugía para corregir el estrabismo o la pstosis.

CONCLUSIONES

- Debemos sospechar parálisis del tercer par craneal ante ptosis, diplopia y dificultad para la supra e infraversión principalmente.
- Ante su sospecha, se debe hacer una prueba de imagen como un TAC craneal para descartar una de sus causas más frecuentes como es un aneurisma con riesgo de ruptura inminente.
- Tras tratar la causa, los síntomas suelen desaparecer en los siguientes meses.

P. #1390

DOCTORA ¡LA CABEZA ME VA A ESTALLAR!

Liuva Déniz Déniz, Paula María González Medina, Lidise Rocío Arboláez León, María Ferrando Feliu

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

1.HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 23 años. Antecedentes médicos: Púpura trombocitopénica idiopática (PTI). Migrañas. Fumadora activa 5 cigarrillos/día. Tratamiento habitual: Eltrombopag 50 mg. Almotriptán 12,5 mg. Levonorgestrel / etinilestradiol 100 /20 mcg. Diazepam 5 mg.
2.MOTIVO DE CONSULTA
Mujer de 23 años que acude a urgencias por cefalea hemicraneal izquierda que incia de forma súbita desde hace una semana, el dolor le despierta por la noche, se acompaña de náuseas y vómitos. En ocasiones se precede de aura visual y asocia parestesias en miembro superior derecho.La paciente refiere que el dolor es diferente al de su cefalea habitual. No fiebre, ni otros síntomas. No ha cedido pese a toma de Almotriptán.
3.EXPLORACIÓN FÍSICA: general y neurológica, anodina.
4.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
La analítica sanguínea en urgencias se encontraba dentro de la normalidad.
Ante la persistencia del dolor pese a tratamiento analgésico y antiinflamatorio intravenosos,
se solicita TC craneal urgente en el que se objetivan imágenes sugestivas de trombosis de senos venosos (recto y transverso izquierdo).
5.EVOLUCIÓN:
Durante el ingreso la paciente presenta los siguientes hallazgos patológicos.
En la exploración neurológica: se objetiva hemiparesia atáxica, hipoestesia izquierda, dismetría izquierda, marcha inestable con aumento de base de sustentación.
En la analítica destaca: Anticoagulante lúpico positivo y déficit de folato.
RMN cerebral: Hiperintensidad de señal en T1 del interior de seno venoso recto y transverso
izquierdo apreciando falta de repleción intraluminal.
Se trató con enoxaparina a dosis terapéuticas de 1mg/kg.
Actualmente en rehabilitación, persiste con hemiparesia atáxica 4/5 y deambula con ayuda de andador.

CONCLUSIONES

EVOLUCIÓN:
Ante la persistencia del dolor pese a tratamiento analgésico y antiinflamatorio intravenosos, se solicita TAC craneal urgente, ante las imágenes sugestivas de trombosis de senos venosos, se decide ingreso hospitalario en Neurología.
Durante el ingreso la paciente en la exploración neurológica se detecta: hemiparesia atáxica, hipoestesia izquierda, dismetría izquierda y marcha inestable con aumento de base de

sustentación.
En la analítica destaca: Anticoagulante lúpico positivo y déficit de folato.
En la Resonancia magnética cerebral: Hiperintensidad de señal en T1 del interior de senos venosos recto y transverso izquierdos apreciando falta de repleción intraluminal.
Se trató con enoxaparina a dosis terapéuticas de 1mg/kg.
Actualmente en tratamiento rehabilitador, la paciente persiste con hemiparesia atáxica 4/5 y deambula con ayuda de andador.
La trombosis venosa cerebral (TVC) representa el 1,5-2% de los eventos vasculares cerebrales, constituye una emergencia neurológica, tiempo-dependiente.
Los síntomas de presentación van desde cefalea, vómitos, papiledema, paresia aislada del VI par, déficit neurológico sensitivo, déficit motor, crisis epilépticas, oftalmoparesia, encefalopatía...
Afecta más a mujeres que a varones. Existen dos picos de incidencia, entre los 20-40 años en relación con los anticonceptivos orales, el puerperio y otros factores protrombóticos y otro pico de incidencia es entre los 55-70 años asociado a situaciones de deshidratación y neoplasias.
Para el diagnóstico se precisa técnica de neuroimagen con tomografía computarizada urgente. Aunque la resonancia magnética es más sensible, constituyendo la técnica de elección.
El tratamiento incluye anticoagulantes a dosis terapéuticas que deben iniciarse de forma precoz, aunque en casos más graves, se requiere trombectomía endovascular y/o trombólisis.
El pronóstico de la TVC ha mejorado en las últimas décadas gracias la disminución de la patología infecciosa, y la mayor precisión diagnóstica de las técnicas de neuroimagen, aún así, resulta crucial un temprano reconocimiento de los síntomas para evitar complicaciones.
BIBLIOGRAFÍA
(1).C. Pérez LÁZARO, A. LÓPEZ-BRAVO ET AL., MANEJO DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN ESPAÑA:ESTUDIO DESCRIPTIVO MOTIVATE, NEUROLOGÍA, 202(1) HTTPS://DOI.ORG/(1)0.(1)0(1)6/J.NRL.202(1).05.0(1)6
2.R. GHOSH, D.ROY ET AL , CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS IN COVID-19. 15(3): 1039–1045. 2021. DOI: 10.1016/J.DSX.2021.04.026
3.ULIVI L, SQUITIERI M, COHEN H, ET AL. PRACT NEUROL;20:356–367. 2020.

P. #1395

A PROPÓSITO DE UN CASO: PANCREATITIS POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

Jorge Gutiérrez Miguel, Laura Pascual García, Javier De Santiago López, Rocío Ruiz Merino, Ángela María Arevalo Pardal, Raúl López Izquierdo

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, depresión mayor, dislipemia mixta, esteatosis hepática y gastritis atrófica crónica con déficit de vitamina B12 y ácido fólico.
Consulta por dolor epigástrico, irradiado en cinturón de 24 horas de evolución que asocia varios vómitos biliosos y febrícula de 37.5ºC. Ha tomado analgesia de primer nivel en domicilio (Paracetamol) sin mejoría. No lo relaciona con la ingesta de alimentos la noche anterior (había cenado un kiwi y un filete de pechuga). No presenta alteraciones del tránsito gastrointestinal.
Refiere que su madre de 80 años había fallecido hace unos meses por un infarto agudo de miocardio (sin conocerse factores de riesgo cardiovascular).
Presenta unas constantes de 188 mmHg de tensión arterial sistólica, 97 mmHg de tensión arterial diastólica con una media de 124 mmHg. Frecuencia cardiaca de 106 latidos por minuto y una saturación de 93% con una fracción de oxígeno de 21%.
A la exploración abdominal presenta un abdomen blando, depresible, doloroso a palpación epigástrica y en hipocondrio izquierdo sin signos de defensa o irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados.
Se procede a realizar un electrocardiograma sin alteraciones (ritmo sinusal a 100 latidos por minuto sin alteraciones en la repolarización).
Analítica de sangre donde destaca leucocitosis de 14600 con desviación izquierda, una PCR de 111 y una lipasa de 125, sin movilizar enzimas hepáticas.
Contactan desde laboratorio de análisis clínicos, porque la muestra presenta una importante lipemia (lo cual podría alterar los resultados obtenidos). Dado que la paciente presenta dislipemia de reciente diagnóstico que ha iniciado tratamiento con una combinación de Ezetimiba y Atorvastatina, se comprueba perfil lipídico obteniéndose como resultado colesterol total 494 mg/dl (LDL 310, HDL 184, TG 6010).
Dados éstos resultados analíticos, se decide no realizar prueba de imagen dado que no presenta datos de sepsis y el origen más plausible de la pancreatitis es la hipertrigliceridemia.
Ingresa a cargo de Digestivo en planta de hospitalización, donde permanece 24 horas en dieta absoluta para luego ir comenzando de forma progresiva tolerancia oral, sin incidencias.
Al alta se intensifica el tratamiento antilipemiante de la paciente y posterior revisión en consultas externas tras realizar tomografía axial computarizada abdominal.

CONCLUSIONES

Si bien las causas más frecuentes de pancreatitis agudas son el origen biliar y el consumo de alcohol, un porcentaje nada

desdeñable de los pacientes (se describe entre 1% y 35%) presenta niveles altos de triglicéridos.
En estos pacientes, característicamente se objetiva una muestra sanguínea con un marcado aspecto lechoso, que en ocasiones puede hacer poco valorable los resultados analíticos.
BIBLIOGRAFIA.
-Marín-Sánchez JA, Jiménez Sánchez HC, Ramírez Chaparro CM. Pancreatitis aguda grave por hipertrigliceridemia en el adulto: presentación de caso clínico, diagnóstico y tratamiento. Rev Col Gastroenterol. 2018;33(4):459-463
-Silva Cevallos DF, Barrera Rivera M, Evangelista Barragán DS, Arreaga Pérez CE. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Uso de plasmaféresis: reporte de caso. RevMICG. 2021;2(2):51-55.

P. #1396

DISFAGIA NEURÓGENA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Marcos Alonso[1], Manuela Campos Holguin[1], Reyes Moreno Pérez De Tudela[2]
1. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 62 años, con antecedentes relevantes de estar años antes en seguimiento por digestivo por disfagia intermitente, siendo el diagnóstico (Hernia axial de hiato complicada con estenosis péptica de aspecto cicatricial y úlcera en anillo herniario), por la que realiza tratamiento con IBP de forma crónica, consulta en el Servicio de Urgencias en contexto de disfagia.
Refiere que desde hace una semana presenta disfagia alta tanto a sólidos (refiere ausencia de ingesta desde el inicio de la clínica) y a líquidos, que ha ido progresivamente incrementando (Pero sin atribuir la posibilidad de tratarse de una impactación alimenticia). (En consulta ingiere un vaso de agua administrado). No refiere tos, disnea ni otra clínica de semiología infecciosa. No diplopia, perdida de visión, alteraciones de la marcha ni alteraciones sensitivas ni motoras distales.
Ante la estabilidad clínica en el momento de la consulta se contacta con la Unidad de Endoscopias y se decide realizar la misma en 24 horas. No se objetivan alteraciones en la EDA, por lo que se remite nuevamente al S. de Urgencias ante sospecha de disfagia neurógena, contactando con neurología para valoración.
Exploración: Alerta. Dice mes y edad. Obedece órdenes simples y complejas. Nomina, comprende y repite. No tendencia oculocefálica. No hemianopsia por confrontación. PINLA. No hipoalgesia. No dismetría en DND ni TR. No afasia. Voz gangosa con disartria leve. No datos corticales parietales. Marcha con ligero aumento de sustentación, inestable, con tándem imposible.
NIHSS 4
0-0-0-0-0
3-0-0-0-0
0-0-0-1-0
Pruebas complementarias:
1. Analítica: BQ con glu 112, resto normal. Hemograma con Hb y plaquetas normales. Leve leucocitosis con neutrofilia. Coagulación sin anomalías relevantes.
2. TC simple: infarto focal establecido hemiprotuberancial izquierdo.
3. RM craneal y angioRM: El estudio vascular se puede considerar dentro de los límites de la normalidad no observándose con claridad la presencia de zonas de estenosis ni dilatación aneurismática del territorio vertebrobasilar ni carotídeo incluido en el estudio con permeabilidad de todas las estructuras. No se aprecian lesiones isquémicas de evolución aguda-subaguda.
Durante su ingreso el paciente comienza con desviación de comisura bucal a la derecha, incapacidad para tragar nada (por lo que se decide colocación de sonda nasogástrica), lagrimeo izquierdo e inestabilidad al caminar. Además hormigueo y molestias en región frontoparietal izquierda. Asocia así mismo otalgia izquierda y aparición de lesiones tipo costrosas en el CAE

del mismo lado.
Ante la sospecha de un síndrome de Ramsay Hunt, se procede al inicio de corticoterapia y aciclovir IV con buena respuesta.
JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Ramsay Hunt con afectación de VII, VIII, IX, X, XII y probable V1 izquierdos, por infección por VVZ en paciente inmunocompetente.
Tras el alta el paciente mejora de la disfagia, pero mantiene sd. vestibular asociado con difícil control inicial a pesar del uso de sedantes vesticulares.

CONCLUSIONES

El objetivo de la presentación de este caso clínico es mantener siempre un alto índice de
sospecha. La sintomatología inicial del síndrome de Ramsay-Hunt puede manifestarse de forma inespecífica pudiendo retrasar el diagnóstico y con ello el inicio de tratamiento.
Hay una extensa variedad de trastornos neurológicos que pueden causar disfagia. Las manifestaciones clínicas del síndrome de Ramsay-Hunt son más severas y de peor pronóstico que las formas idiopáticas. Aproximadamente solo un 20-30% de los casos presentará una recuperación total, frente a más del 70% de la parálisis de Bel.

P. #1398

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE

Marta Massó Muratel, Andrea Parra Plaza, Leticia Fresco Quindós, Natalia Miota Hernández
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 29 años, natural de Georgia. Tabaquismo activo (2 paquetes/día), marihuana (2UPEs/día), cocaína (1g/día), ex-usuario de heroína, actualmente en tratamiento con metadona (40mg/día). Actualmente en CIE Barcelona, previamente en situación de calle. Barrera idiomática parcial. Sin antecedentes patológicos conocidos, alergias medicamentosas conocidas ni tratamiento habitual.
Consulta por ictericia de tiempo indeterminado y alteración del perfil hepático en analítica de rutina, sin otros síntomas asociados.
A su llegada a urgencias paciente con regular estado general, consciente y orientado, con bradipsiquia y bradilalia. Sin flapping. Hemodinámicamente estable y afebril. Eupneico en basal. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Sin masas o megalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de peritonismo. Sin edemas periféricos.
Analítica donde destaca alteración del perfil hepático en forma de citolisis con AST/ALT de 4358/2191 U/L, GGT/FA 76/159 y bilirrubina de 16.7 mg/dL (directa 11.7) e INR 9.91 (TP 5%). Hiperamonemia de 79 > 88 mmol/L. Discreta elevación de reactantes de fase aguda con PCR de 1.7 mg/dL, sin leucocitosis. Función renal preservada, sin diselectrolitemias. Hemograma sin alteraciones excepto trombocitopenia de 102.000 plaquetas. RX de tórax sin hallazgos. Ecografía con hígado de morfología y tamaño normal con una vía biliar no dilatada y un eje permeable. Esplenomegalia y líquido libre perihepático.
Se obtiene resultado positivo de serologías urgentes para Ag de superficie de VHB, anticuerpos anti-core de VHB y anticuerpos anti-VHC.
Se orienta como insuficiencia hepática aguda grave en contexto de hepatitis por VHB + VHC +/- tóxicos (cocaína). Se inicia tratamiento con meropenem + teicoplanina + fluconazol + tenofovir + sofosbuvir/velpatasvir. Además perfusión de N-acetilcisteína y sueroterapia. Se obtienen previamente cultivos (HC y UC) y frotis epidemiológicos y se coloca catéter venoso central yugular derecho. Ingresa a cargo de Hepatología para proseguir manejo y definir opciones terapéuticas disponibles.

CONCLUSIONES

La insuficiencia hepática aguda grave es una condición crítica que resulta de la rápida pérdida de la función hepática. Las causas principales son infecciones generalmente víricas, hepatotoxicidad por fármacos hepatotóxicos como el paracetamol, o por exposición a toxinas, trastornos metabólicos, isquemia hepática o enfermedades autoinmunes. Se caracteriza por la aparición de síntomas como ictericia, fatiga, náuseas, vómitos y encefalopatía hepática, que pueden progresar a deterioro neurológico y coagulopatía.

Las alteraciones analíticas típicamente incluyen elevación de transaminasas, bilirubina total y pruebas de coagulación, lo que indica un compromiso hepático significativo. Es esencial realizar una monitorización cuidadosa de la función hepática, los parámetros hemodinámicos y el estado neurológico del paciente para identificar rápidamente complicaciones como el síndrome hepatorrenal o la hemorragia.
El tratamiento inicial incluye el manejo de la causa subyacente, soporte vital (vía aérea permeable, fluidoterapia y monitorización de diuresis y glucemia), y en casos graves, la consideración del trasplante hepático, teniendo en cuenta la elegibilidad del paciente para este procedimiento. Se debe considerar el uso de N-acetilcisteína, IBP, antibioterapia profiláctica y vitamina K.
En definitiva se trata de una emergencia médica que requiere de atención inmediata y monitorización estrecha.

P. #1402

SEPSIS POR DIARREA VIAJERO

MIREN JOSUNE Marín Villegas, Ana Lucía Rengifo Martínez
OSI BIDASOA, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

SEPSIS POR DIARREA VIAJERO
PALABRAS CLAVE:
SEPSIS, DIARREA DEL VIAJERO, DOLOR ABDOMINAL
Paciente de 42 años de edad, vuelve de un campo de refugiados en Sahara con síntomas de 24 horas de evolucion de dolor abdominal, fiebre ,vomitos y deposiciones liquidas con moco
Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos
Exploracion General
Mal aspecto general signos de deshidratación, febril T° 39
Abdomen blando depresible dolor en marco colico
Se cursan hemocutlivos
Analitica función renal conservada Iones normales Hemograma leucocitosis con desviación a la izquierda Hb 13.1 plaquetas 161
Lactato 2.2
Rx TORAX Normal
TAC abdominal No liquido libre sin hallazgos significativas
Se inicia suertoterapia ATB empírico sin buena respuesta
Se inicia Noradrenalina y se traslada a CMI
Con empeoramiento analítica entrando en coagulopatia y plaquetopenia con necesidad de aumento del vasoactivo y sobrecarga hidritca con cambio de ATB a meropenem y azitromicina
PCR shigella y E colienteroinvasivopositivos en coprocultivo cursado en la urgencia
Posterior descenso de numero de deposiciones con mejoría clínica y analítica con traslado a planta de infecciosa para finalización de ciclo ATB

CONCLUSIONES

La diarrea del viajero (DV) se adquiere principalmente a través de la ingestión de alimentos y bebidas contaminados con patógenos que causan diarrea, y que pueden ser bacterias, protozoos, helmintos y virus. A nivel mundial, las causas más comunes de DV son 2 patotipos de Escherichiacoli (enterotoxigénico y enteroagregativo) y Campylobacter, aunque hay variaciones importantes según el área geográfica visitada. La mayor parte de las DV tienen lugar en viajeros a países de baja y mediana renta. El tipo de viaje, la duración de la estancia, la edad del viajero y la presencia de ciertas patologías de base son factores de riesgo importantes a considerar para la adquisición de una DV. Aunque la DV es generalmente una enfermedad leve y autolimitada, la mitad de los viajeros con DV experimentarán una cierta limitación de las actividades durante su viaje, mientras que hasta el 10% experimentarán diarrea persistente u otras complicaciones.

P. #1403

DETRÁS DE UNA SIMPLE GRIPE

Maider Camara Garmendia, Miren Arginzoniz Garai, Roberto Agüeros Osante, Igor Larrea Arranz, Lelia Del Carmen Frometa Castro, Marisela Francisca Lores Domínguez

Urgencias Hospital de Zumarraga, Zumarraga, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Gripe A confirmada con parestesias en dedos y pies junto con debilidad de extremidades inferiores
HISTORIA CLINICA: Varón de 48 años diagnosticado por su Médico de Atención Primaria de Gripe A por tos, odinofagia, malestar general y fiebre de hasta 38,7°C. A los 10 días de haber comenzado con la sintomatología gripal acude a Urgencias Hospitalarias refiriendo desde hace 72h hormigueo en todos los dedos de ambas manos y posteriormente en ambos pies, simétrico y bilateral. Refiere que asocia debilidad en extremidades inferiores, presentando como consecuencia una caída accidental esa misma mañana en la vía publica. No otra sintomatología por aparatos. Afebril desde hace 3 días.
ANTECEDENTES PERSONALES:
- No alergias medicamentosas conocidas
- FRCV: no HTA, no DM, no dislipemias. Fumador.
- No enfermedades médico-quirúrgicos de interés
- No toma tratamiento médico habitual
EXPLORACION EN URGENCIAS:
Buen estado general. Eupneico. CyO. Normocoloreado y normoperfundido. SatO2 99%aa FC 115lpm TA 140/100mmHg
Tórax:
- AC: taquicardia rítmica sin soplos
- AP: Mvc sin ruidos añadidos
Abdomen: blando y depresible. No palpo masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.
EEII: no edemas, pulsos pedios simétricos y presentes.
Exploración neurológica: Glasgow 15. No rigidez de nuca. PICNR. Hipostesia en todos los dedos, déficit de fuerza ¾ en manos. EEII fuerza conservada. Reflejos abolidos. Marcha normal.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica de sangre: destaca leucocitosis 15580.
- Punción Lumbar: liquido claro, leucocitos 12 y proteínas 49
JUICIO CLINICO: Posible síndrome de Guillain-Barre
TRATAMIENTO: Ingresa en Neurología para tratamiento con inmunoglobulinas endovenosas (IGEV)
EVOLUCION: Ingresa en Neurología por trastorno sensitivo-motor leve, pero progresivo en manos y pies, con reflejos abolidos. Se observa progresión de los síntomas con dificultad para andar por lo que se inicia tratamiento con IGEV. El 4° día de tratamiento comienza con disfagia y aunque el Peak-Flow se mantiene alrededor de 350 refiere dificultad para el habla por lo que es trasladado al Hospital terciario. Se completa el tratamiento con IGEV con mejoría progresiva sin añadir nuevos síntomas. Respiratoriamente estable en todo momento sin claros datos de disautonomia. Se realizan las pruebas complementarias confirmando mediante EMG una polineuropatia inflamatoria aguda en fase inicial. Comienza tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Guillan-Barre es una enfermedad autoinmune caracterizada por una debilidad simétrica rápidamente progresiva que normalmente comienza distal y avanza proximalmente y que cursa con la perdida de reflejos y signos sensitivos. Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda. Se estima que 1-2 personas de cada 100.000 padecen este síndrome anualmente. Se trata de una enfermedad con una presentación clínica muy variable y su diagnóstico se basa en una buena historia clínica y una buena exploración física, pudiendo complementarse con análisis del líquido cefalorraquídeo. Por este motivo, en Urgencias debemos de tener presenta esta patología cuando nos enfrentemos a pacientes con la sintomatología arriba descrita o similar y tratar lo más precozmente posible ya que su avance puede alcanzar rápidamente la musculatura bulbar y respiratoria, poniendo en serio peligro la vida del paciente.

P. #1404

NO ME SALEN LAS PALABRAS DE LA BOCA

Jennyfer Carolyn Arias García, Cecilia Isabel Díaz López, José Manuel García Álvarez

Hospital Comarcal Del Noroeste, Caravaca De La Cruz, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años que acude al servicio de urgencias por Cefalea de inicio súbito de alta intensidad tras agacharse. Eva 10/10 a nivel frontal de predominio izquierdo pulsátil; acompañado de náuseas y vómitos. Ha presentado sincope precedido de dolor abdominal en mesogastrio punzante con caída y TCE asociado sin cortejo vegetativo. recuperando espontáneamente la conciencia.

Es dada de alta como síncope vaso vagal, pero la paciente vuelve a presentar episodios de cefalea, acompañado de perdida de emisión de algunas palabras ("no me salen las palabras de la boca", "tengo lentitud al hablar").

Durante la exploración física y constantes vitales Frecuencia cardiaca: 86 l.p.m, STO2:97% TA: 125/71 T: 36°c

Consciente y orientada en las tres esferas. Normocoloreado y normohidratada. Afebril. Eupneica en reposo. Auscultación cardiaca: Rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. No sibilantes ni crepitantes. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. neurológico: Glasgow 14/15. Lenguaje con disartria y lentitud para hablar, sin elementos afásicos. Obedece órdenes. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación sin déficit, No nistagmo. Pares craneales simétricos y centrados. No asimetría facial. Signos meníngeos negativos. Fuerza disminuida del lado derecho limitada en miembro superior derecho mano, 2/5. Miembro superior izq (5/5). ROT conservados y simétricos. y sensibilidad conservada bilateral. Sin alteraciones de la marcha. Maniobras cerebelosas normales. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral.

Pruebas complementarias: en la analítica realizada se encuentra dentro de los parámetros normales, pruebas de imagen TAC craneal urgente la existencia de dos aneurismas, uno dependiente de arteria carótida intracavernosa y otro dependiente de segmento M1 de Arteria cerebral izquierda.

Se realiza Angio TAC urgente: Enfermedad aneurismática múltiple. Derecho: aneurisma cavernoso. Izquierdo: dilatación infundibular de la arteria comunicante posterior con saco de morfología triangular. Aneurisma carotideo anterior con saco redondeado.

Se comenta con Neurocirugía el aneurisma causante del sangrado debe ser uno izquierdo, Al ser para embolización, se decide tratamiento quirúrgico.

La paciente presenta Hemorragia subaracnoidea Fisher I secundaria a sangrado de aneurisma de arteria comunicante posterior (AcomP)Izquierda. Le realizan a la paciente Clipaje de aneurisma de Arteria cerebral izquierda (AcomP y AchoA). Lesión isquémica secundaria en región fronto basal izquierda. Aneurismas cavernosos de ACID y ACII.

CONCLUSIONES

En este caso clínico se pone de manifiesto la intervención del médico de urgencias, cuya actuación rápida y adecuada fue fundamental en el manejo de una hemorragia subaracnoidea secundaria al sangrado de un aneurisma. La paciente acudió en diversas ocasiones presentando cefalea de inicio súbito y gran intensidad, lo que hizo sospechar de un proceso neurológico potencialmente grave que se confirmó mediante la realización de pruebas de imagen complementarias. El médico de urgencias realizó una evaluación física exhaustiva por aparatos y sistemas, identificando signos de inestabilidad y llevando a cabo la estabilización inmediata de la paciente mediante soporte vital, control analgésico intensivo y medidas de vigilancia hemodinámica y neurológica. Asimismo, se activó de forma inmediata el protocolo de derivación al hospital de referencia, donde se disponía de Neurocirugía y de Unidad de Cuidados Intensivos. La coordinación efectiva entre el personal de urgencias y el centro de referencia permitió optimizar el manejo preoperatorio, garantizando el traslado seguro de la paciente. Dado que el tratamiento endovascular finalmente no resultó factible, se optó por realizar una craneotomía para controlar el sangrado y reparar el aneurisma. Este caso clínico resalta la importancia de considerar diagnósticos potencialmente letales en situaciones aparentemente comunes, así como la actuación del médico de urgencias, cuya rápida intervención, estabilización y gestión de la derivación fueron determinantes para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de complicaciones en una situación de alta complejidad, logrando finalmente resultados clínicos favorables.

P. #1411

LUMBALGIA: LA IMPORTANCIA DE LAS "RED FLAGS" EN URGENCIAS

Estíbaliz Garrido Leal, Iván Leitón Bautista, María José Palomo Reyes, Paloma Fernández Gómez, Irene Corral Flores, Raquel Rodríguez Sánchez

Complejo Universitario Hospitalario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 63 años, fumador, sin antecedentes personales de interés, salvo enfermedad renal crónica (ERC) G2, con creatinina (Cr) basal de 1.1 mg/dl, que acude a Urgencias por primera vez dolor dorsal de 15 días de evolución de semiología mecánica, progresivo, sin alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad. Tras anamnesis y exploración física, se decide alta con tratamiento sintomático con el diagnóstico de dorsalgia sin datos de alarma. Un mes después, acude nuevamente a Urgencias por empeoramiento del dolor. Se realiza una radiografía de columna dorsal, en la que se visualiza acuñamiento de vértebra D7, en probable relación con fractura a filiar, por lo que se decide alta domiciliaria y completar estudio en consultas de Traumatología y Reumatología.

Dos semanas después acude de nuevo a Urgencias por persistencia del dolor y aparición de edema en miembros inferiores (MMII). La exploración física era anodina salvo por los edemas en MMII y la dorsalgia. Se solicitó analítica en la que se identifica fracaso renal agudo sobre ERC, anemia y proteinuria en rango no nefrótico.

Se descartan las posibles causas iniciales del diagnóstico diferencial por las pruebas complementarias. Por la existencia de anemia, fracaso renal agudo, GAP proteínas totales-albumina elevado y clínica de dorsalgia y astenia, la sospecha clínica es sugerente de mieloma múltiple. Se decide ingreso para completar estudio y tratamiento.

Se objetiva componente M de 7.45 mg/dl, IgG de 8220 mg/dl, inmunoparesia, cadenas ligeras kappa libres de 122.52 con cociente Kappa/lambda de 15.75. No se evidencia hipercalcemia.

Se confirma el diagnóstico con citología de médula ósea y citometría de flujo, observándose disminución de las tres series hematopoyéticas e infiltración de células plasmáticas (hasta un 50% de la celularidad total). Se realiza PET-TAC, en el que se visualiza la fractura por aplastamiento de D6 y D7 ya conocida, e imágenes líticas en cuerpos vertebrales D2, D9 y en calota.

El paciente fue dado de alta una vez controlado el dolor y habiendo iniciado tratamiento con dexametasona, bortexomib, lensalidomida y zolendrónico, para manejo ambulatorio.

CONCLUSIONES

El mieloma múltiple es una entidad hematológica frecuente. Supone un 10% de las neoplasias hematológicas, con una incidencia de 6 casos/100.000 habitantes/año.

Sus características habituales se resumen con el acrónimo CRAB: hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia y lesiones óseas.

Ante un paciente de edad avanzada con dolor óseo intenso no asociado a traumatismo, que no mejora con tratamiento , debemos realizar diagnóstico diferencial del mieloma múltiple solicitando: bioquímica, hemograma, proteinograma y pruebas de imagen de las zonas dolorosas.

Una vez sospechado el mieloma múltiple y solicitadas las pruebas diagnósticas, el diagnóstico diferencial es claro, ya que los pacientes presentan síntomas y alteraciones analíticas propias de la enfermedad, incluyendo la siguiente triada: infiltración de células plasmáticas en MO >10%, componente M sérico y/o urinario, y sintomatología recogida en el acrónimo CRAB. El verdadero reto es sospecharlo en Urgencias, donde se tiene el primer contacto con el paciente.

En cuanto al dolor lumbar, motivo de consulta más frecuente en urgencias, es la causa más importante de incapacidad laboral entre la población adulta, y genera un coste económico elevado. Se estima que >80% de los adultos sufrirán un episodio de dolor lumbar en algún momento de su vida, y aunque en la mayoría de las ocasiones se trate de un dolor de tipo inespecífico, se estima que 1 de cada 100 lumbalgias esconden una causa grave subyacente. Por ello, es crucial desde el servicio de Urgencias diferenciar las características del dolor, la detección de los factores de riesgo y la presencia de datos de alarma ("red flags").

P. #1412

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE. PRESENTACIÓN NO TAN RARA DE CUADRO CONFUSIONAL AGUDO

Francisco Javier García-Vega[1], Sheila Mónica García Álvarez[1], Carmen María Rial Mosteiro[1], Alejandro Rivero De Aguilar Pensado[2], Verónica Lazaro González[3], Sofia García Álvarez[4]

1. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. SERGAS, Pontevedra, España
2. Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. SERGAS, Pontevedra, España
3. Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. SERGAS, Pontevedra, España
4. Medicina de Familia. Área sanitaria de Vigo. SERGAS, Vigo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 62 años, residente en EE.UU. que está pasando una temporada en España. Vida activa e independiente, se desconocen antecedentes médicos. Niegan hábitos tóxicos. Acude al servicio de Urgencias hospitalario por cuadro de disminución de la consciencia de forma aguda. Una semana antes presenta un cuadro gastroentérico y posteriormente aumento de somnolencia, desorientación y discurso incoherente de manera discontinua. Las constantes vitales a la llegada son normales. En la exploración física destaca una tendencia al sueño (despertando a la voz), desorientación temporo-espacial (desconoce su edad, no sabe dónde se encuentra ni en qué año o mes vive), anosognósica; lenguaje conservado (nomina por confrontación, obedece órdenes sencillas), discurso empobrecido y poco coherente , facies perpleja; pupilas levemente mióticas, paucirreactivas; limitación franca para la mirada conjugada en los planos vertical y horizontal, nistagmo de vertical, ausencia de reflejo de amenaza; facies simétrica; eleva contra gravedad las cuatro extremidades de forma simétrica a la orden; RCP flexor bilateral; sensibilidad algésica conservada en las cuatro extremidades; No rigidez de nuca ni otros signos meníngeos; No se observa asterixis.
Analítica de sangre sin alteraciones reseñables salvo, ligera elevación de transaminasas y macrocitosis, con Amonio normal y Mg bajo. EKG y Rx de Torax sin alteraciones.
Se realiza TC cerebral y Angio-TC: sin evidencia de alteraciones.
Posteriormente, EEG: sin alteraciones. Se hace Punción lumbar y se inicia tratamiento antibiótico, antivírico y Tiamina parenteral con la sospecha diagnóstica de Encefalopatía a estudio.
Posteriormente se tiene el resultado del LCR, sin alteraciones.
Ante estos hallazgos se decide solicitar RM urgente que resulta ser altamente sugestiva de encefalopatía de Wernicke (hiperseñal de sustancia gris periacueductal, tubérculos cuadrigéminos, cuerpos mamilares y cara medial del tálamo).
Se inicia megadosis de B1, B6, B12, se suspende la terapia antimicrobiana y se ingresa en Medicina Interna.
Inicialmente el familiar (que no vive con ella) no constata ingesta abusiva de alcohol, aunque posteriormente, reconocen la sospecha de ingestas abundantes de vino. Esto unido al posible desencadenante del cuadro gastroentérico, corrobora el diagnóstico sugerido por la RM.

CONCLUSIONES

La encefalopatía de Wernicke (EW) es una patología neuropsiquiátrica aguda o subaguda debida al déficit de Tiamina o vitamina B1. Es una enfermedad asociada sobre todo al consumo enólico, aunque ha sido descrita en entidades tan dispares como la anorexia nerviosa, neoplasias diseminadas e incluso en hiperemesis gravídica.
Su diagnóstico es eminentemente clínico, caracterizada por la tríada de confusión mental, oftalmoplejía y ataxia de la marcha, pero de gran dificultad debido a la variabilidad de los síntomas. Por este motivo, se desarrollaron nuevos criterios para mejorar la identificación de la enfermedad tanto en alcohólicos crónicos como en individuos no alcohólicos.
Las pruebas complementarias sirven poco para apoyar el diagnóstico y más para descartar otras causas de sintomatología similar, siendo la RM la prueba más rentable. Esto supone una dificultad añadida desde el punto de vista de los servicios de urgencias, puesto que no es una prueba de la que dispongamos habitualmente. Además, en el caso descrito, se unía la negativa inicial de los familiares sobre el hábito enólico, dato plausible si se tenían en cuenta los resultados analíticos (elevación leve de transaminasas, macrocitosis).
Por tanto, ante una sospecha clínica de EW (y en todo cuadro confusional de riesgo) debería iniciarse de inmediato el tratamiento con Tiamina (200 -500 mg por vía parenteral, IM o IV). Se ha demostrado ampliamente su seguridad y su rápida respuesta. Los datos disponibles apuntan a su uso intravenoso, el cual deberá mantenerse al menos hasta la estabilización clínica. Es importante también, la corrección de la hipomagnesemia.

P. #1417

MÁS ALLÁ DE LA CEFALEA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS ANTE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS PROGRESIVOS

Olga Morales Encuentra, Beatriz Ordóñez Amboage, Begoña Bolaños García, Omaicar De La Cruz Vechionacci López

Hospital Santiago Apostol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 29 años, sin antecedentes médicos de interés, acude a urgencias por visión borrosa en ojo izquierdo desde esa misma mañana. Refiere haber presentado una semana de mareos y cefalea progresiva, inicialmente tratada con analgésicos convencionales, con mejoría inicial de los síntomas. Además, ha experimentado náuseas y sensación de presíncope. En la exploración física, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con buen estado general, orientado en las tres esferas, bien hidratado y perfundido, normocoloreado, con correcta mecánica ventilatoria y afebril..

En cuanto a la exploración neurológica, se observa que las pupilas son isocóricas y reactivas, pares craneales normales y no se aprecia disartria ni dismetría. La fuerza y la sensibilidad están preservadas, la deambulación es normal y prueba de Romberg negativa. Signos meníngeos son negativos. Agudeza visual disminuida en el ojo izquierdo.

Los análisis de laboratorio muestran resultados dentro de los rangos normales y, en el TAC realizado, no se observan alteraciones radiológicas relevantes.

Ante estos hallazgos, el caso se comenta con el servicio de oftalmología, bajo sospecha diagnóstica de neuropatía óptica retrobulbar en el ojo izquierdo. Se decide ingreso hospitalario para realizar un estudio en mayor profundidad.

CONCLUSIONES

El paciente presenta una neuropatía óptica retrobulbar, que explica la visión borrosa en el ojo izquierdo, en el contexto de mareos y cefalea progresiva. Esta condición requiere un diagnóstico y seguimiento especializado para evitar daños permanentes en la visión.

A pesar de los síntomas clínicos evidentes, los resultados de la exploración física, la analítica y el TAC no revelaron alteraciones graves, lo que sugiere que el proceso patológico está localizado en el nervio óptico, más que en estructuras cerebrales o sistémicas.

El manejo adecuado de esta patología requiere la colaboración entre diferentes especialidades médicas (oftalmología y neurología), lo que resalta la importancia de la evaluación multidisciplinaria para el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades complejas.

P. #1418

UN TRANSEXUAL CON MOVIMIENTOS ANORMALES

Beatriz Rosa Nieto

Hospital Villarrobledo, Albacete, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 26 años con múltiples consultas en urgencias de Villarrobledo, extrahospitalaria y centro de salud por movimientos anormales de hemicuerpo izquierdo precedidos de cefalea occipital opresiva y después distonia de MSI, versión cefalica a la izquierda y a continuación distonía en MII de al menos una hora de evolución con escasa respuesta a benzodiacepinas. Estos episodios sucedian desde hace años cada 4-5 dias y que muchas veces controlaban en domicilio. Habia seguido revisiones en Psquiatria de Villarrobledo con diagnóstico de transtorno de ansiedad y posible trastorno psomatomorfo con gesto autolitico.Tras consultar en urgencias de Cuenca en una ocasión se citó en consultas externas de Neurología donde se diagnóstico de pseudocrisis y de distonia hemicorporal fluctuante paroxistica con hemidistonía unilateral desde la infancia, se pauta Heipram, Akinetón y Sinemet Plus y se derivó a la Unidad de Moviéndose Anormales del Hospital de Ciudad Real. En esta unidad siguió revisiones por distonia hemicorporal izquierda sin descartar origen conversivo y asociando Tegretol. Se le realizó EEG que fue normal. TAC con hidrocefalia asimétrica, analítica normal , cariotipo normal, RMN cerebral con dilatación triventricular derecha. Las medicaciones pautadas ni mejoraron los síntomas. Al mismo tiempo la paciente estaba en seguimiento con psicología y endocrino del CHUA por discordia de género, servicios con los que se habló para parar la solicitud de cambio de sexo en espera de unificar revisiones en su Hospital de referencia y de valoración por Psquiatria de HGV. Psquiatria actualiza la revisión de la paciente y determina Trastornondel espectro autista y coeficiente intelectual bajo no filiado. Se decide ir suspendiendo la medicación pautada por Neurología y coincidiendo con que la paciente comienza una relación de pareja con un chico mejoran los síntomas (había pedido cambio de sexo a hombre). Tras realizar un seguimiento de la paciente y la familia no ha presentado síntomas similares en los últimos dos años, se ha cambiado de nombre y está en tratamiento hormonal sin haber realizado cambio de sexo por cirugía.

CONCLUSIONES

De este caso se deduce la importancia de la colaboración entre atención primaria y espacializada y dentro de especializada la coordinación de los servicios implicados en el seguimiento de un paciente. En este caso la jefa de unidad de urgencias del Hospital de referencia de la paciente tuvo que pararse a estudiar el caso y hablar con la familia, con el médico de familia, con Neurología de Cuenca, Neurologia de Ciudad Real, con Psicología y Endocrino del Chua, y Psiquiatría y Neurología de Villarrobledo para concentrar las revisiones en un único centro y poder hacer un mejor seguimiento de la paciente. El servicio de urgencias, a pesar de no hacer seguimiento ni revisiones, en este caso fue el servicio clave en el diagnóstico y abordaje definitivo de este complejo cuadro clínico que consumió años de revisiones y recursos infructuosos.

P. #1421

MANEJO URGENTE DE CEFALEA EN TRUENO DESDE HOSPITAL COMARCAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Martínez Carrasco Nunes[1], Isabel Díaz Aguilar[1], Tomás Zerolo De La Torre[2], María Brotons Seguí[1], Alba Guillem Miró[1], Daniel Martínez Vicent[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales
No alergias medicamentosas conocidas.
Ex-fumador desde 2018.
Antecedentes médicos: Hipertensión arterial (HTA) y Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
Tratamiento actual: enalapril 20 mg al día, Bromazepam 3 mg al día y Paracetamol con Tramadol 75/650 dos veces al día.
Varón de 50 años que acude al servicio de Urgencias por cefalea holocraneal, opresiva, de tres días evolución que se inició tras notar un "latigazo" en región cervical mientras se encontraba en la cama mirando el móvil. Posteriormente, tres vómitos autolimitados. Refiere que el dolor ha ido fluctuando sin cesar completamente a pesar de la analgesia pautada por su médico de cabecera. Además, en los últimos días ha tenido numerosos episodios de mareo tipo inestabilidad.
Buen estado general. Eupneico en reposo. Afebril. Tensión arterial: 153/91. Frecuencia cardíaca: 58 latidos por minuto. Saturación de oxígeno: 98%.
Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos.
Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Nistagmo horizontal y leve rigidez de nuca como únicos hallazgos patológicos.
Exploración cervical: molestias a la palpación en musculatura paravertebral cervical bilateral.
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, QRS estrecho y eje a 30°. Sin alteraciones agudas en la repolarización.
Análisis de sangre: destaca leucocitosis (12.380) con neutrofilia (9.830). Resto de valores sin alteraciones significativas.
TC y Angio-TC craneal: hemorragia subaracnoidea (HSA) externa con ocupación de cisternas de la base. Aumento de la talla ventricular. Pequeña ectasia en el segmento distal de la arteria carótida interna izquierda sin poder descartar que corresponda con pequeño aneurisma a este nivel.
Ante los hallazgos del TC cerebral y Angio-TC, se contacta con la unidad de Neurocirugía del hospital de referencia, quiénes tras revisar las imágenes, confirman la presencia de la HSA y proponen traslado para tratamiento quirúrgico.
Tras intervención, en TC de control: Práctica resolución de HSA.
En arteriografía cerebral: No se evidencian aneurismas ni malformaciones intracraneales. Arterias del polígono de Willis permeables.
Tras alta de NCG y permaneciendo en planta de Neurología, presenta crisis de cefalea intensa de nueva instauración. Tras identificar el vasoespasmo e iniciar tto con Nimodipino se produce una mejoría progresiva.

CONCLUSIONES

La cefalea thunderclap o en trueno es la forma más común de presentación de la HSA. Frecuentemente se manifiesta como una cefalea intensa de comienzo súbito. En un tercio de los casos es la única manifestación. Pueden asociarse síntomas como náuseas o vómitos, síncope, focalidad neurológica, crisis comiciales; más frecuentes en las HSA por rotura aneurismática (85%), aunque puede tener una presentación mucho más indolente.
Los errores en el diagnóstico en la HSA son relativamente frecuentes (en algunos estudios más del 30%) y se deben esencialmente a interpretar la cefalea como benigna y no completar el estudio con pruebas de imagen. Dado que hasta un 5-15% de los pacientes con HSA tienen un TC inicial normal, si se realiza en las primeras 6 horas, la punción lumbar sigue siendo esencial en casos de sospecha diagnóstica persistente, especialmente si el TC es negativo y la clínica sugiere HSA.
Los estudios complementarios pretenden por un lado confirmar el diagnóstico y, por otro, identificar el origen del sangrado. En este sentido, la Angio-TC tiene una sensibilidad elevada para la detección de aneurismas, pero en pacientes sin aneurismas evidentes en esta prueba y con HSA perimesencefálica, la necesidad de realizar arteriografía se debe individualizar, dado el bajo rendimiento diagnóstico en algunos subgrupos de pacientes. La identificación y manejo precoz del vasoespasmo sigue siendo clave en la evolución neurológica, por lo que la monitorización con Doppler transcraneal y la terapia con Nimodipino deben instaurarse de manera protocolizada en centros con experiencia.

P. #1424

COLITIS POR CMV

Ane Etxeberria Fulgencio, Ana Lucía Rengifo Martínez
Osakidetza, Irún, España

INTRODUCCIÓN

Paciente de 58 años de edad con antecedente de DM tipo 2 HTA Ictus isquémico con stent carotideo 2018 Fumador 1 paquete diario.
Acude a urgencias con cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal
generalizado, con aumento de intensidad en las ultimas 24 horas y ausencia de deposiciones. Dos semanas antes cuadro de diarrea autolimitado.

OBJETIVO

En la exploración paciente afectado por dolor, Hipertenso 204/162. Abdomen con leve distensión doloroso a la palpación de marco cólico. TR sin hallazgos.

MÉTODO

ANALITICA Glucosa 251 creatinina 1.5 previa normal pcr 439 pct 1.67 con leucocitosis de 17082 con desviación a la izquierda.
TAC ABDOMINAL
Cuadro suboclusivo de intestino delgado con dilatación gástrica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se ingresa a cargo de cirugía con sueroterapia, antibiótico y sonda nasogástrica.
En el estudio realizan colonoscopia con visualización de ulceras fibrinadas de gran tamaño en forma parcheada se toman muestra para descartar CMV, Herpes) el cual fue positivo para CMV y resto de pruebas resultados no destacables. Con buena evolucion clínica.

CONCLUSIONES

La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa frecuente de complicaciones en pacientes inmunodeprimidos, tanto desde el punto de vista digestivo como sistémico. Asimismo, puede producir cuadros de diarrea más o menos profusa con afectación general.

P. #1428

FALLO RENAL AGUDO SECUNDARIO A RABDOMIOLISIS POR DESHIDRATACIÓN

José Antonio Jiménez García, Pedro Alarcón Serrano, Francisco Javier Frutos Martínez, Beatriz Soler Ruiz, José María Navarrete Trabalón, Gloria Berbel Sánchez
Hospital, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: vómitos y dolor abdominal.
Antecedentes personales: Sin alertas conocidas. Sin antecedentes médicos de interés. Natural de Nicaragua. Residente en España desde hace 1 mes.
Enfermedad actual: Paciente varón de 25 años, acude al Servicio de Urgencias, donde refiere presentar desde hace 48 horas, clínica de sensación distérmica no termometrada, vómitos aislados sin productos patológico en patrón de 3 episodios al día. Intolerancia alimentaria en las últimas 24h tanto a sólidos como a líquidos y dolor abdominal difuso tipo cólico, sin focalización, de intensidad moderada sin alteración del hábito intestinal. Disminución leve de diuresis en los últimos días sin aspecto patológico. Ninguna otra sintomatología acompañante.
Exploración física: Tensión arterial: 146/89 mmHg; Temperatura: 36.8 Grado C°; Frecuencia cardiaca: 46 latidos por minuto; Saturación de oxígeno (SatO2): 100 %; Regular Estado General. Deshidratación de piel y mucosas. Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos ni roces. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias. Doloroso a la palpación de forma difusa sin defensa. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes. Blumberg y Murphy negativos. Puño percusión renal bilateral bilateral negativa. Exploración neurológica: sin focalidad neurológica.
Pruebas complementarias:

- Analítica: Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: Urea: 155 mg/dL, Creatinina: 5.62 mg/dL, sodio 136, PCR: 2.48 mg/dL. GOT: 1255.0 U/L, Creatin Quinasa 72703 U/L. Anormal y sedimentos: sangre positivo. GSV: leve acidosis metabólica sin acusar hiperkalemia.
- Ecografía abdomen completo: con hallazgos que sugieren nefropatía aguda.

Evolución: Paciente con cuadro de fracaso renal agudo, elevación de transaminasas, acidosis metabólica y elevación de la Creatin Quinasa. Buena estabilidad hemodinámica. Se inicia tratamiento con reposición hidroeléctrica intensa manteniendo inicialmente diuresis de 50ml/h y posteriormente 90ml/h en las primeras 12 horas de estancia en urgencias. Se contacta con Servicio de nefrología, que valora a paciente, indicando continuar con sueroterapia solicitando analítica con serologías (negativas) e ingreso a su cargo. Rehistoriando al paciente comenta que estuvo trabajando intensamente en el campo donde apenas se hidrató. No toma de AINES ni ningún otro fármaco. Tras 24 horas de estancia en urgencias, mejoría de Creatin Quinasa (36183) con persistencia de creatinina 5.32 con diuresis total de 300ml. Se inicia terapia renal sustitutiva modalidad hemodiálisis. Tras 4 sesiones de hemodiálisis, reposición hidroeléctrica el paciente presenta buena evolución clínica, estando asintomático, con

diuresis 1200 ml en 24 horas con orina de aspecto normal. Última analítica con mejoría de parámetros con Creatinina 1.90, Creatin Quinasa 1018, GOT 123, LDH 371. Fue dado de alta con control en consultas de Nefrología se le recomendó no hacer ejercicio hasta un nuevo control ambulatorio pasadas 6 semanas.

CONCLUSIONES

-La rabdomiólisis es un síndrome clínico causado por el daño del tejido muscular esquelético y la liberación al torrente sanguíneo y el espacio intersticial de sus componentes intracelulares, incluyendo mioglobina, lactato deshidrogenasa, creatín quinasa. El fracaso renal agudo (FRA) es la complicación más importante de la rabdomiólisis y la presentan hasta un 33% de los pacientes.
-La etiología del fracaso renal agudo secundario a rabdomiólisis es multifactorial, siendo los signos de deshidratación e hipotensión arterial la más frecuentemente relacionada.
-Aunque la mioglobina no sea nefrotóxica, su asociación con deshidratación y acidosis la convierte en un potente agente nefrotóxico. La insuficiencia renal está relacionada principalmente con el depósito de mioglobina y detritus producidos por la rabdomiolosis.
-El tratamiento principal de la insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis es la hidratación, forzar la diuresis y evitar los fármacos nefrotóxicos. El inicio temprano del tratamiento sustitutivo, siendo de utilidad la hemodiálisis, incrementa el aclaramiento de mioglobina y disminuye sus niveles séricos, puede contribuir a una recuperación más precoz del FRA.

P. #1438

CAMBIO DE COLORACIÓN EN PIEL Y MUCOSA ORAL EN MUJER JOVEN

Marta Cabrera Vera, Elvira García Castro, Aitana Barrios Trujillo, Celia Herrera González, Loida Herrera Ramos, Ignacio Ayala Barroso

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 40 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo primario diagnosticado recientemente en tratamiento con levotiroxina 88 mcg y antecedente familiar de padre con miastenia gravis controlada sin tratamiento, que acude a la consulta rápida de urgencias por cuadro de 4-5 meses de evolución de astenia moderada e insominio de conciliación. Asocia también rigidez muscular con cierta limitación en la movilidad generalizada de todo el cuerpo.
A raíz de esta clínica consulta con su médico de familia que diagnostica el hipotiroidismo (no solicita estudio de autoinmunidad) e inicia tratamiento sustitutivo; sin embargo, la paciente continúa con la clínica e incluso ha presentado un agravamiento en los últimos días coincidiendo con cuadro catarral leve, por lo que consulta en nuestro hospital.
A la exploración física la paciente presenta buen estado general con constantes dentro de la normalidad. Llama la atención una tez marcadamente morena con hiperpigmentación en palmas de las manos, encía y mucosa yugal. El tiroides es de tamaño y consistencia normal a la palpación. La auscultación cardiopulmonar es normal, así como la exploración abdominal. El examen neurológico no reviste signos patológicos, con fuerza conservada y ausencia de déficit sensitivo.
Tras la exploración física, se interroga a la paciente sobre la hiperpigmentación que presenta y refiere que ha notado el cambio de coloración en piel y mucosas desde hace unos seis meses pero su médico no le había dado importancia. Ante sospecha diagnóstica de insuficiencia suprarrenal primaria se solicita analítica de sangre completa y niveles basales de cortisol y se pauta tratamiento precoz con 100 mg de hidrocortisona fosfato sin esperar a la confirmación diagnóstica.
La analítica general muestra valores dentro de la normalidad con TSH de 2,9 mUI/L y el cortisol basal es < 1,00 µg/dl. Se confirma, por tanto, una insuficiencia suprarrenal refiriendo la paciente encontrarse con mejor estado general después de la administración de glucocorticoides.
Se solicita valoración por Endocrinología que sospecha Enfermedad de Addison de probable origen autoinmune por antecedente personal de hipotiroidismo de diagnóstico reciente. Se pauta tratamiento domiciliario con hidrocortisona 20 mg en desayuno, 5 mg en almuerzo y 5 mg en cena y citan a la paciente en consultas externas con analítica completa para evolución y ajuste de tratamiento. En analítica ambulatoria presenta anticuerpo anti-21 hidroxilasa y anticuerpo anti-cápsula suprarrenal positivos, así como anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa microsomial positivos, por lo que se confirma Enfermedad de Addison e hipotiroidismo primario autoinmune con diagnóstico definitivo de Síndrome Poliglandular Autoinmune tipo II o síndrome de Schmidt.

CONCLUSIONES

La insuficiencia suprarrenal supone una alteración de la función corticosuprarrenal, con disminución de la producción de glucocorticoides, mineralocorticoides o andrógenos suprarrenales. La etiología autoinmunitaria es la causa más frecuente (70%). Puede presentarse en forma aislada o como parte del síndrome poliglandular autoinmune (SPG) de tipos 1 y 2, lo cual es extremadamente raro con una incidencia de 1,4-4,5 casos en 100.000 habitantes en el mundo. Se trata de una patología subdiagnosticada que se inicia con síntomas inespecíficos y que es potencialmente muy grave.

Este caso muestra la importancia de prestar atención a síntomas a priori "leves" como el cambio de coloración de mucosas y piel que pueden llevarnos al diagnóstico de una enfermedad endocrinológica que de no ser tratada de manera pronta y adecuada puede tener consecuencias muy graves. Por tanto, hay que tener presente que la hiperpigmentación puede ser el síntoma de presentación de la Enfermedad de Addison; y si no se tiene una alta sospecha diagnóstica y no se trata, puede derivar en momentos de mayor requerimiento de glucocorticoides en una crisis suprarrenal que conduzca a shock, coma y finalmente la muerte.

P. #1440

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON SITUS AMBIGUO CON POLIESPLENIA

María Teresa Nevado Luque, Mireia Martín Andreu
Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, HTA en tratamiento con dos antihipertensivos.

Motivo consulta: Mujer de 45 años que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor abdominal intermitente, sobre todo por las noches, de cuatro días de evolución; al inicio en epigastrio y después en región abdominal izquierda. Niega fiebre, ni náuseas, ni vómitos, ni diarrea, ni otra sintomatología acompañante.

Exploración física:

Tensión Arterial (TA): 154/78 mmHg (milímetros de mercurio) , Frecuencia Cardiaca (FC): 82 lpm (latidos por minuto), Temperatura (T): 36,6 °C (grados centígrados), Saturación de Oxígeno (SatO2): 98%.

Paciente consciente y orientada, buen estado general, eupneica, bien hidratada y perfundida, no ictericia.

Exploración cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Exploración abdominal: blando y depresible, dolor a la palpación en flanco izquierdo, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, Murphy negativo, puño-percusión renal bilateral negativa, RHA presentes y normales.

Se decide solicitar analítica donde destaca leucocitos 24.87 10E3/µL (elevado a tres/microlitros), neutrófilos 19.4 10E3/µL, bilirrubina total 1.3 mg/dl (miligramos/decilitro), bilirrubina conjugada 0.4 mg/dl, alfa-Amilasa 20 U/L (unidades/litro), proteína c reactiva 230.3 mg/L (miligramos/litro).

Ante la cínica que presenta la paciente y los resultados analíticos se decide solicitar prueba de imagen para diagnóstico.

Se realiza TAC abdominal con contraste intravenoso donde se objetiva transposición del hígado, vesícula biliar, poliesplenia y estómago, colon localizado en hemiabdomen derecho, interrupción de vena cava inferior y continuación abdominal de vena ácigos; compatibles con situs ambiguo con poliesplenia. Vesícula biliar distendida con pared engrosada y litiasis en su interior, con trabeculación de la grasa adyacente, compatibles con colecistitis aguda. Ligera ectasia de la vía biliar intrahepática.

Se avisa a cirugía general con juicio clínico de colecistitis aguda en paciente con posible situs ambiguo con poliesplenia.

Se decide ingreso para tratamiento con antibioterapia vía intravenosa, sueroterapia, analgesia y reposo digestivo. Durante el ingreso, la paciente mantiene cifras tensionales por encima de rango, por lo que se tuvo que ajustar tratamiento antihipertensivo.

El resto de su estancia hospitalaria cursa sin incidencias, con buena evolución clínica y analítica, buena tolerancia oral y tránsito intestinal adecuado; por lo que se decide alta domiciliaria con antibioterapia vía oral, analgesia y revisión en consulta externa de cirugía general en un mes.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes aquejados por los pacientes que consultan en urgencias. Es imprescindible una buena anamnesis y exploración física para tener en cuenta los diferentes diagnósticos diferenciales que se asocian con esta clínica. En ocasiones, hay condiciones que pueden complicar esta tarea. Una de ellas es el situs ambiguo, patología poco frecuente que se desarrolla durante el periodo embrionario, que en muchas situaciones se puede diagnosticar en el adulto de forma incidental en una prueba de imagen, como ocurre en este caso. Es importante tener en cuenta estas variantes cuando exploremos a un paciente, para poder llegar a las conclusiones y diagnósticos más certeros posibles, ya que hay patologías que, si no se diagnostican y tratan, pueden poner el riesgo sus vidas. Ejemplo de esto, pueden ser las complicaciones derivadas de una colecistitis aguda no tratada.

P. #1441

CUIDADO CON LAS GASTROENTERITIS

Leyre Teresa Pinilla Arribas, María Lourdes Corisco Sánchez, Fernando Picón Serrano, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Paula Fueyo García, María Del Pilar Montes-Jovellar Jordán

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años, nivel III de triaje. A nuestra valoración en camilla, con mal estado general, palidez cutánea y signo del pliegue positivo. Tensión arterial 90/68 mmHg, FC 101 lpm, eupneica.
Pasamos al box y está muy inquieta por dolor abdominal, que dificulta la anamnesis. Sin antecedentes de interés ni alergias conocidas. Le insistimos, mientras iniciamos analgesia, y refiere dolor abdominal en episodios intermitentes de un mes de evolución, tipo retortijón, difuso, de predominio en hemiabdomen inferior. Se acompaña de deposiciones diarreicas, con sangre roja fresca mezclada con las mismas, y en ocasiones mucosidad. Variables en número, no más de 10 al día, pero persistentes a lo largo del último mes.
No ha tenido fiebre, pero sí pérdida de peso de unos 6 kg. No ha realizado tratamiento antibiótico en las últimas semanas. Niega consumo de tóxicos, ni toma de AINEs. Como analgesia ha tomado paracetamol, sin mejoría.
Al ir a explorarla, vemos que porta pañal, y está lleno de deposiciones líquidas, cuantiosas, con sangre roja abundante. El abdomen es blando, sin signos de peritonismo, y doloroso de forma difusa.
Se realiza gasometría venosa en Urgencias, con pH, bicarbonato, glucosa, hemoglobina e iones en rango de normalidad, pero destaca un lactato de 3,6 mmol/l.
Iniciamos sueroterapia, analgesia, y solicitamos analítica con perfil hepatobiliar, sistemático de orina y test de gestación. Coprocultivo, y por la clínica y tiempo de evolución, calprotectina en heces.
Analíticamente destacan 12000 leucocitos con neutrofilia, PCR 25 con procalcitonina negativa. Perfil hepatobiliar y lipasa normales, iones en rango y buena función renal. Orina y test de gestación negativos.
Ingresa en Digestivo para tratamiento analgésico intravenoso, sueroterapia, y completar estudio, a la espera del resultado del cultivo de bacterias y calprotectina.
Al día siguiente, en planta, se realiza analítica de control con discreta mejoría de parámetros de infección y es dada de Alta con azitromicina 1g una dosis oral, con diagnóstico de gastroenteritis aguda.
Posteriormente, el resultado de laboratorio de calprotectina en heces es de 15293.
Su médico la remite a consultas de Digestivo para completar estudio de Enfermedad Inflamatoria Intestinal y valorar inicio de tratamiento.

CONCLUSIONES

Cuando valoramos pacientes con abdominalgia y síntomas tan frecuentes como diarrea o vómitos, muchas veces no llegamos al diagnóstico en Urgencias, o bien consideramos que se tratan de

gastroenteritis agudas, y no pensamos en otro tipo de patologías, menos frecuentes pero de mayor gravedad. Por tanto, debemos abrir el foco en pacientes con mal estado general, que cuentan clínica subaguda, o signos de alarma tales como presencia de sangre, moco, pérdida de peso, tiempo de evolución, tipo de dolor, número de deposiciones… O signos de inestabilidad hemodinámica: hipotensión, taquicardia, sudoración, alteración del nivel de consciencia, mal estado general… En estos casos, debemos iniciar tratamiento lo antes posible y establecer un buen diagnóstico diferencial. En el caso de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la calprotectina es un buen marcador, que por el momento no podemos ver de inmediato en nuestros servicios de Urgencias, pero que nos permite llegar a un diagnóstico de sospecha que se confirma posteriormente con el estudio endoscopio.

P. #1445

HIPERTENSIÓN Y EDEMAS EN URGENCIAS ¿UN CASO COMÚN O ALGO MÁS?

Inés Beneyto Pérez, Alejandro Sáenz De Urturi Rodríguez, Damaris Hernández Gutiérrez, Irene Hernández Muñoz

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al servicio de Urgencias un varón de 45 años con antecedentes personales de fumador, sobrepeso, artropatía psoriásica en tratamiento con metotrexato e hiperuricemia.

Refiere edemas generalizados desde hace una semana (incluyendo palpebrales matutinos) y oliguria de 48 horas de evolución. Niega cuadro constitucional, fiebre, dolor torácico, disnea, ortopnea, dolor abdominal, clínica miccional, relaciones sexuales de riesgo o ingesta de tóxicos.

A su llegada presenta tensión arterial de 170/90 milímetros de mercurio.

A la exploración física destacan crepitantes bilaterales en auscultación cardiopulmonar y edemas pretibiales bilaterales con fóvea. No se objetivan datos de ingurgitación yugular u otros datos de interés.

En la analítica se observa anemia macrocítica, fracaso renal agudo de características prerrenales, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y péptido natriurético 4158 picogramos por mililitro.

En el sistemático de orina se obtiene hematuria microscópica de 142.9 hematíes por microlitro y proteinuria de 300 miligramos por decilitro.

En la radiografía de tórax no se observan alteraciones significativas o datos de congestión vascular.

Es valorado por servicio de Cardiología que realiza ecocardiograma objetivando insuficiencia tricuspídea leve, raíz aórtica con discreta dilatación, vena cava izquierda no dilatada de 16 milímetros, colapsable y presencia de líneas B no compatibles con signos de congestión.

Ante la ausencia de datos de insuficiencia cardíaca, se decide optar por un control tensional ante la sospecha de síndrome nefrítico-nefrótico además de iniciar estudio etiológico.

A las veinticuatro horas el paciente ingresa en el servicio de Nefrología tras confirmación de síndrome nefrótico en orina de veinticuatro horas. Se inicia tratamiento adicional con furosemida, albúmina, doxazosina, ácido fólico, bicarbonato y alopurinol, presentando mejoría de filtrado renal. Pendiente de ecografía y biopsia renales para estudio de probable etiología.

A modo comparativo, el síndrome nefrótico presenta proteinuria mayor a 3.5 gramos al día. La hematuria suele estar ausente o ser microscópica, el edema es generalizado y severo. No suele haber hipertensión, aunque sí que podemos llegar a encontrarla en un pequeño porcentaje de casos como el nuestro. Existe hipoalbuminemia menor a 2.5 gramos por decilitro e hiperlipidemia. En el análisis de orina, pueden encontrarse cilindros lipídicos. Asocia mayor riesgo de trombosis e infecciones sistémicas. Las causas más comunes del síndrome nefrótico incluyen la nefropatía diabética, la glomeruloesclerosis focal y segmentaria y la enfermedad de cambios mínimos. Su tratamiento son corticoides, inmunosupresores y control de la

proteinuria con antagonistas del receptor de angiotensina dos principalmente o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
Por otro lado, el síndrome nefrítico asocia proteinuria menor de 3.5 gramos al día y hematuria macroscópica. El edema es menos severo, pero la hipertensión es frecuente y grave. La hipoalbuminemia es leve o está ausente, y no suele haber hiperlipidemia o es mínima. En el examen de orina, se pueden encontrar cilindros hemáticos. Las causas más comunes del síndrome nefrítico son la glomerulonefritis postestreptocócica, el lupus eritematoso sistémico y algunas vasculitis. El tratamiento es control de la presión arterial, manejo inmunológico y en algunos casos el uso de diuréticos.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de diferenciar la clínica sugestiva de patología renal en lugar de cardíaca antes incluso de la realización de pruebas complementarias: edemas generalizados con fóvea, palpebrales matutinos, oliguria e hipertensión, en un paciente joven con escasos factores de riesgo cardiovasculares.
Por lo tanto, la presencia de estos síntomas pudiera sugerir la presencia de síndrome nefrítico sin poder descartar el síndrome nefrótico dada la posibilidad de presentación atípica (como finalmente terminó ocurriendo). Aunque la distinción sea dificultosa en el manejo urgente sin las pruebas diagnósticas pertinentes, la conservación de función renal es crucial con el inicio de antihipertensivos hasta el diagnóstico etiológico del mismo.

P. #1446

¿CUANDO LA RECONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE CONVIERTE EN UN SIGNO DE ALARMA?

Marta García Zurita, Elodia Pascual Pastor, Laura Pérez Griñán, Cristina Martínez Espert, Sofía Marco Asensi, Victoria Magide González

Hospital de Manises, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin antecedentes personales de interés que acude repetidas veces en los últimos 6 meses al servicio de Urgencias, por dolor abdominal, de predominio en hipocondrio y flanco izquierdo, sin irradiación y que empeora con la ingesta, sin náuseas ni vómitos, con alguna diarrea sanguinolenta ocasional y perdida de apetito y peso, pero sólo en el último mes, sin fiebre ni clínica miccional, con múltiples estrategias de tratamiento, pero con mal control en domicilio a pesar de escalar analgesia de forma progresiva.
En la exploración destaca dolor a la palpación profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, sin palpación de masas ni signos de irritación peritoneal con puñopercusión renal dudosa.
En ecografía al inicio del cuadro se objetiva solo aumento de tamaño del riñón izquierdo, con aspecto globuloso y que presenta dolor a la compresión con el transductor, diagnosticándose de pielonefritis aguda. A pesar de tratamiento adecuado para la pielonefritis, presenta dolor persistente y progresivo, solicitando finalmente TAC abdomino-pélvico a los 6 meses, donde se acaba visualizando una lesión solida hipodensa con área de posible necrosis central excéntrica en cuerpo y cola pancreática, con adenopatías de aspecto tumoral retroperitoneales y mesentéricas, además de lesiones líticas en esqueleto axial, planteando posibilidad de síndrome linfoproliferativo vs neoplasia de páncreas o colon. Se procede a ingreso y se amplia estudio con Frotis sanguíneo negativo y se realiza punción de adenopatías supraclaviculares, diagnosticando finalmente un tumor neuroendocrino de páncreas multimetastásico donde en el TAC-TAP se describen ya múltiples adenopatías yugulares bilaterales, supraclaviculares bilaterales, mediastínicas tanto a nivel prevascular, paratraqueal alto y bajos derechos así como estación subcarinal, retropancreáticas y múltiples retroperitoneales de aspecto patológico, con múltiples lesiones líticas en L1-L2 -L3 ,D10,D9 y C7, hueso occipital y frontal izquierdo, esternón, pala iliaca izquierda y derecha, isquion derecho y acetábulo derecho.
Tras diagnóstico, se inicia quimioterapia paliativa y radioterapia dirigida a esqueleto axial, con evolución rápidamente progresiva y con gran dificultad para control de síntomas en domicilio que precisan de reconsultas en Urgencias, ingresos hospitalarios y seguimiento por UHD, finalmente falleciendo tan sólo 12 meses tras el inicio de los síntomas.

CONCLUSIONES

El servicio de Urgencias es un servicio de gran accesibilidad y ello puede llevar a un mal uso por parte de los pacientes, provocando múltiples consultas.
Esto supone un reto para el urgenciólogo, que deberá discernir

de las consultas banales de aquellas realmente graves. La gravedad no sólo va de la mano de lo emergente, sino también de la patología más larvada en tiempo, pero cuya evolución y/o progresión debería hacer saltar las alarmas. Es fundamental conocer y poner en práctica la sistémica que requiere la dinámica de atención de un servicio de Urgencias, siendo exquisito en todas las fases de nuestra praxis diaria, desde la anamnesis y exploración, a la interpretación de la pruebas complementarias, la presunción diagnóstica y finalmente el tratamiento dirigido, para no dejar escapar ni el mínimo detalle que puede hacer que mejoremos y cambiemos la vida de nuestros pacientes.

P. #1447

HIPERTIROIDISMO PARANEOPLÁSICO SECUNDARIO A TUMOR TESTICULAR

Blanca Ruata Laclaustra, María Cruzate Aparicio, María Isabel Puca Briones, Rosa Nieto Ortiz, Ester Miravalles Fernández, Miriam Sánchez Vicente

HU La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

El hipertiroidismo es una entidad clínica relativamente frecuente con múltiples etiologías. La más común es la enfermedad de Graves, seguida del bocio multinodular y el adenoma tóxico. La asociación entre hipertiroidismo y cáncer es infrecuente en la práctica clínica.

Se presenta el caso de un paciente de 29 años con antecedentes personales de orquiectomía derecha por teratoma postpuberal (maduro) puro estadío IA, sin haber precisado tratamiento adyuvante. El paciente perdió seguimiento por motivos personales.

Un año y medio después, el paciente acude a Urgencias por dolor lumbar izquierdo de 3-4 semanas de evolución, con empeoramiento durante los últimos días. Además, refiere molestias mesogástricas desde hace 15 días, asociando pirosis y náuseas. A la exploración física destaca taquicardia a 120 lpm y ginecomastia bilateral.

En analítica se aprecia ligera alteración de la coagulación, LDH elevada y T4 aumentada con TSH suprimida. Ante radiografía de tórax con sospecha de imágenes nodulares pulmonares, se realiza angioTAC confirmando la presencia de múltiples nódulos pulmonares sugestivos de metástasis así como un conglomerado adenopático en hilio renal izquierdo de 7.7 cm. El paciente es dado de alta de Urgencias con diagnóstico de hipertiroidismo paucisintomático y ginecomastia secundarios a recidiva tumoral; se indica tratamiento sintomático con bloqueantes y cita al día siguiente en Oncología Médica.

Posteriormente, en analítica realizada de forma ambulatoria por parte de Oncología Médica presenta elevación de alfa fetoproteína y HCG > 300000, lo cual indica estirpe germinal de la neoplasia (probable tumor germinal no seminomatoso mixto en neoplasia inicial). Además, dada la localización del conglomerado adenopático se valora una recaída ganglionar de neoplasia testicular derecha previa VS diseminación ganglionar de un segundo tumor testicular izquierdo metacrónico. Ante estos hallazgos, se decide inicio de quimioterapia con bleomicina, etopósido y cisplatino antes de obtener resultados histológicos.

CONCLUSIONES

Los tumores testiculares de células germinales son las neoplasias sólidas más frecuentes en varones entre 25 y 35 años. Estos tumores pueden producir HCG, que es una hormona glicoproteica estructuralmente homóloga a la TSH. Esta característica le confiere una actividad biológica intrínseca sobre el receptor de la TSH que se incrementa paralelamente a los valores de la hormona. Un estudio de 144 pacientes con tumores testiculares no seminomatosos encontró una prevalencia de 3.5% de hipertiroidismo paraneoplasico; la mayoría de ellos mejora

tras tratamiento quimioterápico. Se recomienda monitorización de TSH antes y después de la quimioterapia en pacientes con tumores secretores de HCG.
En conclusión, el hipertiroidismo paraneoplásico en tumores productores de HCG debe sospecharse en varones jóvenes, especialmente cuando exista desproporción clínico-analítica o síntomas atípicos. Suele revertir con el tratamiento oncológico, sin necesidad de otras medidas terapéuticas específicas.

P. #1456

PARÁLISIS PSEUDOPERIFÉRICA: UN RETO DIAGNÓSTICO

Andrea González Morante
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 75 años sin factores de riesgo cardiovascular conocidos ni otros antecedentes medicoquirúrgicos de interés que acude al servicio de urgencias por presentar de forma brusca y sin ningún factor desencadenante previo un déficit motor distal aislado en la mano izquierda desde hace una hora y media aproximadamente. A su llegada a urgencias: TA 177/88 mmHg, FC 65 lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Desde el punto de vista neurológico, Escala Glasgow 15/15, consciente y orientada en las 3 esferas, presentaba concretamente una limitación para la flexión y extensión de 1° y 2° dedos de la mano izquierda, así como limitación para la abducción y oposición del pulgar con imposibilidad para realizar la pinza. La sensibilidad se encontraba preservada, los signos de Tinel y Phalen fueron negativos, los reflejos osteotendinosos eran normales y presentaba un balance muscular y sensitivo conservado en el resto de grupos musculares, siendo rigurosamente normal el resto de la exploración neurológica.
Como pruebas complementarias iniciales se realizaron un análisis de sangre que no mostró alteraciones, un electrocardiograma sin evidencia de arritmias y una radiografía de columna cervical ante la sospecha inicial de neuropatía periférica que tampoco mostró hallazgos de interés.
Por tanto, se decidió ampliar estudio mediante Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal para descartar origen central del cuadro en el que se evidenciaron datos de vasculopatía isquémica crónica de pequeño vaso así como múltiples infartos lacunares crónicos, sin signos de isquemia o sangrado agudos.
Finalmente se inició tratamiento antihipertensivo, antiagregante y estatina e ingresó a cargo de neurología para completar estudio. Posteriormente la resonancia magnética cerebral confirmó un infarto isquémico agudo en el giro precentral derecho.

CONCLUSIONES

La parálisis unilateral aislada de la mano o de los dedos de la mano es una presentación clínica infrecuente de los accidentes cerebrovasculares isquémicos (ACV). Menos del 1% de todos los ACV se presentan de esta manera.
Se caracteriza por la aparición de síntomas motores y/o sensitivos limitados al territorio de un nervio periférico simulando una neuropatía periférica, por lo que se ha denominado en la literatura como parálisis pseudoperiférica. Según la región afectada se diferencian parálisis del pseudo-cubital, pseudo-radial o pseudo-mediano.
Esta similitud puede conducir a la realización de estudios innecesarios y retrasos en el diagnóstico y tratamiento.
En primer lugar, es fundamental realizar una minuciosa exploración de la función motora y sensitiva con el fin de establecer una adecuada correlación anatómica que determine la localización topográfica de la lesión. Además de establecer un diagnóstico diferencial con causas de etiología

periférica (neuropatía periférica, síndrome del túnel del carpo, radiculopatía cervical), también debemos tener en cuenta posibles lesiones cerebrales isquémicas. De acuerdo con el mapa de Penfield-Rasmussen, la importante representación cortical motora de la mano se localiza a nivel del giro precentral o circunvolución prerrolándica (área 4 de Brodmann).
La parálisis pseudoperiférica supone un reto diagnóstico para el médico clínico. Aunque generalmente este tipo de ictus tiene un buen pronóstico, es clave mantener un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular e instauración súbita del cuadro. En este caso en concreto, a pesar de la ausencia de factores de riesgo cardiovascular previos de la paciente, sí se detectó hipertensión arterial desde su llegada, además de la instauración aguda del cuadro y ausencia de sintomatología sensitiva asociada. Se trata por tanto de una patología tiempo-dependiente en la que el diagnóstico precoz es esencial para el manejo adecuado y la prevención de recurrencias, además de mejorar la recuperación funcional y la calidad de vida de los pacientes.

P. #1475

NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON MECÁNICAS

Andrea González Morante, Irene Inglés Mancebo, Sara Solís Moreno

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos conocidos con antecedentes de asma bronquial que acude hasta en 3 ocasiones al servicio de urgencias por lumbalgia y cervicalgia tras sobreesfuerzo. No es hasta la tercera vez que acude que refiere asociar cefalea de localización occipital y vómitos. Sin fiebre. No obstante, había llegado a recibir tratamiento con analgésicos opioides con escasa mejoría del dolor.
A su llegada a urgencias, TA 184/100, FC 88lpm, SatO2 basal>95%, afebril. Regular estado general, náuseoso, taquipnea leve en reposo que impresiona por dolor, normocoloreado, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar normal. Destaca dolor a la palpación de musculatura paravertebral cervical y lumbar bilateral sin apofisalgias. Al examen neurológico: GSC 15/15, consciente y orientado en las 3 esferas, pupilas isocóricas nomorreactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades, signos meníngeos positivos.
Se solicita analítica de sangre que sólo presenta leve leucocitosis con neutrofilia sin elevación de RFA con coagulación y bioquímica normales.
Así mismo se realiza TAC craneal en el que se identifican focos de hemorragia subaracnoidea en cisternas de la base y tentorio que correspondería a una HSA tipo 2-3 de la clasificación de Fisher. El angio-TC y la arteriografía confirmaron una lesión aneurismática en el segmento cavernoso de la arteria cerebelosa superior derecha.
Finalmente fue derivado a la unidad de pacientes neurocríticos para vigilar estabilidad y posibles complicaciones con evolución favorable posterior.

CONCLUSIONES

La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en atención primaria como hospitalaria. Existen múltiples causas de lumbalgia, siendo las más frecuentes las de origen osteomuscular, pero existen otras también relevantes por su potencial gravedad. Es esencial descartar signos y síntomas de alarma mediante la historia clínica y exploración física. En este caso concreto, la evolución del cuadro con asociación posterior de cefalea y vómitos, signos de irritación meníngea y refractariedad al tratamiento sintomático fueron determinantes para ampliar el estudio.
La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica que se caracteriza por la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo. Las causas más frecuentes de HSA incluyen rotura de aneurisma, malformación arteriovenosa o traumatismo craneoencefálico. Los factores de riesgo son hipertensión arterial, consumo de tóxicos, tratamiento anticoagulante o antiagregante, historia familiar de aneurismas cerebrales o

enfermedades del tejido conectivo, entre otros. Aunque la presentación clínica más frecuente es una cefalea "en trueno", no es infrecuente asociar lumbalgia o cervicalgia secundario a la irritación de las meninges. Esto es debido a varios factores: liberación de productos tóxicos de la sangre (hemoglobina y radicales libres), activación de la cascada de la inflamación con liberación citoquinas proinflamatorias que aumentan a su vez la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, alteración de la circulación de líquido cefalorraquídeo (LCR) con aumento de la presión intracraneal y vasoespasmo que puede comprometer el flujo sanguíneo cerebral. Otros síntomas pueden ser: náuseas y vómitos, alteración del nivel consciencia, focalidad neurológica, crisis epilépticas.

Su pronóstico depende de la gravedad inicial, la presencia de complicaciones (vasoespasmo, hidrocefalia, isquemia cerebral tardía) y la rapidez en la intervención.

El planteamiento de este caso surge porque un sobreesfuerzo actúa como factor desencadenante tanto en lumbalgias de perfil mecánico, que en principio no representan riesgo vital, como en la HSA, que se asocia con una elevada mortalidad. Así, una adecuada anamnesis por aparatos es imprescindible hasta en los casos más sencillos para descartar signos y síntomas de gravedad de manera precoz.

P. #1480

SHOCK HEMORRÁGICO ASOCIADO A CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Andrea Baztan Ubani, Arantxa Bezunartea Pascual, Leyre C Urueña Zamora

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 32 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Acude a Urgencias tras realizar esta mañana 4 deposiciones melénicas, líquidas y 4 vómitos en posos de café. Asocia pirosis ascendente sin epigastralgia. No dolor abdominal. No dolor torácico, disnea, mareo ni síncope. Reconoce consumo de tóxicos, alcohol y cocaína, las horas previas al inicio cuadro clínico. No sabe especificar cantidad.

No toma de AINES ni otros gastrolesivos. No antiagregado ni anticoagulado. No tratamiento con hierro oral.

*Exploración física:

Tensión arterial (TA) 86/56 mmHg, Frecuencia cardiaca 120 latidos por minutos, Temperatura axilar 36.4 °C, Saturación O2 basal 97%. Mal estado general, nauseoso, palidez mucocutanea, mala perfusión periférica Motling 2. Eupneico en reposo. Consciente y orientado.

Auscultación cardiaca respiratoria sin alteraciones significativas. Abdomen blando, doloroso a la palpación generalizada, sin signos de peritonitis. No masas ni megalias. Peristaltismo de progresión.

Tacto rectal heces melenas. No hemorroides ni masas palpables.

*Resumen pruebas complementarias

- Análisis sangre: hemoglobina disminuida (7.8 g/dL) Trombopenia 77*10^9/L; ligero aumento de reactantes fase aguda, leve deterioro función Creatinina 2.75 mg/dL., aumento de urea (70)
- Etanol: negativo
- Gasometría venosa: acidosis metabólica compensada. Hiperlactacidemia.
- Radiografía de tórax: Silueta cardiovascular normal. Campos pulmonares bien ventilados sin condensaciones ni pinzamiento de senos. Sin signos de patología aguda.
- ECG: taquicardia sinusal. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones repolarización.
- Ecoscopia cardio pulmonar: no datos disfunción cardiaca, no derrame pericárdico ni pleural. Patrón A generalizado.

Se inicia omeprazol 80 mg bolo intravenoso, perfusión de omeprazol (100mg en 250 mililitros (ml) de suero salino 0.9% a 21 ml/hora)

Se inicia fluidoterapia con Plasmalyte 50 ml sin mejoría hemodinámica.

Se decide realiza estudio prestrasfusional. Se inicia trasfusión tipo cero negativa a la espera de pruebas. Se inicia vasopresores por vía periférica con noradrenalina (0.83miligramo/ml) a dosis 22ml/hora.

Se solicita valoración por parte de digestivo para realización de estudio dirigido y manejo.

*Evolución

En estudio gastroscópico realizado de forma urgente se objetivan datos de esofagitis péptica sin poder descartarse Mallory-

Weiss y dos úlceras con fibrina con coágulo adherido una de aproximadamente 1cm y otra de 5 mm en esófago. Se realiza cierre de ambas con endoclip.
El paciente presenta buena evolución posterior manteniéndose afebril y hemodinámicamente estable con deposiciones normalizadas y buena tolerancia oral. Sin aumento de anemización en el control analítico ni requerimiento vasopresor. Se decide ingreso en planta de digestivo.
*Juicio clínico
Hemorragia digestiva alta a estudio en contexto de consumo de tóxicos metanfetamínicos.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso clínico que nos permitió revisar las complicaciones atípicas del consumo de estupefaciente (cocaína)
Se ha descrito que las complicaciones clínicas más habituales asociadas al consumo de cocaína son a nivel cardiovascular y del sistema nervioso central. Sin embargo, la cocaína puede tener efectos secundarios a nivel pulmonar, gastrointestinal, renal, musculoesquelético.
Así mismo, se ha visto que los pacientes consumidores de cocaína han sido relacionados con una mayor incidencia de perforación por úlcera digestiva a edades tempranas y otras complicaciones digestivas (úlceras gástricas, colitis isquémica, infartos mesentérico)
No se ha descrito, la relación con la forma y el tiempo de consumo de cocaína. La estimulación del sistema simpático produce un aumento de la secreción ácida del estómago, disminución de la motilidad gástrica y retraso en el vaciado gástrico, así como vasoconstricción. Dichos mecanismos favorecen la aparición de complicaciones gastrointestinales.

P. #1482

¡OTRO MAREO EN URGENCIAS!

Miriam Sánchez Vicente, Belén Rodríguez Miranda, María José Venegas De L´hotellerie, Rosa María Nieto Ortiz
Hospital de La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años sin antecedentes de interés ni toma de tratamiento habitual que acude a urgencias por cuadro de meses de evolución de mareo con inestabilidad de la marcha intermitente y tropiezos frecuentes. En los últimos días refiere debilidad en extremidades derechas y alteración del lenguaje fluctuante además de que refiere "nota la cara rara"
A su llegada a urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y eupneica en reposo. La auscultación cardíaca es rítmica y sin soplos, la pulmonar con murmullo vesicular conservado, el abdomen presnta ruidos normales, es blando, depresible, no se palpan masas ni megalias, y los miembros inferiores no presentan alteraciones.
En la exploración neurológica destacan asimetría facial derecha que corrige con gesto, hipoestesia facial derecha (V2, V3), mínima pronación en mano derecha en maniobras y titubeo de miembro inferior derecho con fuerza 4/5 proximal. Además presenta nistagmo vertical en la supraversión de la mirada y dismetría en maniobra talón-rodilla en miembro inferior derecho. El resto de exploración neurológica no presenta alteraciones.
Se decide no activar código ictus dado el tiempo de evolución, pero se solicitan electrocardiograma, analítica sanguínea y tac craneal.
En el electrocardiograma se objetiva ritmo sinusal a 80 latidos por minuto sin alteraciones agudas de la repolarización. Analíticamente no presenta alteraciones de interés.
En el Tac cerebral se objetiva una hemorragia intraparenquimatosa, localizada predominantemente en hemimesencéfalo y hemiprotuberancia izquierda, sin signos de sangrado activo ni claras malformaciones vasculares subyacentes. El hematoma condiciones leve efecto masa local sin producir herniación transtentorial ascendente ni hidrocefalia obstructiva. Dada la heterogenicidad del hematoma y su localización, se recomienda realizar resonancia magnética craneal para descartar lesiones vasculares subyacentes. Se avisa a Neurología de guardia y dada la topografía de la hemorragia se decide ingreso en UCI para vigilancia. Por situación clínica y localización de hemorragia se desestima intervención quirúrgica.
Durante su estancia en UCI se repite TAC craneal en el que no se aprecian cambios reseñables. La paciente permanece estable y tras 48 horas de ingreso se decide traslado a planta de Neurología.
Posteriormente se realiza Resonancia Magnética de cráneo en la que se objetivan hallazgos compatibles con malformación cavernomatosa tipo 2 en la clasificación de Zabramski , de gran tamaño, en hemimesencéfalo y hemiprotuberancia izquierdos, con signos de sangrado reciente en su interior, y edema vasogénico circundante.
También se realiza angiografía cerebral en la que no se aprecian alteraciones vasculares reseñables.
Durante la estancia de la paciente en planta de Neurología

persiste debilidad e hipoestesia en extremidades derechas junto con paresia facial derecha que corrige con el gesto, además de hiperreflexia en dicho hemicuerpo con aumento del área reflexógena y nistagmo vertical a la supraversión. La paciente realiza deambulación autónoma aunque con arrastre de miembro inferior derecho.
Estando la paciente estable se decide alta a domicilio con NIHSS 3, presentaba NIHSS 4 al ingreso, y revisión en consultas.

CONCLUSIONES

La paciente presentaba un cuadro de mareo de meses de evolución, asociado a síntomas neurológicos fluctuantes en los últimos días que levantaron la sospecha de un evento cerebrovascular agudo/subagudo. La evaluación inicial incluyó una anamnesis, exploración física y neurológica completas, y pruebas complementarias como TAC cerebral, con el objetivo de diferenciar entre un accidente isquémico transitorio (AIT), un ictus isquémico o hemorrágico, o causas no vasculares del mareo, como alteraciones vestibulares o metabólicas.
Dado que la paciente no cumplía el criterio de tiempo, no se activó el Código Ictus, pero se priorizó la neuroimagen y la evaluación por neurología.
Los hallazgos clínicos y radiológicos permitieron confirmar la presencia de una hemorragia troncoencefálica, diferenciándolo de otras causas de mareo, como vértigo periférico o disautonomía.

P. #1484

ABDOMEN EN BLANCO, EL TERROR DEL RESIDENTE

Iván Leitón Bautista, Jesús Cuesta Domingo, David García Gacimartin, Francisco Javier Toledano Villar, Estíbaliz Garrido Leal, María José Palomo Reyes

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA:
Varón de 46 años sin antecedentes de relevancia más allá de migrañas y dermatitis seborreica, refería un dolor abdominal difuso y persistente con una intensidad de 9/10 en la escala EVA, acompañado de cefalea intensa, náuseas y 15 episodios de vómitos, algunos con trazas de sangre mientras entrenaba. La exploración física no reveló hallazgos significativos.
Se administró metamizol 2gr IV sin mejoría.
Las pruebas complementarias (PPCC), incluidas radiografías de tórax y abdomen, fueron anodinas, salvo una ligera alteración en la función renal (Urea 29 mg/dL, Creatinina 1.42 mg/dL).
Ante la severidad del dolor y la falta de respuesta a la analgesia habitual, se asoció dexketoprofeno 50 mg, hasta escalar a dolantina 50 mg IV . Para el manejo de vómitos, se pautaron 4 mg de ondasetrón IV y 40 mg de pantoprazol IV. Debido a la persistencia de los síntomas, se solicitó TAC abdominal y craneal para descartar etiología tanto primaria como secundaria de los síntomas, siendo normales. Se colocó una sonda nasogástrica, sin evidencia de hemorragia digestiva. Se administró sumatriptán subcutáneo considerando la historia de migrañas del paciente, aunque sin una mejoría clínica significativa.
Tomando en cuenta el cuadro clínico del paciente, los resultados en PPCC y descartándose todas las posibilidades graves razonablemente y dada la tórpida evolución de la situación clínica del paciente, se decide traspaso a Observación, con medidas para control del dolor, donde persiste idéntica sintomatología, aunque aquí se obtuvo un dato clave, reconoce inicio reciente (en los días previos al ingreso) de semaglutida subcutánea para perder peso, hallándose normosómico, en ausencia de prescripción facultativa, siendo esta nuestra principal sospecha clínica.
Este hallazgo orientó el diagnóstico hacia una intoxicación aguda por semaglutida, cuyas reacciones adversas incluyen gastroparesia inducida, retraso del vaciado gástrico y vómitos intensos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
Actualmente es muy frecuente ver en urgencias pacientes en tratamiento con semaglutida, por lo que deberíamos saber que:

- Según la ficha técnica proporcionada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), puede ocasionar efectos gastrointestinales significativos, como náuseas, vómitos y dolor abdominal, que son particularmente comunes en las primeras semanas de tratamiento, lo que coincide con el cuadro clínico del paciente.
- Actúa retardando el vaciado gástrico, que puede ser la causa del dolor abdominal que experimenta el paciente. Este efecto

sobre la motilidad gastrointestinal está bien documentado en estudios clínicos. También puede generar una sensación de plenitud, náuseas, vómitos y tal como lo presenta el paciente. Esto sugiere una posible relación directa entre el uso del medicamento y la aparición de los síntomas.

- No está directamente relacionada con el sangrado gastrointestinal, los episodios de vómitos pueden llevar a esta complicación.
- Finalmente, es importante tener en cuenta que los agonistas del receptor GLP, pueden estar asociados con pancreatitis, que es una reacción adversa grave, aunque rara.

P. #1487

LOS PROBLEMAS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Raquel Talegón Martín, Ángela María Arévalo Pardal, María Jesús Giraldo Pérez, Rubén Pérez García, Jorge Gutiérrez Miguel, Ana Ramos Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 43 años, sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: depresión/ansiedad, obesidad mórbida tratada con cirugía bariátrica (By-pass gástrico con anastomosis de Y de Roux) hace más de 5 años. En seguimiento por Endocrinología por déficits malabsortivos postquirúrgicos, precisando suplementación con Acetato de Zinc (Zn) por déficit del mismo, así como ferropenia malabsortiva postquirúrgica en tratamiento periódico con hierro intravenoso. Tratamiento: Acetato de Zn, esomeprazol 20 mg, Alprazolam 0,5 mg puntual y Lorazepam 1mg.

Acude a nuestro Servicio refiriendo movimientos difusos corporales, síncronos, sin alteración del nivel de conciencia, que la obligan a flexionar el tronco en decúbito en postura fetal involuntariamente, de 5 días de evolución. No dolor. No cefalea o síntomas visuales/auditivos, no alteraciones del lenguaje. Ayer tomó lorazepam para dormir con ligera mejoría del cuadro, pero persistiendo las anomalías posturales. No fiebre ni síntomas generales. No nauseas ni vómitos, no síntomas gripales, no mareo ni aturdimiento, no parestesias ni estado hiperalerta. No otra sintomatología en anamnesis por aparatos. Ha suspendido citalopram 30 mg hace 1 mes sin dificultad.

A la exploración, paciente normotensa, frecuencia cardiaca en rango de normalidad, saturación de oxígeno 100%. Exploración física general por aparatos sin alteraciones. Exploración neurológica rigurosamente normal.

Se solicita analítica con hemograma, bioquímica , gasometría venosa, siendo normales; pH y lactato normales, Creatin Kinasa normal. Durante su estancia en el Servicio de Urgencias no se objetivan dichos movimientos. Se solicita Interconsulta con psiquiatría ante posible síndrome de discontinuación/abstinencia de antidepresivos, siendo descartado por ausencia de relación temporal.

Con la sospecha de posible déficit de oligoelementos asociado a su cirugía bariátrica, no analizables en el Servicio de Urgencias, se remite a su médico de familia para su determinación. La paciente acude de nuevo a los 5 días, sin haber realizado dicha determinación, aquejando cefalea continua hemicránea izquierda que mejora tras las contracciones involuntarias, que persisten; la familia refiere convulsiones, durante los cuales la paciente está consciente, escucha y recuerda lo que hablan a su alrededor. No pérdida de control de esfínteres. Se solicitó nueva analítica y tomografía computarizada cerebral sin hallazgos patológicos; la paciente pasó a sala de observación para vigilar dichos cuadros, donde permaneció más de doce horas. Sólo se evidenció un nuevo episodio de temblor con flexión de tronco, sin pérdida de conocimiento, ni movimientos tónico-clónicos, ni relajación de esfínteres, de segundos de duración, que cedió espontáneo. Se solicitó interconsulta urgente a Neurología: descarta una posible distonía, impresionando más de temblor

irregular de etiología metabólica/sistémica. La paciente es dada de alta con cita para analítica con determinación de oligoelementos que evidencian déficit moderado de Zn (45 microgramos/ml), precisando aumento de la dosis previa del mismo. Tras el mismo la paciente no ha precisado más atenciones urgentes.

CONCLUSIONES

Aunque los efectos de la cirugía bariátrica a corto-medio plazo, son muy potentes por la pérdida de peso y la mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, a largo plazo generan morbilidad a considerar. Originan alteración de los procesos de digestión y absorción de nutrientes, oligoelementos, vitaminas, que justifican los déficits de hierro y zinc que presentaba la paciente. Por ello precisan seguimiento a largo plazo para evitar cuadros clínicos derivados de los déficits tanto de hierro, como vitamínicos y oligoelementos, mediante suplementación precoz y permanente.
Recientemente se ha visto la implicación del Zinc en la síntesis y actividad de varios neurotransmisores: dopamina, la serotonina y la noradrenalina. Esto podría justificar la sintomatología, así como el episodio depresivo previo. Aunque su determinación no corresponda al Servicio de Urgencias, estos déficits deben ser valorados en este tipo de pacientes por sus consecuencias posteriores.

P. #1494

DE SÍNDROME DE NOTHNAGEL A SCHWANNOMAS QUISTICOS DEL TRIGÉMINO, ¿QUÉ MÁS PUEDE PASAR?

Raquel Talegón Martín, Ángela María Arévalo Pardal, Rubén Pérez García, Jorge Gutiérrez Miguel, María Jesús Giraldo Pérez, Marco Pérez Gómez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 51 años, sin alergias medicamentosas. Antecedente de parálisis facial periférica resuelta sin secuelas, lumbalgia crónica, psoriasis en placas, sin tratamiento habitual en el momento actual. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tabaquismo activo medio paquete/día.
Acude a nuestro servicio por presentar, desde su despertar (más de 12 horas de evolución) el párpado izquierdo caído, diplopia y dificultad para movilizar el brazo izquierdo, así como parestesias periorales, linguales izquierdas y en los dedos 4° y 5° de la mano izquierda. El día previo refiere cierta sensación de embotamiento craneal con presión frontal, así como sensación distérmica y mareo. No ha tenido cefalea ni cervicalgia. Niega traumatismos craneales ni cervicales. No ha tenido visión borrosa los días previos. No ha tenido episodios de amaurosis. Niega dolor torácico, palpitaciones o disnea. Refiere que hace unos meses (octubre) tuvo un cuadro de alteración sensitiva en la punta de la lengua y perioral bilateral, que duró unos 7 días. Niega consumo de drogas y no lo relaciona con ningún desencadenante. Puntación en escala modificada de Rankin: 0
Exploración física: Normotenso, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y glucemia en triaje normales. Exploración general sin hallazgos. Exploración neurológica: En condiciones escotópicas pupila derecha ligeramente más midriática. Desalineación de los ejes visuales en posición primaria, con infra-levo del ojo izquierdo. Diplopia en dextroversión, supraversión, supra-dextro, infra-dextro, supraversión e infraversión. El ojo izquierdo adduce unos 15°, observándose desalineación de los ejes visuales. No nistagmo en el ojo derecho. En supraversión, el ojo izquierdo no eleva, observándose desalineación de los ejes visuales. Ptosis del ojo izquierdo de unos 4mm, que ocluye el eje visual. Función del elevador del párpado superior subóptima. Párpado inferior de altura simétrica. Resto de pares craneales normales. En maniobras antigravitatorias presenta excavación, pronación y claudicación del brazo izquierdo. Sensibilidad táctil superficial asimétrica, con menor sensibilidad a nivel de la mano izquierda, de predominio palmar y distal; sensibilidad vibratoria con menor sensación en el lado izquierdo respecto del derecho.
Con estos hallazgos se activa código Ictus disponible en nuestro hospital, y se realiza monitorización de constantes vitales en el servicio de Urgencias, canalización de doble vía venosa de grueso calibre, realización de analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa, así como tomografía computarizada (TC) cerebral y de perfusión, así como angio-TC de troncos supraaórticos y polígono de Willis. Los datos analíticos fueron normales salvo gasometría venosa con pH 7,37 con bicarbonato normal y lactato 2,7. En ninguna tomografía se objetivaron lesiones ni déficit de perfusión ni malformaciones vasculares.

Valorado por Neurología de guardia, decide ingreso por su parte por el patrón lesional (mononeuropatía del tercer par craneal más paresia de patrón piramidal izquierdo, sensitivo izquierdo, con dismetría bilateral ocular), que correspondería a afectación mesencefálica dorsal (Síndrome de Nothnagel). Durante el mismo, el paciente mejoró de su sintomatología, se objetivaron anticuerpos antinucleares positivos. Se solicitó resonancia magnética cerebral donde se evidenciaron engrosamientos de varias ramas nerviosas entre los pterigoideos compatibles con múltiples schwannomas quísticos/ neurofibromas de ambos nervios trigéminos, así como un TC torácico sin hallazgos. El paciente presentó mejoría a las 24 horas de ingreso, siendo dado de alta a las 72 horas del mismo asintomático. Actualmente no presenta clínica y está en estudio etiológico del episodio.

CONCLUSIONES

El síndrome de Nothnagel se describe de modo variable como parálisis bilateral del nervio oculomotor, ataxia de la marcha ipsilateral o contralateral y parálisis de la mirada vertical. Su afectación ocular puede compartirse con otras patologías intracraneales, de causa inflamatoria, o incluso darse como síndrome paraneoplásico. Ante clínica neurológica aún incipiente, la activación de códigos de manejo precoz contribuye a la mejora de su morbimortalidad.

P. #1502

DIPLOPÍA: NEUROLÓGICO PARECE, PERO NO ES

Iván Leitón Bautista, Estíbaliz Garrido Leal, David García Gacimartin, Francisco Javier Toledano Villar, Paloma Fernández Gómez, María José Palomo Reyes

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente de 66 años sin antecedentes médicos relevantes, que consulta por visión doble de dos días de evolución, asociada a cefalea opresiva leve y dolor con los movimientos oculares. La exploración inicial evidenció paresia del VI par craneal derecho, sin otros hallazgos neurológicos llamativos. Oftalmología descartó patología del segmento anterior y del fondo de ojo, identificando endotropia y limitación a la aducción del ojo derecho.

Desde su ingreso en Urgencias, tras realizar exploración física que fue anodina salvo por la paresia del VI PC, se priorizó la estabilización hemodinámica, el estudio analítico y las pruebas de imagen. El hemograma mostró leucocitosis, pero la paciente no refería clínica infecciosa, en cuya revisión se objetivaron blastos en sangre periférica, por lo que se amplio el estudio con deshidrogenasa láctica (LDH) y dímero D estando ambos aumentados, orientando a una posible afectación hematológica. La tomografía computarizada (TC) craneal y de órbitas con contraste reveló una masa intraorbitaria derecha de 29 x 13 x 24 mm, con extensión desde el espacio extraconal al intraconal, afectando el recto lateral y comprometiendo el VI par craneal, lo que justificaba tanto la parálisis del VI PC derecho, como el dolor con los movimientos oculares.

Ante la sospecha de leucemia mieloide aguda (LMA), se ingresó en hematología, donde se confirmó el diagnóstico de LMA monoblástica con expresión aberrante de CD56, mutación de TP53 y reordenamiento de KMT2A (MLL). Se decidió iniciar quimioterapia intensiva (3+7).

Durante la hospitalización, la paciente presentó complicaciones infecciosas, incluyendo fiebre en contexto de neutropenia febril y diarrea autolimitada, requiriendo antibioterapia con meropenem y vancomicina, dada su colonización previa por Escherichia coli BLEE. A nivel oftalmológico, la paresia del VI par persistió con escasa mejoría tras el inicio del tratamiento hematológico, por lo que se planteó la necesidad de biopsia de la lesión intraorbitaria para su caracterización histológica.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia del enfoque multidisciplinario en Urgencias ante síntomas neurológicos focales, especialmente en pacientes sin antecedentes médicos relevantes. La diplopía con paresia del VI par craneal, es muy común, exige un abordaje sistemático que incluya evaluación oftalmológica y neurológica, junto con estudios de imagen avanzados para descartar procesos expansivos que son poco frecuentes. La presencia de blastos en sangre periférica y alteraciones analíticas permitieron orientar rápidamente el diagnóstico hacia una patología hematológica grave, facilitando un manejo temprano y coordinado con los servicios especializados.

El manejo en Urgencias de pacientes con síntomas neurológicos y hallazgos sospechosos en estudios complementarios debe ser ágil y basado en la identificación precoz de causas potencialmente graves. La coordinación entre Urgencias, Hematología, Oftalmología y Radiología permitió en este caso un diagnóstico oportuno y el inicio de un tratamiento dirigido en corto tiempo, optimizando el pronóstico de la paciente.
Este caso enfatiza la importancia de la sospecha clínica en Urgencias ante síntomas neurológicos de nueva aparición, el papel de la analítica y las pruebas de imagen para establecer diagnósticos complejos, y la relevancia de la atención multidisciplinaria en patologías oncohematológicas con manifestaciones atípicas.

P. #1510

SÍNCOPES CONVULSIVOS

Leyre Teresa Pinilla Arribas, Fernando Picón Serrano, María Lourdes Corisco Sánchez, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Luis Martínez Fideu, María Del Pilar Montes-Jovellar Jordán
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 75 años, traído en soporte vital avanzado por dos episodios de crisis tónico-clónica generalizada. Avisan desde triaje para valoración.
La familia refiere el día anterior al menos 3 episodios de pérdida de consciencia presenciados por ellos, de minutos de duración, con aparentes movimientos tónico-clónicos de las cuatro extremidades, de unos minutos de duración, por los que consultaron en Urgencias. Se le realizó analítica con troponina negativa y Dímero D 7500, por lo que se solicitó angioTC de arterias pulmonares, descartando tromboembolismo pulmonar. El resto de la analítica, anodina, y el electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones.
Fue dado de Alta, pero avisan al día siguiente de nuevo al 112 por dos nuevos episodios similares mientras desayunaba, con relajación de esfínteres.
Desde triaje miramos antecedentes del paciente, únicamente destacando hipertensión arterial y dislipemia. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria y habitualmente vive solo, pero actualmente se encontraba con familiares por la clínica y notarle desorientado. Además, su acompañante nos indica que había referido cefalea hacía 3 días.
En ese momento nos planteamos valorar activar código ictus por la escala de Rankin del paciente, pero lo desestimamos por el tiempo de evolución.
Pasa a zona de críticos para monitorización y vigilancia estrecha, manteniendo buenas constantes y consciente. Pero no está orientado en tiempo ni espacio, sí en persona. El discurso en ciertas preguntas se vuelve incoherente. Glasgow 14 (O4 V4 M6). Moviliza de forma activa las 4 extremidades, sin pérdida de fuerza ni alteración sensitiva. Pares craneales normales, pupilas isocóricas normorreactivas, y resto de exploración sin alteraciones, salvo signos de mordedura a nivel lingual.
Se solicita radiografía de tórax, analítica con CK, orina con tóxicos, marcadores de infección y TC cerebral ante sospecha de primeros episodios de crisis comicial no estudiados.
En el TC cerebral, se objetivan 4 lesiones ocupantes de espacio a nivel frontal izquierdo, con edema cerebral asociado, sin signos de sangrado.
Se inicia tratamiento con corticoides (dexametasona intravenosa) e interconsulta con Neurocirugía, ya que en el informe radiológico hablan de lesiones de aspecto primario como primera posibilidad. El paciente ingresa en su Servicio para completar estudio.

CONCLUSIONES

El abordaje del síncope, o pérdida del nivel de consciencia, es complejo. Es importante realizar una buena anamnesis y exploración física para orientar los pacientes antes de solicitar

pruebas complementarias. En la mayoría de los casos, el paciente no es capaz de darnos toda la información clínica necesaria, por lo que necesitamos hablar e interrogar a los familiares o acompañantes que presenciaron el episodio, si los hubiera. La información que nos aportan es crucial, evita la realización de pruebas complementarias innecesarias, y nos ayuda a enfocar el diagnóstico. En este caso, el Dímero D solicitado en una primera valoración fue muy inespecífico, y llevó a pedir pruebas que desorientaron la patología real del paciente.
Ante un episodio de pérdida de conocimiento con movimientos de extremidades, la sospecha inicial podría ser una crisis comicial, y en un paciente no diagnosticado de epilepsia, la prueba a realizar indiscutiblemente es un TC cerebral.

P. #1518

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO INICIAL: METÁSTASIS CEREBELOSA PRESENTADA COMO VÉRTIGO PERIFÉRICO

Elvira María Sánchez Fernández, Antonio Fernández Rosillo, Ana Bonmatí Seva, María Zamorano Rivas
MÉDICO, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso:
Paciente masculino de 64 años, previamente independiente y sin antecedentes personales de interés, consulta por cuadro de vómitos y sensación de mareo con de giro de objetos que se presenta de forma continua y no es provocado por ningún factor desencadenante, de tres semanas de evolución. Ha acudido a urgencias en cuatro ocasiones por dichos síntomas, siendo dado de alta con diagnóstico de vértigo periférico. No refiere acuíferos acompañantes. Niega clínica de infección respiratoria previa. Niega antecedentes personales de migraña ni traumatismo craneoencefálico. No ingesta de medicamentos de forma habitual. Niega mejoría con sulpirida a dosis altas. Debido al empeoramiento clínico a pesar de tratamiento adecuado y a la inestabilidad de la marcha presentada, se decide realizar analítica sanguínea, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC craneal y de columna vertebral cervical.
Exploración y pruebas complementarias:
Regular estado general. Consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido.
Neurología: Funciones superiores mantenidas con lenguaje normal. Pares craneales normales. Nistagmo vertical sin fijación con la mirada. No diplopía. Inestabilidad postural y de la marcha. Leve dismetría dedo nariz. No pérdida de sensibilidad.
Auscultación cardíaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.
La exploración del conducto auditivo muestra paredes de piel lisa, sonrosada, con pelos en el segmento inicial, alguna descamación córnea y cierto contenido de cerumen en ambos oídos. Se visualiza membrana timpánica sin alteraciones.
TAC craneal: Extenso edema vasogénico en hemisferio cerebeloso derecho que asocia aumento generalizado de la talla ventricular, herniación transtentorial ascendente y herniación amigdalina, siendo probablemente secundario a proceso neoformativo infratentorial (primera posibilidad metastásica). Se recomienda completar estudio con resonancia magnética de cráneo de forma programada para mejor caracterización.
Analítica sanguínea: hemoglobina 17, leucocitos 1060, plaquetas 206000, coagulación en rango. Glucosa 117, urea 53 creatinina 0.72, FG 90, LDH 243. Iones en rango. PCR 4.
Diagnóstico diferencial:
Tumores primarios del sistema nervioso central, metástasis cerebelosas, infartos cerebelosos, abscesos, granulomas.
Juicio clínico:
Vértigo central. Metástasis cerebelosa.
Plan de actuación:
El paciente fue ingresado a cargo de neurocirugía para el tratamiento de la hidrocefalia y continuó hospitalizado para la realización de pruebas complementarias, con el fin de completar

el estudio diagnóstico y asegurar la estabilidad clínica del paciente.

CONCLUSIONES

La confusión entre un vértigo central y periférico es frecuente debido a la superposición de síntomas clínicos en ambas condiciones. Tanto el vértigo central como el periférico pueden manifestarse con sensación de giro, inestabilidad, náuseas y vómitos, lo que dificulta su diferenciación en la evaluación inicial. Además, la intensidad y la duración de los episodios pueden variar ampliamente.
Los hallazgos clave del examen físico, como el nistagmo, pueden ofrecer pistas, pero no siempre son concluyentes, ya que pueden presentarse en ambos tipos de vértigo con variaciones en dirección, frecuencia e intensidad. Asimismo, ciertas presentaciones atípicas de vértigo central pueden simular características de un cuadro periférico. Otras pruebas físicas que pueden ser de gran utilidad para diferenciar las dos etiologías son el cover-test o test de skew (TS) o la prueba de Halmagyi o prueba de impulso cefálico (HI).
En este contexto, la anamnesis detallada es fundamental para orientar el diagnóstico. Es importante preguntar sobre infección reciente de vías aéreas superiores o patologías otológicas, la presencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes o tabaquismo, y antecedentes personales o familiares de patologías otológicas y de migraña, dado que esta última puede asociarse con episodios de vértigo. También debe indagarse sobre antecedentes de cirugías previas y traumatismos craneoencefálicos, que pueden predisponer tanto a vértigo de origen central como periférico.

P. #1519

MICCIÓN INVOLUNTARIA: OBSERVACIÓN CLINICA

Kelly Y. Rivero Araujo, María Nuria Álvarez Díez, Daniel Puente López, Irene Mate Martín, Mónica Loreto Santos Orus
Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Se trata de un paciente de 73 años, independiente para ABVD, con antecedente de Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Hiperplasia benigna de prostata. Acude a urgencias por cuadro de unos 3 días de evolución de urgencia miccional y fecal. Según refiere, desde que recibió la vacuna frente a Covid-19 y la gripe, en diciembre del pasado año, comenzó a presentar cefalea, que se ha mantenido constante, que puntúa con un 6/10 en la Eva y que mejora con la toma de paracetamol cada 12h. Niega alteraciones del sueño, náuseas, vómitos o alteraciones visuales asociadas. No clínica que sugiera crisis. Niega traumatismos previos. Fue valorado en dos ocasiones por su MAP por la cefalea, realizándose dos radiografías de cráneo donde, según dice, le manifestaron que se "veía moco" y se la pautaron mucolíticos. Hoy decide acudir a Urgencias porque desde hace 3 días tiene urgencia miccional y no es capaz de llegar al baño, acompañándose de episodios similares en la esfera fecal. Su pareja le nota con lentitud en la marcha y astenico. Niegan otra clínica.
Al examen fisico: Consciente, parcialmente orientado en tiempo, orientado en persona y espacio, bradipsiquico, bradilalico. GCS 15 puntos. Poco expresivo. Lenguaje, habla, pares y vías largas sensitivomotoras sin alteraciones Marcha estable pero lenta, no braceo. No dismetrias, Campimetria por confrontación normal. No signos meningeos.
Se realizó TC craneal que describe: Hematoma subdural crónico hemisférico izquierdo de morfología lobulada con membranas o tabiques en su espesor, con mayor grosor en la región frontal donde mide 20 mm de espesor, produce efecto de masa sobre los surcos adyacentes y la línea media que se encuentra desplazada 13 mm hacia la izquierda. Analitica con Bioquímica, hemograma y coagulación anodinos.
Juicio clinico: Hematoma subdural crónico hemisférico derecho en paciente no antiagregado ni anticoagulado con GCS 15 puntos . Ingresa a cargo de Neurocirugia para tratamiento, realizandose trépano y evacuación de hematoma con TC Craneal control en el que evidencia: Disminución significativa del hematoma subdural crónico hemisférico derecho con aparición de neumoencéfalo, sobre todo frontal. Mayor grosor de cámara en la región frontal de 10mm, antes 20 mm de espesor, con disminución significativa del efecto de masa sobre los surcos adyacentes y la línea media que se encuentra desplazada 5 mm, antes 13 mm hacia la izquierda. Agenesia seno frontal izquierdo e hipoplasia del dcho. Se mantiene hemodinamicamente estable y sin focalidad neurológica al alta.

CONCLUSIONES

1. Una buena anamnesis es fundamental en el ejercicio médico de la actuación urgente
2. El TC craneal en este caso, ha sido la prueba de imagen que

nos ha llevado al diagnostico definitivo
3. En este caso la exploración física no ha sido determinante para la adecuada orientación de la patología del paciente

P. #1521

ENCEFALOPATIA NO UREMICA EN PACIENTE HEMOLIZADO. OBSERVACION CLINICA

Sonia Andrea Mora Giraldo, Luis Miguel Maestro Gilmartin, María Nuria Álvarez Díez, Mercedes Matias Flecha, Mirian Martínez Fernández

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 78 años que vive solo, pero por déficit visual debido a DM1 precisa cierta supervisión. Antecedentes personales. No alergias. DM 1, HTA. Dislipemia. Exfumador 1 paq/dia. Colitis isquémica subaguda en tratamiento conservador. 2013 Insuficiencia Renal Crónica grado 3B en hemodiálisis desde el Nov 2024. Angina en el 2022, cuatro Bypass. Trasladado al servicio de Urgencia Hospitalaria por vómitos mareo y estreñimiento. En tratamiento con gabapentina por prurito desde hace cuatro días por su nefrólogo, hasta entonces asintomático. Hace 48 horas visito urgencias diagnosticado de vértigo y tratado con Nootropil, con mejoría clínica, previamente ya había sido tratado con Primperan y Citorsal 24 horas antes. Su acompañante refiere que hace unas horas ha iniciado temblor en miembros superiores, incapacidad para la bipedestación y deambulación autónoma, acompañado de amnesia transitoria y dos episodios de vómitos sin dolor abdominal.
Exploración física: Orientado en espacio y persona, no en tiempo, inatento. Lenguaje: Nomina, repite, bradilílico. Pupilas isocóricas normoreactivas campimetría normal, motores oculares sin restricción ni nistagmos. Facial centrado, resto de pares craneales bajos normales. Fuerza 5/5 en cama con reflejos cutáneos plantares flexores. Sensibilidad al pinchazo normal. Presenta claro Flapping bilateral no aislado en hemicuerpo. Eupneico en reposo y afebril. AC rítmico a 60 lpm, soplo sistólico panfocal que irradia carótidas. AP: MVC sin añadidos. Abdomen blando depresible no doloroso, sin signos de irritación no se palpan masas ni megalias.
Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucemia 364 mg/dl. Urea 70 Cr 4.59 FG 11 (dializado el día anterior) Na 139. Mg 163 PCR 2.6 PMN 89%. Hemograma: Hb 10.2g/dl. EKG ritmo sinusal a 60 lpm. Radiografía de abdomen: abundantes heces, por lo que preciso enema. TC de cráneo patología isquémica crónica, sin datos de patología aguda.
Discusión: A nivel analítico no hay datos que orienten a etiología de la encefalopatía, según informe de TC sin patología aguda que justifique el cuadro clínico. Único posible desencadenante coincide gabapentina: Descritos en efectos similares de ficha técnica siendo muy frecuentes la somnolencia, mareos y ataxia. Frecuentes disartria temblores y alteración de la coordinación.
ID: Encefalopatía medicamentosa.
Evolutivo: Por lo expuesto, la etiología mas probable seria la gabapentina, por lo que planteamos dejar en observación de área de urgencias para lavado de fármaco y revaloración; la mejoría sintomática fue progresiva. Paciente asintomático a las 72 horas por lo que fue dado de alta tras su sesión de diálisis programada.

CONCLUSIONES

1. Una buena anamnesis fue la clave para diagnosticar el cuadro que presentaba nuestro paciente.
2. La posibilidad de disponer de área de Observación de pacientes pendientes del servicio de Urgencias, evito un ingreso hospitalario y con una resolución exitosa.

P. #1527

UN MAREO INESPECÍFICO: HEMATOMA CEREBELOSO POR ROTURA DE ANEURISMA DE LA PICA

Laura Lafuente Muñoz, Lourdes Sánchez Cabanes, Joaquín López Miota, Rosalía Vidal Baño, Ester García Solivelles, Lucía López Martínez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 46 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude al servicio de urgencias hospitalarias tras sufrir episodio que define como contractura aguda repentina a nivel dorsal acompañado de dolor intenso a nivel cervical. Desde ese momento, asocia mareo tipo inestabilidad y parestesias de manos y pies. Ha presentado dos vómitos. Dada la buena respuesta a la analgesia, normalidad en la exploración neurológica y pruebas complementarias, es dado de alta.

Cinco días después el paciente acude de nuevo a urgencias por empeoramiento refiriendo clínica de cefalea en casco de predominio occipital intensa, acompañada de vómitos. Es incapaz de levantarse de la cama por la sensación de inestabilidad. Es entonces cuando comenta que en el inicio de la clínica agudo sufrió un episodio de presíncope sin pérdida de conciencia junto con cortejo vegetativo.

A la exploración física el paciente presenta mal estado general, sudoroso, pálido.

A la exploración neurológica está consciente y orientado, escala de Glasgow 15/15. No pérdida de fuerza ni sensibilidad en miembros, dudosa ptosis izquierda y facial central derecho. Nistagmo horizontal bilateral.

Sus constantes eran tensión arterial 151/84 mmHg; frecuencia cardiaca: 78 lat/min; Saturación O2: 98 %; temperatura: 36.4 °C ; escala dolor: 4 sobre 5.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: anodina.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 82 lxm. No signos de isquemia aguda.
- Tomografía computerizada (TC) de cráneo contraste: Hemorragia intraparenquimatosa de 23 mm en vertiente inferoposterior de vermis con pequeño componente de hemorragia subaracnoidea en folia cerebelosa inferior derecha y leve edema vasogénico circundante que ejerce efecto masa en suelo de IV ventriculo y condiciona hidrocefalia incipiente (dilatación aislada de astas temporales). Sin trazos de fractura ni lesiones óseas.
- Angio TC: Aneurisma de 7 mm en el seno de la hemorragia y al que llega una rama distal de la arteria posterocerebelosa inferior (PICA) derecha y sale otra rama que parece drenar en un seno venoso. Conclusión: Hematoma cerebeloso con leve hidrocefalia incipiente secundario a rotura de aneurisma de la PICA derecha vs micro malformación arteriovenosa (MAV).

El paciente pasa a observación, se pauta fluidoterapia y metamizol endovenoso.

Se contacta con Neurocirugía, quienes rechazan posibilidad de tratamiento quirúrgico y derivan a Neurointervencionismo quienes indican el traslado del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Finalmente, se realizó craneotomía y exéresis de la aneurima de la PICA y de la MAV suboccipital cerebelosa con hematoma cerebeloso.
Juicio diagnóstico: Hematoma cerebeloso secundario a rotura de aneurima de la PICA.
Diagnóstico diferencial: Cefalea migrañosa, mareo cervicogénico.

CONCLUSIONES

La rotura de un aneurisma intracraneal es una de las causas de hemorragia intraparenquimatosa y subdural. La clínica depende del lugar de la ruptura, de la magnitud del hematoma, la isquemia que provoque y el edema circundante. En este caso, la clínica fue evolucionando hasta llegar a mostrar signos de hipertensión intracraneal.
La probabilidad de que un paciente que acuda a Urgencias por cefalea y mareo, y que finalmente se diagnostique un hematoma cerebreloso por aneurisma de la PICA es algo excepcional. El aprendizaje de este caso no se centra en la complejidad de la patología, sino en no caer en la en la tendencia de menospreciar los diagnósticos menos frecuentes a la hora de valorar el diagnóstico diferencial de cuadros que pudieran tener características banales.

P. #1528

VÉRTIGO CENTRAL: ¡EL MAREO QUE NO SABÍAS QUE VENÍA DEL CEREBRO! SÍNDROME DE WALLENBERG

Lidise Rocío Arbolaez León, Paula María González Medina, Liuva Déniz Déniz, María Ferrando Feliu

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 57 años, con intolerancia a los fenofibratos y sin hábitos tóxicos. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y tromboembolismo pulmonar. Tratamiento habitual: valsartán/hidroclorotiazida 320/12.5mg, pentofixilina 400mg, metformina/empaglifozina 1000/5mg, insulina aspart, sintrom, rosuvastatina/ezetimiba 10/10mg
MOTIVO DE CONSULTA
Acude a urgencias por mareo rotacional acompañado de cansancio, parestesias en hemicara derecha, sensación distérmica sin fiebre termometrada y alteración en la marcha por debilidad en MID de varios días de evolución. Valorada hace dos días, donde se diagnostica vértigo periférico que no cede con medicación.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Glucemia: 128 mg/dl; TA: 184/95 mmHg; FC: 89 lat/min; Sat. O2: 97 %;
Regular estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Bradipsiquia. No disartria. Pares craneales conservados. Pupilas isocóricas, normorreactivas. No parálisis facial. Nistagmo rotatorio. No dismetrías. Sin pérdida de fuerza en extremidades. Romberg con desviación hacia la derecha. Marcha inestable con aumento de la base de sustentación. Hiperemia conjuntival derecha. Auscultación cardiopulmonar normal.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Radiografía de tórax PA y L: sin hallazgos patológicos
- Radiografía abdominal AP: sin hallazgos patológicos
- TC cerebral: No imágenes sugestivas de sangrado intracraneal o isquemia aguda.

Se identifican dos focos glióticos hipodensos de probable carácter isquémico crónico adyacentes al asta frontal izquierda y otro adyacente al asta temporal derecha, que condicionan leve retracción ventricular. Talla ventricular de tamaño normal. Línea media centrada. Cisternas de la base no colapsadas.
- Analítica: glucosa 120 mg/dL, creatinina 0,95 mg/dL, filtrado glomerular 67 mL/min/1,73, PCR 0,45 mg/dL, leucocitos 14,1 x 10^9/L, neutrófilos 10,0 x 10^9/L, hemoglobina 14,8 gr/dL, índice de Quick 38 %, INR 1,99, TTPA 33,0 seg, sedimento de orina normal

EVOLUCIÓN
Tras la realización de pruebas complementarias se ingresa a la paciente en la planta de hospitalización de neurología por vértigo de origen central.
Durante el ingreso se consigue control tensional tras ajuste de medicación antihipertensiva oral (necesitando 4 fármacos), y habiendo necesitado de forma puntual algún rescate con Labetalol IV. La paciente presenta mejoría parcial de la sintomatología, aún persistiendo sensación de mareo constante que le impide deambular de forma autónoma. Las pruebas complementarias confirman el ictus bulbar derecho (Sd de Wallenberg), de probable origen aterotrombótico, al

objetivarse ateromatosis difusa en ambas vertebrales y tercio proximal de la arteria basilar que condiciona una estenosis con repermeabilización del flujo distal. Neurología del Hospital de Tercer Nivel, desestima en el momento actual un procedimiento endovascular sobre dicha estenosis y recomienda mantener anticoagulación a dosis terapéuticas y estatina a altas dosis. Inicia fisioterapia durante el ingreso y se solicita traslado a la unidad de daño cerebral de Hospital de larga estancia.

CONCLUSIONES

El síndrome de Wallenberg o infarto bulbar lateral ocurre por una oclusión aterotrombótica de la arteria vertebral intracraneal o cerebelosa posteroinferior, que irriga la porción inferior del cerebelo y la región lateral del bulbo raquídeo. Existen factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo, Diabetes Mellitus tipo II, hiperlipidemia y cardiopatías. La tríada representativa es el síndrome de Claude-Bernard Horner, ataxia ipsilateral a la lesión, y alteraciones sensitivas como hipoestesia ipsilateral de la cara y contralateral del cuerpo.Sin embargo, pueden haber cuadros atípicos del síndrome de Wallenberg, y el paciente tendrá alteraciones sensitivas unilaterales, así como cambios sensitivos bilaterales según la extensión de la lesión. El diagnóstico del síndrome de Wallenberg es clínico, se usan las imágenes para confirmar la presunción diagnóstica. El tratamiento es estándar, si el paciente llega en las primeras 4.5 horas desde el inicio del cuadro, se le indica trombolisis IV.

BIBLIOGRAFÍA
UpToDate. Síndrome de Wallenberg. Feb 2025

P. #1531

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO CON RETENCIÓN URINARIA PRECOZ: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

José María García De Dompablo
Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 54 años, sin antecedentes relevantes salvo una fijación cervical C5-C7 por accidente en 2018, pendiente de intervención por hernia discal L5-S1, y antecedente de miringotomía bilateral en la infancia con infecciones de oído recurrentes recientes. Inicia en 2023 con cuadro febril de posible origen otógeno (dolor en oído derecho). Al día siguiente, desarrolla debilidad progresiva en miembros inferiores, evolucionando en días hacia incapacidad total para caminar, junto a retención urinaria, por lo que acudió a Urgencias Hospitalarias para valoración. Requirió sondaje vesical. No presentaba alteración fecal, digestiva, fiebre ni disautonomía en ese momento. Durante su ingreso inicial, los estudios realizados (TC de cráneo y abdomen, punción lumbar) mostraron pleocitosis en líquido cefalorraquídeo (LCR) como único hallazgo relevante. Se instauró tratamiento empírico con aciclovir y ceftriaxona. Ante la persistencia del cuadro, fue derivado a nuestro centro para valoración por Neurología. A su llegada, destacaba debilidad distal simétrica en miembros inferiores, con reflejos osteotendinosos abolidos y sensibilidad vibratoria disminuida. Los estudios complementarios realizados en nuestro centro incluyeron: Laboratorio: Anticuerpos antigangliósidos GD1a y sulfátidos positivos, proteinorraquia elevada (102.4 mg/dL), con bandas oligoclonales negativas y serologías infecciosas sin hallazgos relevantes. Neuroimagen: Resonancia magnética con hiperintensidad de raíces de la cola de caballo en T2. Neurofisiología: Cambios progresivos en electromiografía compatibles con polirradiculitis inflamatoria aguda. Con estos hallazgos y ante la exclusión de otras etiologías, se estableció el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré (SGB) atípico. Se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y rehabilitación física, mostrando mejoría progresiva. Sin embargo, persistió la necesidad de sondaje vesical por retención urinaria.

CONCLUSIONES

El síndrome de Guillain-Barré puede presentarse de manera atípica, dificultando su diagnóstico inicial. En este caso, la coexistencia de retención urinaria precoz y hallazgos inespecíficos en los estudios iniciales plantearon dudas diagnósticas. La confirmación del cuadro fue posible mediante la detección de anticuerpos antigangliósidos, la hiperintensidad radicular en resonancia magnética y el seguimiento neurofisiológico. Destacamos la importancia de mantener una alta sospecha clínica en pacientes con tetraparesia o paraparesia progresiva, asociada a hallazgos sugestivos en LCR o neuroimagen, incluso cuando los estudios neurofisiológicos iniciales no son concluyentes. Este caso enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinario y el

uso sistemático de pruebas complementarias para evitar errores diagnósticos en esta entidad.

P. #1535

RESPIRAR, TRAGAR... Y SOSPECHAR: MIASTENIA GRAVIS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pere Medina Martí, Rosa Escoda Turon
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años con antecedentes de hipotiroidismo subclínico, sin alergias medicamentosas conocidas ni tratamiento habitual, y fumadora de un paquete diario, que consulta en urgencias por disnea a mínimos esfuerzos, sin tos ni expectoración. En la anamnesis, refiere que consultó previamente hace un mes por diplopía, que se orientó como secundaria a una infección viral, la cual persiste a diario y empeora a lo largo del día. Además, menciona que en las últimas semanas ha iniciado disfagia a sólidos, por lo que le realizaron una gastroscopia ambulatoria el día previo, sin hallazgos relevantes. También presenta ortopnea y astenia intensa, que le dificulta la deambulación.
A su llegada a urgencias, se encuentra hemodinámicamente estable, normotensa (142/82 mmHg), con frecuencia respiratoria de 20 rpm, frecuencia cardíaca de 77 lpm y SpO2 del 97% con lentillas nasales a 2L.
En la exploración física, destaca una auscultación cardiopulmonar normal, con buena mecánica ventilatoria. La exploración neurológica muestra diplopía en posición primaria de la mirada y en supraversión, sin ptosis ni oftalmoparesia franca, pero con limitación en ambos rectos externos, con empeoramiento de la diplopía en la abducción. Además, presenta debilidad orbicular leve y simétrica, con dificultad para la retención de aire con oclusión labial, sin disartria ni disfonía. El balance muscular muestra un leve déficit en flexión cervical (4/5), pero conservado en extremidades superiores e inferiores, aunque con fatigabilidad ante maniobras repetidas. No se evidencian dismetrías, afectación sensitiva ni alteraciones en los reflejos osteoarticulares.
La analítica es estrictamente normal. La radiografía de tórax no muestra infiltrados ni consolidaciones, con senos costofrénicos libres. La PCR de virus respiratorios es negativa, y la TC cerebral no presenta signos de patología aguda. La gastroscopia reciente muestra esofagitis grado A de Los Ángeles y hallazgos inespecíficos en la mucosa gástrica, pendientes de anatomía patológica, pero que no concuerdan con la clínica y sugieren considerar una causa orofaríngea.
Se orientó el diagnóstico como síndrome miasteniforme, siendo la miastenia gravis la enfermedad más probable. Se inició tratamiento con piridostigmina, prednisona e inmunoglobulinas ajustadas por peso. Se solicitó análisis de neuroinmunología para confirmar la sospecha diagnóstica, y la paciente fue ingresada en el área de vigilancia intensiva para monitorización.
La paciente no requirió soporte ventilatorio en ningún momento y, tras varios días de buena evolución clínica, fue trasladada a la sala de neurología para continuar con el estudio.

CONCLUSIONES

Es fundamental realizar una anamnesis detallada ante una clínica compleja de corta duración, ya que, a menudo, los pacientes no

relacionan todos los síntomas con un mismo proceso si no han aparecido simultáneamente.
Además, en aquellos casos en los que los pacientes reconsulten tras un primer diagnóstico y tratamiento, se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras posibles causas menos frecuentes que podrían no haberse contemplado en la visita inicial.

P. #1537

DESORIENTACIÓN AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía Mora Del Oso, Nerea García Soria, Borja Jiménez Ormabera, Luis Felipe Gómez Andrade, Enrique Salvador De La Rosa

Hospital Universitario Santa Lucia, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 45 años, sin antecedentes de interés, acude por cefalea de dos días de evolución (según familiares quejas previas de otalgia derecha), el día de hoy vómitos.
Sobre las 19h comienza con desorientación, mutismo y empeoramiento clínico por lo que avisan a 112.
No fiebre termometrada en domicilio.
En urgencias 39.4ºC
Regular estado general, eupneico en reposo, normohidratado y normocoloreado. Febril.
Neurológico: Glasgow 9, pupilas isocóricas y normorreactiva, desorientado en tiempo, espacio, persona. Posición fetal. Rigidez de nuca.
Piel: no lesiones, no petequias.
A su llegada, se solicitan extracción de hemocultivos y prueba de imagen, se inicia antibioterapia empírica urgente ante sospecha de meningitis bacteriana y corticoide iv. Se contacta con neurólogo de guardia y radiólogo, además de unidad de cuidados intensivos.
Se traslada paciente a emergencias por agitación de difícil control, se realiza intubación orotraqueal y se traslada a escáner para realizar TC de cráneo en el que no se observan alteraciones relevantes, tras el que se traslada a unidad de medicina intensiva donde se optimiza analgosedación y tratamiento de soporte y se realiza punción lumbar.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Bioquímica: ^ Glucemia: 179 mg/dl, Na: 132 mEq/l,K: 3,4 mEq/l, Cl: 95 mEq/l, Bilirrubina Tot: , PCR: 14 mg/dl, Procalcitonina: 7 ng/ml,
Gasometría: ^ Tipo: Venosa; pH: 7,364; pCO2: 46,3 mm Hg; PO2: 51,2 mm Hg; HCO3: 26,4 mmol/l; EB: 0,4 mmol/l; Lactato: 3,2 mmol/l; Calcio iónico: 4,79 mmol/l;
Hemograma: Hematíes: 5 x10^6/uL; Hb: 15 g/dl; Hto: 41 %; Plaquetas: 309 x1000/uL; Leucocitos: 28 x1000/uL; Neutrófilos: 89 %; Linfocitos: 3 %;
Coagulación: ratio PTTA: 0,9; ratio TP: 1,4; Fibrinógeno: 812 mg/dl;
ECG: ritmos sinusal, sin alteraciones de la repolarización
Radiografía Tórax: Sin infiltrados en parénquima, sin signos de ocupación pleural. Tubo endotraqueal y vía central bien posicionadas.
TC: Hallazgos: TC de cráneo sin contraste iv URGENTE
No se dispone de estudios previos con los que comparar
Sin evidencia de lesiones hemorrágicas extra e intraaxiales.
No se detectan alteraciones en la densidad del parénquima cerebral.
No efectos de masa ni desviación de estructuras de línea media.
Sistema ventricular de tamaño y morfología normal.
Patrón de surcos levemente disminuido para la edad, sin disponer de estudios previos para comparar, con
adecuada diferenciación córtico-subcortical.

No se han detectado fracturas óseas.
Engrosamiento mucoso de senos maxilares y celdillas etmoidales.
Ocupación parcial del antro mastoideo y de celdillas mastoideas derechas por material mucoso, con leve
esclerosis de la mastoides derecha asociada. Hallazgos sugestivos de otomastoiditis aguda. No se
observan colecciones.
Conclusión:
Sin signos de patología intracraneal aguda.
Hallazgos sugestivos de otomastoiditis aguda derecha.
Punción lumbar: Aislamiento de S. pneumoniae en FilmArray.
Hemocultivos: Aislamiento de S. pneumoniae.
Escalas de Gravedad
Apache II: 18.
SAPS II: 36 (P=0,181).
SAPS III: 49.
SOFA Máximo: 2.
Ventilación Mecánica (días): 3 días
Aislamiento al Alta: No
Sabadell Score: 0, Buen Pronóstico Vital
JUICIO CLÍNICO FINAL
Meningitis bacteriana con aislamiento de S. pneumonie en LCR y hemodultivos
Posible otomastoiditis derecha

CONCLUSIONES

La sospecha clínica temprana de meningitis bacteriana permitió una actuación rápida y un inicio precoz del tratamiento antibiótico empírico, lo que resultó fundamental para mejorar el pronóstico del paciente.
Gracias a esta intervención, la evolución ha sido favorable, con una recuperación progresiva y sin complicaciones hasta el momento.
Este caso subraya la importancia del reconocimiento temprano de los signos de meningitis y la instauración inmediata del tratamiento para optimizar los resultados clínicos.

P. #1542

HIPONATREMIA, UNA ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Rafaela Martínez López[1], Marta Cepeda Zamorano[1], Ángela Lara López[2], Víctor Daniel Navia Quilindo[1], Helena Abella De Gregorio[1], Tania Tamayo Bejarano[1]

1. Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, España
2. Hospital Universitario Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 83 años, con antecedentes de hipertensión en tratamiento con losartan 100 mg, acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor lumbar derecho de características cólicas desde hace dos días, no irradiado, sin fiebre ni clínica miccional. Refiere estreñimiento habitual. Ha estado en tratamiento con fosfomicina durante una semana por infección del tracto urinario, así como con analgesia de primer escalón ante sospecha de lumbalgia. Comenta disnea de moderados esfuerzos sin dolor torácico, ni palpitaciones, ortopnea o aumento de edema en extremidades inferiores (EEII). Mantiene una ingesta hídrica diaria de unos 1,5 litros A la exploración presenta buen estado general, consciente y orientada en tiempo, lugar y persona, sin datos de focalidad neurológica ni signos meníngeos. Normohidratada, coloreada y bien murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; el abdomen presenta ruidos hidroaéreos, es globuloso, blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal y puño percusión renal bilateral negativa; EEII sin edema ni signos de trombosis venosa profunda. Se solicita análisis de sangre, orina y radiografía de abdomen objetivando como único hallazgo niveles de sodio 124mmol/l, confirmando hiponatremia moderada en segunda determinación. Se amplían niveles de osmolaridad e iones en orina, objetivando hiposmolaridad plasmática (261mmol/kg) e hiperosmolaridad urinaria con nivel de sodio en orina 57mmol/l. Ante la sospecha de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) se inician medidas de restricción hídrica. Para completar estudio, se solicita radiografía de tórax, hallando condensación pulmonar en lóbulo superior derecho. Tras hallazgos se solicita tomografía computarizada de tórax objetivando masa pulmonar espiculada de 53 x 43 x 32 mm compatible con neoplasia. Posteriormente se confirma con biopsia el diagnóstico de adenocarcinoma y en estudio de extensión se identifica afectación ósea a nivel de L2 - L3 y varias lesiones focales en hígado compatibles con metástasis.

CONCLUSIONES

La hiponatremia es uno de los trastorno electrolítico más común. Afecta a alrededor del 15% de los pacientes hospitalizados urgentes y hasta el 20% de los pacientes críticos. Puede causar un amplio espectro de síntomas clínicos, desde sutiles hasta graves o incluso mortales, y se asocia con aumento de la morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y reingresos, lo que implica un alto impacto sociosanitario. A pesar de que su detección es sencilla, se trata de una patología infraestimada. Por lo que es importante su identificación y

manejo adecuado desde urgencias.
El SIADH es una causa frecuente que cursa con hiponatremia, hipoosmolalidad plasmática, osmolalidad urinaria inadecuadamente elevada (más de 100mosm/kg) y natriuresis superior a 40mmol/l.
Se trata de una entidad de etiología muy variada cuyo diagnóstico de exclusión requiere una evaluación cuidadosa, que precisa descartar situaciones que cursen con disminución de la volemia eficaz (como es la insuficiencia cardiaca, cirrosis con ascitis o hipovolemia) y polidipsia primaria. Además el estado ácido-base, el potasio, la función cardiaca, renal, suprarrenal y tiroidea deben ser normales.
Con respecto al tratamiento, el objetivo prioritario no es normalizar la natremia, sino conseguir valores de sodio dentro de unos límites razonablemente seguros (120mmol/l). La terapia de primera línea es la restricción de líquidos de menos de 1000 ml/día.
Junto con las infecciones y fármacos, las neoplasias son una causa frecuente de SIADH. En el momento del diagnóstico se observa, en un 15 % de los pacientes con carcinoma microcítico de pulmón y en un porcentaje menor en aquellos con cáncer de pulmón no microcítico. De hecho, esta afección fue detectada por primera vez en dos pacientes con cáncer de pulmón por William Schwartz y Frederic Bartter en 1967, los cuales desarrollaron los criterios clásicos para diagnosticar el SIADH.

P. #1544

"DOCTORA, ¡ME HA SALIDO ALGO AHÍ ABAJO!" ABORDAJE CLÍNICO DE UNA PATOLOGÍA UROLÓGICA POCO FRECUENTE

Liuva Déniz Déniz, Paula María González Medina, Lidise Rocío Arboláez León, María Ferrando Feliu

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 51 años sin alergias medicamentosas. No presenta antecedentes medico-quirúrgicos de interés. No tratamiento habitual.
MOTIVO DE CONSULTA
Paciente varón de 51 años que acude al servicio de urgencias por bulto en la zona lateral derecha del pene que ha aparecido hace 3 días. Refiere haber pasado clínica respiratoria compatible con gripe en los últimos días y posteriormente le apareció el bulto en la zona dorsolateral derecha del pene, doloroso a la palpación y al mínimo roce. No se ha desencadenado tras una relación sexual. Erecciones matutinas conservadas pero dolorosas en la zona. No relaciones sexuales de riesgo. No sangrado. No signos de infección. No otros síntomas.
EXPLORACIÓN FÍSICA
TA: 131/84 mmHg; Tª: 36.2 °C; FC: 87 lat/min;
Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Eupneico. Consciente y orientado.
Se observa conducto tortuoso inflamado en el dorso lateral derecho del pene, en la zona de la corona, endurecido y doloroso al tacto. No adenopatías ni secreción por uretra.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
No precisa pruebas complementarias.
EVOLUCIÓN
Se contacta en el servicio de urgencias con el urólogo de guardia, quien refiere que se trata de linfangitis esclerosante del pene y no precisa tratamiento. En caso de persistencia después de unos meses, debe acudir a su médico de cabecera para derivación a la unidad de urología.

CONCLUSIONES

La linfangitis esclerosante no venérea del pene (LENVP) es una enfermedad infrecuente que afecta predominantemente a varones jóvenes sexualmente activos. Pese a ser una entidad exclusivamente genital, no es considerada una enfermedad venérea. Clínicamente se caracteriza por la aparición de un cordón indurado de color piel situado en el surco balanoprepucial del pene, que generalmente resulta indoloro excepto en algunos casos en los que se producen molestias durante la erección. No se acompaña de clínica uretral, miccional y no presenta adenopatías locorregionales. En algunas ocasiones pueden aparecer edema de glande, erosiones o ulceraciones próximas al cordón que pueden dificultar su diagnóstico. La etiopatogenia permanece en debate. La teoría más admitida en la actualidad es la obstrucción de origen traumático de los vasos linfáticos en el surco balanoprepucial tras una actividad sexual intensa la semana previa. En la mayoría de los casos constituye una

enfermedad autorresolutiva con la única recomendación de abstinencia sexual. Su resolución suele darse entre 3 días y 5 meses tras su presentación. En caso de persistencia o recidiva recurrente, la ablación quirúrgica del vaso afectado puede ser una opción a valorar.

BIBLIOGRAFÍA

Pegalajar-García, M. D., Pérez-López, I., Gil-Villalba, A., Cabrerizo-Carvajal, A. M., & Ruiz Villaverde, R. (2023). Lesión en el pene, más allá de lo venéreo. SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.(Ed. Impr.), e101824-e101824.

P. #1548

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A ANEURISMA CEREBRAL EN EL GIMNASIO

Paloma Arias García[1], Ana Bayo Sevilla[1], María Del Carmen Orts Cansino[1], Reyes Fullana Alba[2], Alejandra Pérez Ares[3]

1. Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital La Princesa, Madrid, España
3. Hospital Clínico De Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 38 años, sin antecedentes relevantes. Motivo de consulta: Síncope de menos de 5 minutos de duración tras esfuerzo físico en el gimnasio (realizando pesas), presentó prodromos previo al sincope con malestar general, visión borrosa, cefalea brusca e intensa (EVA 10/10), fotofobia y sonofobia.
Síntomas al ingreso: Mareo, cefalea persistente, náuseas a pesar de tratamiento con primperan y paracetamol IV.
Exploración Física
Estado general: Consciente, orientada, colaboradora (GCS 15)
Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, sin soplos
Respiratorio: Normoventilación en todos los campos
Abdomen: Blando, depresible, sin hallazgos patológicos
Extremidades: Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda
Neurológico: Pares craneales normales; Habla conservada; Fuerza y sensibilidad normales en las cuatro extremidades; Presencia de nistagmo horizontal izquierdo
Pruebas de Imagen
• TAC craneal:
Hemorragia subaracnoidea aguda en localización frontobasal e interhemisférica
Presencia de aneurisma en transición A2-A3 de arteria cerebral anterior izquierda
Incipiente hidrocefalia
Resto del estudio sin otras alteraciones relevantes
Diagnóstico
• Hemorragia subaracnoidea (HSA) aguda secundaria a rotura de aneurisma en arteria cerebral anterior izquierda
• Incipiente hidrocefalia secundaria a HSA

CONCLUSIONES

La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una patología neurológica grave que, aunque más frecuente en adultos mayores, también puede afectar a mujeres jóvenes, como en el caso presentado. La etiología más común en esta población es la rotura de un aneurisma cerebral, especialmente en el contexto de factores predisponentes como hipertensión, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales o antecedentes familiares de enfermedad cerebrovascular. En ocasiones, la HSA puede desencadenarse tras un esfuerzo físico intenso, como el realizado en el gimnasio en este caso.
El diagnóstico de HSA debe sospecharse ante la aparición de cefalea súbita e intensa, a menudo descrita como “el peor dolor de cabeza de la vida” y acompañada de síntomas neurológicos como náuseas, vómitos, fotofobia, alteración del nivel de

consciencia o déficits focales. En nuestro caso, la paciente presentó un episodio sincopal con pródromos visuales y malestar general, seguido de una cefalea de máxima intensidad, lo que justificó la realización de un TAC craneal urgente. Este estudio permitió identificar el sangrado en localización frontobasal e interhemisférica, así como la presencia de un aneurisma en la arteria cerebral anterior y signos iniciales de hidrocefalia.

El manejo de la HSA en mujeres jóvenes requiere un enfoque multidisciplinario con monitorización intensiva en UCI, control estricto de la presión arterial para reducir el riesgo de resangrado, administración de nimodipino para la prevención del vasoespasmo y evaluación neuroquirúrgica urgente. En la mayoría de los casos, el tratamiento definitivo del aneurisma implica una intervención endovascular con embolización mediante coils o cirugía abierta con clipaje aneurismático. La decisión terapéutica depende de la localización del aneurisma, su morfología y el estado clínico de la paciente.

Las complicaciones más temidas de la HSA incluyen el resangrado, el vasoespasmo cerebral, la hidrocefalia y el desarrollo de un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) con hiponatremia. Un seguimiento clínico y radiológico estrecho es fundamental para detectar estas complicaciones a tiempo y optimizar el pronóstico de la paciente.

En conclusión, la HSA aneurismática en mujeres jóvenes, aunque menos frecuente, representa una emergencia neurológica con alta morbimortalidad si no se diagnostica y trata rápidamente. La sospecha clínica precoz, el uso adecuado de neuroimagen y la intervención temprana son claves para mejorar la supervivencia y reducir el impacto funcional a largo plazo. Dado que algunos aneurismas pueden tener un componente hereditario, es recomendable realizar estudios en familiares directos para detectar posibles lesiones asintomáticas y prevenir futuros eventos.

P. #1555

CUANDO LA CLÍNICA MANDA: TIROIDITIS SUBAGUDA

Laura Lafuente Muñoz, Joaquín López Miota, Rosalía Vidal Baño, Ester García Solivelles, Lucía López Martínes, Cristina Gasós García

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 41 años con antecedentes de obesidad, no es fumadora, en seguimiento por Síndrome de Raynaud con anticuerpos Ana (+), Ro 52 (+), RNP (+), Sp100 (+). Resto de anticuerpos específicos de esclerosis negativos.

Acude a Urgencias Hospitalarias por cuadro clínico de tres días de evolución que consiste en dolor a nivel de la musculatura cervical anterior que se intensifica con la movilización, la paciente lo refiere como sensación de ardor que irradia hasta los oídos. Dos picos de fiebre aislados de hasta 38,5°C, con sudoración profusa durante esos episodios.

Presenta odinofagia, afonía y tos seca ocasional con dolor centrotorácico a la inspiración profunda, con la tos y maniobra de Valsalva.

También refiere mialgias generalizadas y astenia de varias semanas de evolución.

A la exploración física la paciente se encuentra consciente y orientada, eupneica en reposo. Facies eritematosa con mucosas rosadas.

Exploración cervical: cuello móvil, pero doloroso a la movilización. Dolor a la palpación de esternocleidomastoideos, región anterior del cuello y de la musculatura paravertebral bilateral.

Auscultación cardiaca taquicardicárdica sin soplos. Auscultación pulmonar normal.

Ausencia de focalidad neurológica.

Sus constantes son tensión arteria: 129/84 mmHg; T°: 37.6 °C; frecuencia cardiaca a 121 lat/min; Sat. O2: 98 %.

Ante la sospecha de cuadro infeccioso de probable origen respiratorio se solicita analítica sanguínea en la que se aprecia elevación de proteína C reactiva a 81,9 mg/L junto con leucocitosis leve con neutrofilia.

Analítica de orina descarta origen urinario.

PCR Influenza A: negativo; PCR Influenza B: negativo; PCR Detección SARS-CoV-2: negativo.

En radiografía de tórax se aprecian atelectasias laminares bibasales.

Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 130lpm, eje a 60°, sin alteraciones en conducción aurico-ventricular, QRS estrecho sin alteraciones en la repolarización ni signos de isquemia aguda.

Durante su estancia en urgencias se administra dexketoprofeno, paraceramol y dexametasona 4 gr endovenosos. La sintomatología es más leve pero persiste la taquicardia.

Dada la sintomatología de dolor torácico atípico y taquicardia se solicita dímero D: 725 ng/ml, Pro BNP -NT-: 639 pg/mL; troponina T ultrasensible: 89,1 ng/L; la coagulación es normal.

Posteriormente se realizan controles de marcadores cardiacos que fueron en descenso con troponina T ultrasensible: 58,5 ng/L a las 6 horas.

La clínica es compatible con la sospecha de posible tiroiditis subaguda en el contexto de una viriasis, y la elevación transitoria de troponinas puede darse en el contexto de la taquicardia siendo el electrocardiograma normal, por lo que se decide alta hospitalaria con antiinflamatorios y propanolol durante 10 días.
De cara al alta se solicita analítica ordinaria con TSH, T4 y VSG para valorar el resultado de manera ambulatoria cuyo valores confirmaron la sospecha diagnóstica con una TSH suprimida y T4 ligeramente elevada, así como control de troponinas cuyos valores se normalizaron.
Juicio diagnóstico: Tiroiditis subaguda.
Diagnóstico diferencial: tiroiditis aguda, infección respiratoria vías altas, viriasis, taquicardia sinusal.

CONCLUSIONES

La tiroiditis subaguda, tiroiditis de Quervain o granulomatosa, es una patología cuyo diagnóstico es clínico, en muchas ocasiones de causa viral junto con pródromos de cuadro infeccioso de vías aéreas altas. En la mayoría de los casos presentan una fase inicial de hipertiroidismo que se sigue de un periodo hipotiroideo con recuperación posterior. Por lo general, la remisión es gradual de manera espontánea. El tratamiento es sintomático con beta bloqueantes y antiinflamatorios o corticoides en la fase hipertiroidea.
En Urgencias en muchas ocasiones no hay acceso al estudio de hormonas tiroideas u otros marcadores, por lo que, en estos casos, la clínica es la que debe guiar el diagnóstico y el tratamiento. Esto es algo que para la medicina de hoy en día en la que las pruebas de imagen son imprescindibles, puede resultar complejo.

P. #1556

ENTRE DROGAS Y MEDICAMENTOS: UN CASO CURIOSO DE HEPATITIS

Gabriel Rivera Saltos, Lucía Pérez García, Luis-Alejandro Santoyo Contreras
Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años, tabaquismo activo y consumo de cocaína diariamente, consumo habitual de cannabis y esporádico de alcohol, vestibulitis nasal en 2023. Acude a urgencias por cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado por dolor abdominal, localizado en epigastrio, tipo urente, sin irradiación, sin atenuantes, ni exacerbantes, acompañado de náuseas que han culminado en vómitos durante tres ocasiones, baja ingesta oral, coluria y escalofríos. Acudió al centro de salud visualizándose ictericia a nivel de globos oculares. Último consumo de cocaína hace dos semanas según refiere. No ha tenido relaciones sexuales de riesgo, ni uso de drogas por vía parenteral, desconoce su estado de vacunación. Suele tomar ciclos de clindamicina durante una semana, mensualmente. Se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, eupneica, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno basal dentro de la normalidad. A la exploración física se confirma ictericia en globos oculares, mientras la exploración cardiovascular, pulmonar y abdominal no presentaba alteraciones, ni tampoco a nivel de las extremidades.
Se pasa a sillón de tratamiento, inicio 1000 cc de solución salina fisiológica, 10 miligramos (mg) de metoclopramida intravenosa (IV), 40 mg de pantoprazol IV y 1 gramo de paracetamol IV. Solicito pruebas complementarias visualizándose cifras de hemoglobina, leucocitos y plaquetas normales, coagulopatía leve (I.N.R. 1.3 y tiempo de protrombina 65%), función renal conservada, sin alteraciones iónicas, hipertransaminasemia con glutámico oxalacético transaminasa (GOT) 1473 U/L, transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 2521 U/L, hiperbilirrubinemia total de 9.38 mg/dL, a predominio directo de 8.63 mg/dL, perfil enzimático pancreático normal, elevación de proteína C reactiva de 16.6 mg/L y procalcitonina 0.34 ng/mL, gasometría venosa sin alteraciones del equilibrio ácido-base, sistemático de orina con bilirrubinuria de 6 mg/dL y positividad en tóxicos de orina para cocaína y cannabis. La radiografía de abdomen no muestra hallazgos de interés. Dado los resultados solicito ecografía abdominal visualizándose lesión nodular en segmento VI hepático, hiperecogénica, sugestiva de angioma, el hígado y bazo eran de tamaño normal, vesícula y vía biliar intra/extrahepática normales, sin datos de hipertensión portal, ni líquido libre intraabdominal, páncreas y riñones normales.
Se comenta el caso con servicio de Aparato Digestivo, quienes acuden a valorarla y deciden ingreso para estudio de hepatitis aguda. Durante el ingreso se solicita serología de virus hepatotropos, siendo positiva los anticuerpos contra la inmunoglobulina M (IgM) para virus hepatitis A (VHA), Posteriormente, comenta que ha estado en contacto con un amigo que ha tenido sintomatología similar, pero desconoce el diagnóstico. Presenta mejoría del perfil enzimático hepático, permanece estable clínicamente, por lo que se decide alta con

diagnóstico de hepatitis aguda secundaria a infección por VHA y probablemente tóxica por clindamicina y cocaína.

CONCLUSIONES

La hepatitis es la inflamación del hígado, que puede ser causada por infecciones virales, consumo excesivo de alcohol, medicamentos, toxinas o enfermedades autoinmunes. Las formas más comunes son la hepatitis A, B, C, D y E, siendo las hepatitis B y C las que tienen mayor riesgo de convertirse en crónicas. Los síntomas incluyen ictericia (coloración amarilla de la piel y ojos), fatiga, dolor abdominal, náuseas y pérdida de apetito. El diagnóstico se realiza mediante análisis de sangre que detectan los niveles de enzimas hepáticas y la presencia de anticuerpos específicos. El tratamiento depende de la causa subyacente; en algunos casos, se requiere medicación antiviral, mientras que en otros, la abstinencia de alcohol y el cuidado del hígado son suficientes. La prevención varía según el tipo de hepatitis e incluye vacunas y medidas de higiene.

P. #1562

CUANDO LA MENTE TOMA EL CONTROL

Saida Macho Fillat, José Peinado Pérez, Teresa Mahave Carcelen, Marta Morera Harto, Marta Castejon Rabinad, María Del Carmen Orts Cansino

HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:

- Niña de 12 años, asmática, sin intervenciones quirúrgicas. Alérgica a perros, gatos, gramíneas, platanero y frutos secos, no a fármacos.

Historia actual:

- Acude a urgencias por episodio de debilidad muscular y pérdida de sensibilidad intermitentes de 2 semanas de evolución. Inicio de los episodios con taquicardias y posteriormente pérdida de sensibilidad en ambos brazos, aunque no en manos. Tras alteración sensitiva se desencadena temblor de extremidades superiores y sensación de giro de objetos autolimitada. Indica duración de unos 30-60 minutos. Último episodio afectando a extremidades inferiores que no había sucedido previamente.

Resto de anamnesis anodina, no fiebre ni clínica catarral o gastrointestinal.

Exploración física:

- Neurológica: Glasgow 15, colaboradora, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas en EEII, disminución de fuerza de prensión, fuerza deltoides 3/5, bíceps 4/5, extensores dedos 4/5, flexores dedos 4/5, interdigitales 4/5. ROT presentes y simétricos. Temblor de intención en extremidades superiores. Refiere disminución de sensibilidad en extremidades superiores, aunque discrimina dibujos y dolor.
- Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias:

- Se realiza analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y serologías de borrelia, CMV, BEV, lúes y VIH y se realiza fondo de ojo sin hallazgos de edema de papila u otras alteraciones.

Manejo:

- Se decide ingreso para estudio. Se solicita electroencefalograma y electroneurograma ambos manifestándose dentro de los límites fisiológicos sin registros epileptiformes ni signos patológicos en nervios explorados. Ante la normalidad de pruebas complementarias se sospecha trastorno de conversión dado que la paciente manifiesta ideas repetidas y malestar en relación al divorcio de los padres y la estancia en casa del progenitor los días que le corresponden, por lo que se deriva a USM con psicología y se inicia tratamiento con sertralina.

CONCLUSIONES

Los trastornos conversivos en la infancia, también conocidos como trastornos neurológicos funcionales, se caracterizan por la aparición de síntomas neurológicos sin una causa médica identificable. Se incluye clínica como parálisis, crisis no epilépticas, alteraciones sensoriales y trastornos del movimiento, que suelen asociarse a factores psicológicos o situaciones de estrés vital. Dado que son muy heterogéneos en su presentación, el diagnóstico puede ser complejo y requiere la exclusión de

patología orgánica. Su identificación temprana es crucial para evitar procedimientos médicos innecesarios y facilitar un abordaje psicoterapéutico adecuado. El tratamiento se basa en un enfoque multidisciplinario que integra apoyo psicológico, rehabilitación y trabajo con la familia para mejorar la adaptación del niño.

P. #1563

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DERIVACIÓN A URGENCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Marina Fernández Alcázar[1], María Del Carmen Alcázar Montero[2], Beatriz De Villalonga Zornoza[1], Stefanía Salazar Martínez[1], Marta Lara Armenteros[1], Claudia Piqueras Pérez[1]

1. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España
2. Centro de Salud Tres Cantos, Tres Cantos, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 56 años, con antecedentes personales de neoplasia de mama, hipotiroidismo y esplenectomía parcial tras accidente de tráfico, en tratamiento con Tamoxifeno y Eutirox.
Presenta cuadro de cefalea, diarrea y vómitos, siendo valorada por atención extrahospitalaria con diagnóstico de gastroenteritis aguda. Se pauta tratamiento sintomático y recomendaciones higiénico-dietéticas.
Cuatro días después, acude de manera urgente al Centro de Salud, refiriendo persistencia de la cefalea y las náuseas. Se diagnostica de cefalea tensional y gastroenteritis aguda y se pauta analgesia y antiemético.
Tras dos días, acude de urgencias a otro Centro de Salud refiriendo episodio de una hora de duración, ya resuelto, de disartria y pérdida de fuerza en miembro superior derecho. El cuadro comenzó tras Valsalva después de aplicar un enema, autoadministrado al no realizar deposición desde la resolución del cuadro diarreico hace cinco días. Persiste la cefalea en región occipital izquierda, constante, pulsátil, sin mejoría con analgesia. No ha presentado fiebre. Sin náuseas en el momento actual. Al interrogarse sobre traumatismos, refiere caída hace un mes con traumatismo craneoencefálico asociado por la que no consultó.
A la exploración, buen estado general, normohidratación, normocoloración y normoperfusión, eupneica, con constantes en rango. Auscultación rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Presenta contractura paravertebral cervical, con limitación de la flexoextensión.
Neurológicamente, consciente y orientada en las tres esferas, alerta, habla fluida y coherente, pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculomotores conservados sin nistagmus, pares craneales sin alteraciones, fuerza 5/5 en cuatro extremidades, sensibilidad sin alteraciones, sin signos de irritación meníngea, no dismetrías ni disdiadococinesias, Romberg no lateralizado, marcha sin alteraciones, Glasgow 15/15.
Se cursa derivación hospitalaria para realización de prueba de imagen ante sospecha de hematoma subdural (por antecedente de traumatismo craneoencefálico y cefalea) versus cuadro meníngeo (ante contractura cervical pese a signos meníngeos negativos).
En Urgencias hospitalarias, se realiza de nuevo anamnesis y exploración física, sin cambios. Se solicitan electrocardiograma y analítica sanguínea con gasometría venosa, sin alteraciones, y tomografía computarizada craneal, objetivándose hemorragia subaracnoidea derecha. Se interconsulta a Neurología,

quienes solicitan angiotomografía computarizada, que muestra hemorragia subaracnoidea por ruptura aneurismática. Ante este hallazgo, se interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos, que ingresan a la paciente a su cargo.
A la entrega de este caso clínico, la paciente continúa ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos, sin necesidad de intubación y estable.

CONCLUSIONES

La hemorragia subaracnoidea se presenta clásicamente como una cefalea súbita de gran intensidad que se inicia más frecuentemente en reposo, pero no se ha de olvidar que puede comenzar de manera progresiva e iniciarse tras Valsalva y ejercicio.
La causa más frecuente de las hemorragias aracnoideas es la ruptura de aneurismas saculares. Es más frecuente en mujeres que en hombres y entre la cuarta y sexta década de la vida, como es el caso de nuestra paciente.
Presentando este caso clínico queremos incidir en la importancia de realizar una anamnesis detallada, interrogando al paciente sobre antecedentes y tratamiento actual, aunque el tiempo en Urgencias de Atención Primaria sea escaso.
También queremos destacar que, aunque la exploración física sea normal, no se puede descartar origen neurológico en todos los casos. Consideramos importante conocer cuándo se ha de derivar al paciente desde Atención Primaria para realización de pruebas urgentes que no pueden realizarse en el Centro de Salud.

P. #1567

HAY QUE TENER CLARO LOS CAMBIOS EN EL TRATAMIENTO

Nancy Leonor Vera Nieto[1], Roger Gabriel Vera Gómez[2], Lucía García Carrasco[1], Marilenny Montilla Mesa[2], Juan Manuel Orriach González[2], Emmanuel García Casilla[2]

1. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
2. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar De San Juan, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

*DM II.
*HTA.
*Obesidad.
*Dislipemia.
*Trastorno del sueño
*Fumador 30 paquetes/año
*Bebedor 3-4 cervezas diarias.
Cirugías: Colecistectomía.
Tratamiento: Metformina 850 mg cada 12 horas. Rosuvastatina 20 mg cada 24 h. Losartan /Hidroclorotiazida 50 mg/12,5 mg cada 12 horas. Lorazepam 1 mg cada 24 horas.
Paciente 70 años DM tipo II y mal control glucémico, es valorado en domicilio y derivado a urgencias hospitalaria por cuadro clínico de 36 horas caracterizado por disminución de ingesta, dolor abdominal difuso sin focalización alguna y en las últimas horas disminución del nivel de conciencia. A su llegada presenta mal aspecto general, hipotensión, deshidratación marcada y somnolencia. Se interroga a esposa quien descarta fiebre, no ha presentado clínica respiratoria o miccional en días previos. Comenta que han realizado cambios en su tratamiento, ha empezado con Metformina/Sitagliptina, que ha añadido a su medicación habitual.
Exploración física
Afebril (36°C), TA 90/60 mmHg FC 90 lpm, SO2% 100% GN 2L FR 24 rpm
Regular estado general. Piel y mucosas secas, palidez mucocutánea
NRL desorientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas normo reactivas. Signos meníngeos negativos, fuerza y tono disminuidos
AC: Arrítmico. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos
Abdomen: RHA+ blando, levemente doloroso, depresible, sin peritonismo
MMII: No edemas, no signos de TVP.
Pruebas complementarias:
Hb 9.5 gr/dl, Leucos 11.6 miles/Ul N 78.3%, plaquetas 247 miles/ul
Coagulación: TP 36.8 seg aTTP 54.9 segs, INR 3.43
Glucosa 54 mg/dl, Urea 381 mg/dl (20-50); Creatinina: 10.6 mg/dl (0.7 - 1.2)
Na 133.4 mmol/L, K 5.45 mmol/L, Fosforo 7.7mg/dl, PCT 0.47 ng/ml
GSV: pH 7.01 HCO3- 3.5 mmol/L, K 5.3 mmol/L, Lact 153 mg/dl
Niveles de Metformina: 125mcg/mg.
Orina: Proteínas+, microalbuminuria 538 mg/g. Sedimento urinario normal
Rx Tórax: no condensaciones ni derrames ni cardiomegalia

ECG: rítmico 96 lpm, eje izquierdo, HBAIHH, no isquemia aguda
Ecografía renal: Riñones 100 mm el izquierdo, 94 mm el derecho; ambos con pérdida de la diferenciación córtico medular, visualización de pirámides y pequeña cantidad de líquido perirrenal izquierda, compatible con nefropatía. No dilatación de la vía excretora no litiasis. Vejiga urinaria vacía, con sonda en su interior. Próstata 46 x 24 x 30 mm, volumen 17 ml
TAC craneal: sin alteraciones agudas, enfermedad de pequeño vaso
Orientación diagnóstica y juicio clínico:
Acidosis metabólico-láctica por metformina
Diagnóstico diferencial:
Intoxicación por Benzodiacepinas, Síncope cardiogénico, Ictus

CONCLUSIONES

Es un paciente tratamiento con metformina y que por su mal control glicémico han progresado tratamiento a Metformina/ Sitagliptina, pero al interrogar a familiar se corrobora que no ha suspendido la metformina que tomaba habitualmente, se sospecha una intoxicación por metformina, que se confirma con los resultados de laboratorio y la elevación de niveles de metformina, todo esto ha llevado a una acidosis láctica.
Es importante que ante cambios en la medicación que se realice, el paciente tenga claro que medicación debe suspender y cual es el nuevo tratamiento pautado. La sobredosificación puede acarrear complicaciones que en ocasiones pueden ser fatales. Realizar seguimiento de los cambios de medicación para despejar dudas, conocer efectos adversos y sobre todo saber valores de glicemia, permitirá saber si la medicación está alcanzando sus objetivos. La supervisión y acompañamiento ante cambios de tratamiento mejorarían la adherencia terapéutica y permitiría conocer posibles errores en posología de medicación.

P. #1568

NO TODO TIENE QUE SER ALERGIA ALIMENTICIA. ANGIOEDEMA POR IECAS

Teresa Salinero Delgado[1], Karen Nielsen Martínez[1], M Yolanda Calleja Gordaliza[2], Arantxa Ramos Miravet[1], Leticia Silva Iglesias[1], Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos[1]

1. Hospital General Segovia, Segovia, España
2. G.A.P. de Segovia II, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 51 años, con antecedentes de interés de hipertensión arterial, acude a urgencias por inflamación progresiva primero la lengua, posteriormente el labio inferior lateralidad derecha hasta llegar a labio superior de 24 horas de evolución.
Debido a este motivo, se ha tomado ibuprofeno sin mejoría. Niega disnea o falta de aire, ni fiebre ni otra sintomatología. Niega alergias medicamentosas ni alimenticias.
Se le realiza una historia clínica exhaustiva sobre si ha comido algo diferente ni ha comido fuera de casa. Niega cambio de ningún producto de aseo.
La exploración física es normal con constates estables, con murmullo vesicular conservado y sin edema de úvula. Las pruebas complementarias que se realizaron incluyendo el electrocardiograma fue normal, la analítica fue normal sin aumento de leucocitos y con PCR <1.
Después de preguntar el paciente, nos indicó que su único tratamiento habitual es enalapril para control de la tensión arterial, lo que pudimos llegar al diagnóstico de angioedema por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
Tratamiento puesto en urgencias: hidrocortisona 150 mg intravenoso, famotidina 30 mg intravenoso, Dexclorfeniramina 5 mg intravenoso y ácido tranexámico 1 gramo intravenoso.
La evolución del paciente fue favorable, disminuyendo poco a poco la inflamación dejando al paciente en observación unas 6 horas sin complicaciones y manteniéndose estable por lo que se decidió el alta cambiando el tratamiento antihipertensivo.
El angioedema es inflamación autolimitada localizada y subcutánea que suele afectar a áreas con tejido conectivo laxo como la cara, los labios, la boca y las vías aéreas superiores.
Hay que tener en cuenta que puede ser causada por los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) tiene este efecto adverso conocido, pero poco frecuente, que hay que tener en cuenta puesto que puede provocar una obstrucción laríngea, insuficiencia respiratoria y por ende la muerte. Hay que saber, que este efecto adverso puede aparecer desde que comienza el tratamiento hasta unos diez años desde que comienza a tomarlo por lo que hay que tenerlo siempre en cuenta sobre todo en mujeres.
Al ser una urgencia en la que hay que actuar rápido para evitar complicaciones, hay que tener muy claro el tratamiento que responde muy mal a corticoides y antihistamínicos porque no es una respuesta mediada por histamina.
El tratamiento con ácido tranexámico al comienzo del ataque y pueden ser tratados de forma intermitente con 1-1,5 g, de 2 a 3 veces al día durante unos pocos días da buenos resultados.
Por último, se han visto estudios de una nueva medicación, el icatibant que es un antagonista competitivo selectivo del receptor

de la bradicinina tipo 2 usado crisis agudas de angioedema no disponible en todos los centros, ni sabido de su eficacia ante este evento.

CONCLUSIONES

En conclusión, angioedema es una urgencia que si se actúa de manera precoz y eficiente puede evitar una gran tragedia por lo que en cada centro habría que protocolizar su actuación. Tener en cuenta y estar siempre pendiente de la insuficiencia respiratoria que es la complicación más grave que puede dar esta patología pudiendo llegar al fallecimiento.
Por último, siempre recordar que no responde bien a corticoides y que el tratamiento es el ácido tranexámico y puede tener buena respuesta el acatibant.

P. #1573

CALENTURA, HERPES, BOQUERA...ENCEFALITIS!

Noiva Díaz García, Paloma Gallego Rodríguez, Audrey Morales Rodríguez, Julieta Sonia Zlatkes Kirchmhheiner, Susana Pérez Anton, Mario Ernesto Agreda Fernández
Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años con AP de HTA que es remitida a urgencias por episodio de alteración para la articulación del habla, con lenguaje incoherente, acompañado de agitacion sin perdida de fuerza ni sensibilidad ni movimientos anormales. La paciente refiere cefalea de unos 15 días de evolución, asociada a clínica de infección respiratoria para lo que su MAP le había pautado un ciclo de amoxicilina 500 mg. La paciente había acudido a urgencias hacia dos días por cefalea, rinorrea y fiebre de 37,8 en la ultima semana, mareo y otalgia. Fue vista por ORL, le diagnosticaron de sinusitis y herpes simple labial. A la exploración la paciente se encuentra alerta, orientada en las tres esferas, inatenta, obedece ordenes sencillas aunque se intoxica con complejas, MOES normales, ligera asimetría facial sin parecía, resto de PPCC sin alteraciones, fuerza y sensibilidad conservada, meníngeos negativos. En analítica no se evidencian daos destacables. TAC craneal y rx de tórax fueron normales. Se le realiza punción lumbar y en LCR se evidencian moderados leucocitos y proteinorrequia, restos e valores en rango. PCR virus herpes: positiva. Se inicia tratamiento con aciclovir presentandomelos mejoría a las 24 horas en la unidad de críticos. La paciente fue diagnosticada de meningoencefalitis herpética.

CONCLUSIONES

La meningoencefalitis herpética es una complicación grave asociada a la infección por el virus del herpes simple, siendo el VHS tipo 1 el agente etiológico más común. Los pacientes con meningoencefalitis herpética pueden presentar síntomas neurológicos como fiebre, cefalea intensa, alteraciones del estado mental y convulsiones. La identificación de estos síntomas en pacientes con antecedentes de herpes labial o inmunosupresión debe alertar sobre la posibilidad de esta complicación. El análisis del líquido cefalorraquídeo en casos de meningoencefalitis herpética muestra pleocitosis linfocitaria, aumento de proteínas y niveles de glucosa generalmente normales o ligeramente disminuidos. La PCR DE VHS en el LCR es la herramienta diagnóstica clave y el inicio temprano con aciclovir, es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la meningoencefalitis herpética.
—

P. #1575

SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO

Leyre Teresa Pinilla Arribas, María Lourdes Corisco Sánchez, Fernando Picón Serrano, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Leskier Cuello Sánchez, María Del Pilar Montes-Jovellar Jordán

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 39 años, nivel IV de triaje, síndrome gripal. Es traída en silla, por malestar general, astenia y sensación de debilidad generalizada. Al inicio de la anamnesis refiere fiebre de 2 días de evolución de hasta 39ºC, rinorrea acuosa y ligera tos. Mialgias generalizadas y cefalea frontal y occipital bilateral, opresiva, sin fotofobia ni sonofobia. Dolor a nivel facial.

Como antecedentes, ha realizado tratamiento por linfoma de Hodgkin, y mastectomía bilateral por neoplasia de mama, actualmente sin tratamiento activo.

Durante la valoración impresiona de mal estado general, febril al tacto (en constantes 39.6ºC, TA 136/78, FC 132 lpm). A la auscultación sin alteraciones. Cavidad oral sin exudados, ni trismus, pilares libres, ligera hiperemia, no edema de úvula. Abdomen blando, no doloroso, sin peritonismo. Extremidades sin lesiones dérmicas, ni edemas. Pulsos distales palpables.

Se pautan antipiréticos, sueroterapia y se solicita analítica con marcadores de infección, hepatobiliar, virus respiratorios urgentes, sistemático de orina, hemocultivos y urocultivo. Radiografía de tórax y electrocardiograma.

Destacan 21000 leucocitos con neutrofilia, PCR 371 con procalcitonina de 26. Hepatobiliar y lipasa normales. Iones en rango. Orina anodina. Radiografía de tórax sin imágenes de condensación ni derrame pleural.

A la espera de virus respiratorios, avisa Enfermería porque la paciente está agitada, se arranca la vía periférica, y tiene un discurso incoherente. Se vuelve a tomar constantes y persiste fiebre. Por lo que se continúa tratamiento antipirético, sueroterapia, antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam intravenoso, y si precisa contención farmacológica y física.

Acompañada de su pareja en el Box, que nos aporta la misma información clínica. Se reevalúa a la paciente, con rigidez a nivel cervical. Glasgow 13 (O4 V4 M5), apertura ocular espontánea, no orientada, incoherente y localiza dolor. Se consigue contención verbal y se solicita TC cerebral.

Los virus respiratorios son negativos, y el TC cerebral sin hallazgos patológicos, por lo que se realiza punción lumbar en el Box.

Juicio diagnóstico: Meningitis bacteriana, con resultado del líquido: glucosa 32 mg/dl, proteínas 63 mg/dl, leucocitosis de predominio PMN. En la microbiología, positivo para Streptococcus Pneumoniae.

Dada la estabilidad hemodinámica de la paciente, ingresa en Medicina Interna para tratamiento antibiótico, continuar sueroterapia, aislamiento y vigilancia.

CONCLUSIONES

En ocasiones los pacientes pasan muchas horas en nuestros Servicios de Urgencias, pendientes de resultados de pruebas, y debemos reevaluarlos, ya que en un primer momento pueden llegar por su propio pie, y tener características de nivel IV de prioridad, y posterior empeoramiento.

Ante un síndrome febril, debemos iniciar tratamiento con medidas físicas, antipiréticos, sueroterapia, e intentar orientar el foco lo antes posible con antibioterapia empírica según la sospecha. Si presenta deterioro progresivo del estado general, nivel de consciencia, o inestabilidad hemodinámica sin un foco claro, debemos solicitar un TC cerebral, y si este es normal, está indicada la realización de la punción lumbar en nuestros Servicios de Urgencias.

P. #1578

UNA COMBINACIÓN QUE TE HACE TEMBLAR

Mario Agreda Fernández, Audrey Morales Rodríguez, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Anton, Andrea Lorda Valle, Miriam Sánchez Vicente

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años que acude a urgencias preaviso desde clínica privada de donde solicitan alta voluntaria. Antecedentes depresión y trastorno límite de la personalidad, en tratamiento con Venlafaxina y Trazodona desde hace un año. Consumidora de cannabis.

Ingresada en Vithas desde hace algo más de una semana por un cuadro de dolor epigástrico intenso con mala respuesta a analgesia, por lo que ha recibido Tramadol y Petidina. Inicialmente asoció fiebre autolimitado. Asociaba náuseas y vómitos profusos, no deposiciones diarreicas.

Se ha realizado TC abdominal (sin datos de hernia de hiato por deslizamiento, sin hallazgos morfológicos sugerentes de pancreatitis, sin colecistolitiasis radiodensa y con patrón heterogéneo de asas de intestino delgado en posible relación con enfermedad inflamatoria intestinal) y gastroscopia (gastritis y hernia de hiato).

Hoy, 17/3, ha presentado dos episodios de desconexión del medio, rigidez y movimientos anormales generalizados en las 4 extremidades, de pocos minutos de duración. Se ha administrado Diazepam tras estos episodios, con obnubilación posterior durante más de 1 hora. No pérdida de control de esfínteres. No mordedura lingual. El primero ha sido a las 7 de la mañana y el segundo por la tarde. Se hizo TC craneal normal. Iniciado Keppra 500 mg

A nuestra valoración, paciente con importante inquietud psicomotriz. Diaforesis. FC 120 lpm, TA normal.

Alerta, algo inatenta. Orientada en tiempo y en espacio. No disartria. Lenguaje fluido, comprensión bien. No hemianopsia. MOEs bien. No facial. No paresia. Leve temblor postural bilateral. Reflejos vivos, con RCP flexor bilateral. Clonus agotable derecho, variable izquierdo (a veces inagotable, a veces agotable). No refiere déficit sensitivo.

Analítica en Urgencias: Cr 1.27, TFG 49. Na 128. K 3.32. Cl 96. P 1.77. GGT 48 (resto del perfil hepático bien). PCR 1.7, PCT 0.04. Hemograma: 97.700 plaquetas, resto bien. Hemostasia bien. Se amplía CK y TSH. CK 178 y TSH normales.

Ha presentado crisis en torno a als 17:00, 18:30 y 19:00. Ha recibido tratamiento con Vimpat 100mg IV + rivotril 0,5mg en la primera crisis, diazepam 2mg tras la segunda crisis y diazepam 7mg + Depakine 2000mg en carga tras la tercera crisis. La última crisis es presenciada por nosotros, presenta clonias en brazo derecho, desviación oculocefálica a la derecha. Tras las crisis ha presentado agitación psicomotriz, sin llegar a recuperar un estado de alerta normal entre la segunda y tercera crisis, aunque es capaz de emitir lenguaje, contesta a algunas preguntas pero no obedece órdenes. Mantiene una desviación ocular a la derecha. No clara paresia de extremidades.

Serealiza nuevo TC craneal donde se objetiva lesiones en ambos hemisferios cerebrales, con afectación predominante de sustancia blanca subcortical, con sospecha de PRESS.

Se realiza EEG urgente No cumple criterios de estatus no convulsivo en el momento actual.

Ante alteraciones analíticas, clínica presente y crisis comiciales con EEG sin datos de status epiléptico, solicitamos Test Hoelsch que es positivo, ante el posible diagnóstico de porfiria aguda intermitente, se decide ingreso en UVI médica donde es necesario realizar intubación endotraqueal e iniciar tratamiento con hematina. Se solicita Estudio porfirinas elevadas

Un mes después del ingreso es dada de alta con exploración neurológica normal.

Diagnostico al alta PORFIRIA AGUDA, DEBUT CON CRISIS AGRUPADAS Y SINDROME DE PRES

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias, a nivel hospitalario siendo un reto diagnóstico, dada la gran diversidad de etiologías que pueden originarlo La porfiria aguda intermitente (PAI) es la porfiria hereditaria más frecuente, el diagnóstico se basa en la sospecha clínica y puede hacerse fácilmente con la demostración de niveles elevados de ALA y PBG en la orina durante los ataques agudos.

P. #1581

BEZOAR GÁSTRICO EN PACIENTE CON TRASTORNO ALIMENTARIO

Juan Bosco González Del Valle[1], Javier Torres Cortés[2], Sabela Martínez Martínez[2], Beatriz Ordóñez Amboage[3], Macarena Campos Carrera[2], Cecilia Rufino Cano[2]

1. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
3. Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años con diagnóstico de anorexia nerviosa con un Índice de Masa Corporal de 11,78 kg/m2. En urgencias pendiente de ingreso en la planta de hospitalización de psiquiatría en la Unidad de Trastornos de la Alimentación. Solicitan valoración por parte de medicina de urgencias tras referir la paciente un cuadro consistente en dolor epigástrico de intensidad leve-moderada, estreñimiento de dos días, náuseas y tres episodios de vómitos alimentarios. La paciente negaba posibilidad de embarazo.
En la exploración física destacaba dolor a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio y aumento de los ruidos hidroáereos, sin palparse masas ni megalias. El análisis de sangre fue rigurosamente normal.
Se solicitó una radiografía de abdomen en bipedestación donde destacaba un aumento llamativo de la cámara gástrica con patrón "miga de pan" abigarrado y dilatación del intestino delgado, orientando hacia un bezoar gástrico como principal diagnóstico.
La paciente negaba haber consumido pelo u otro material no digerible pero sí refería seguir un dieta vegana estricta. Como tratamiento, se administró coca-cola vía sonda naso-gástriaca para disolver el bezoar, mejorando la sintomatología. Posteriormente se realizó gastroscopia confirmando el diagnóstico de fitobezoar.

CONCLUSIONES

El bezoar es una condición poco frecuente, siendo el fitobezoar el subtipo más frecuente. Factores de riesgo incluyen deshidratación, condiciones que favorezcan el enlentecimiento del vaciamiento gástrico y la ingesta de alimentos con alto contenido en celulosa, hemi-celulosa, lignina y taninos como los presentes en muchas verduras, frutas y hortalizas que en dietas veganas estrictas se ven aumentados en cantidad. Muchos de los síntomas como dolor abdominal, estreñimiento y vómitos son comunes en los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa, lo que convierte al bezoar en una entidad que puede estar infradiagnosticada en este grupo de pacientes.

P. #1595

NO PUEDO MAS CON EL DOLOR! ME QUIERO MORIR!

Julieta Zlatkes Kirchheimer, Susana Pérez Antón, Celia Ferro Miguel, Noiva Díaz García, Mario Agreda Fernández, Paloma Gallego Rodríguez

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 46 años que es traído a urgencias por el SUMMA por bajo nivel de conciencia en probable relación con ingesta de 10 comprimidos de lorazepam (encontrado un blíster vacío en domicilio). Pautado flumazenilo y naloxona con respuesta parcial que permite al paciente subirse a la ambulancia por su propio pie.
Su pareja refiere que el paciente presenta tras accidente de tráfico hace 2 semanas donde sufrió latigazo cervical, presenta cefalea occipital de alta intensidad, náuseas y vómitos aislado por lo que no está descansado por las noches, encontrándose deprimido e irritable.
A su llegada a urgencias presenta Glasgow de 12 (O3V4M5), tendencia al sueño, no focalidad.
Se pauta nueva ampolla de flumazenilo sin mejora.
Solicitada analítica que resulta anodina, tóxicos en orina positivo para benzodiacepina y TAC craneal basal sin patología aguda.
Al reevaluar al paciente presenta empeoramiento del nivel de conciencia, Glasgow 10-11 (O1-2V3-4M5), impresiona de hemianopsia homónima derecha por amenaza y hemiplejia derecha. Se avisa a neurología y se solicita TAC multimodal con hallazgos de:
ASPECTS 7/10. Disección bilateral de carótida interna (ACI) extracraneal, oclusión ACI extracraneal izquierda y del segmento M2 de la arteria cerebral media izquierda (ACMi). Aneurisma disecante de ACI extracraneal derecha con estenosis crítica distal. Aneurisma en segmento V1 izquierda. Infarto isquémico agudo en ACMi.
Con diagnóstico de ictus isquémico izquierdo se deriva para trombectomía mecánica que resulta fallida. Permanece en la UCI con medidas antiedema, aunque desarrolla edema cerebral hemisferio izquierdo y efecto masa en estructuras de línea media. Se realiza cranectomía descompresiva sin mejora neurológica.
Desarrolla neumonía por Cándida Parapsilosis y Glabrata, sin mejora con tratamiento antigfúngico.
Ante la grave situación se decide adecuación de las medidas de soporte con el consecuente fallecimiento

CONCLUSIONES

La disección de la arteria carotídea tiene una presentación infrecuente
Se caracterizan por lesión de la pared arterial que permite la salida de sangre y la creación de una falsa luz. La disección subintimal provoca estenosis de la luz, mientras que la disección en la adventicia suele causar formación de un pseudoaneurisma, pudiendo objetivarse en estos casos hematoma intramural.
Es la causa más común de enfermedad cerebrovascular en menores de 45 años.
La porción extracraneal de la arteria carótida es el sitio más

afectado, siendo en el 20% de los casos bilateral.
Predisponen a su desarrollo enfermedades del tejido conectivo (déficit de alfa-1-antitripsina, síndrome de Ehlers-Danlos, displasia fibromuscular, síndrome de Loeys-Dietz, síndrome de Marfan, osteogénesis imperfecta) anomalías vasculares, hiperextensión y/o trauma cervical, actividad física intensa, migraña, tos o estornudos, factores de riesgo cardiovascular y tabaquismo.
La presentación clínica es variable, siendo la cefalea intensa, hemicraneal e irradiada a cuello, mandíbula y oído la más frecuente. Asimismo puede hallarse síndrome de Horner incompleto (miosis y ptosis) ipsilateral, parálisis de un nervio craneal (siendo el hipogloso el más afectado). Los síntomas isquémicos aparecen en un 75% de los pacientes.
El pronóstico es variable desde la resolución completa del cuadro (lo más habitual) hasta secuelas graves e incluso el fallecimiento en un 2-5% de los pacientes
Debido a su baja incidencia y a las diferentes presentaciones clínicas, el diagnóstico de disección carotídea es poco sospechado. En pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular o con antecedentes de traumatismo cervical debe ser considerada como una etiología probable. Debe solicitarse estudio de enfermedad sistémicas, especialmente para enfermedades del tejido conectivo.
En el caso presentado la sintomatología comenzó de forma solapada 2 semanas antes de la consulta sin haberse tenido en cuenta el antecedente traumático. A pesar de que el pronóstico de esta patología suele ser favorable, presentamos este caso dada la mala evolución y su desenlace fatal.

P. #1599

CUANDO LA CLÍNICA DESAFÍA LA SOSPECHA: UN CASO DE DIPLOPIA E INESTABILIDAD CON UN GIRO DIAGNÓSTICO

Fuensanta Casas Galan, Deborah Prats Florez, Rocío García Moreno, Paula Medina Alcalde, Manuela De Blas Rodríguez
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
-Alergias medicamentosas: Quinolonas
-Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés
-Tratamiento habitual: Dienogest/Etinilestradiol, sertralina, clotiapina
ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente de 28 años que acude a urgencias por inestabilidad de la marcha de varios días de evolución que se ha exacerbado esa mañana tras sensación de crujido cervical.
Previamente, 4 días antes, presentó un episodio autolimitado de diplopía binocular horizontal de escasos minutos de duración.
No verbaliza otra sintomatología previamente. Niega antecedentes traumáticos. No disfagia ni fatigabilidad.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Alerta, adecuado estado de atención y orientación. Lenguaje sin alteraciones (nomina, repite y obedece órdenes sencillas y complejas). Campimetría normal. Exoforia de ojo derecho. Pares oculomotores sin alteraciones. Sacadas normales. No alteración en pares craneales. No alteración de fuerza. REM (reflejo de estiramiento muscular) +++ en hemicuerpo izquierdo y ++ en hemicuerpo derecho. Hoffman bilateral. Clonus bilateral agotable en 2 sacudidas. No hay alteraciones en la sensibilidad, vibratoria normal. No hipopalestesia. Romberg con lateralización hacia la izquierda. Reflejo cutaneoplantar indiferente izquierdo y flexor derecho. Marcha normal incluido tándem y talones.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
• Analitica de sangre: sin hallazgos patológicos.
• TC de cráneo : sin alteraciones.
PLAN: Se solicita RMN de cráneo y cervical por sopecha de enfermedad neurodegenerativa.
• RMN: Hernia C5-C6 extruida paracentral izquierda con contacto medular sin signos de mielopatía.
JUICIO CLÍNICO: Trastorno de la marcha y piramidalismo hemicorporal izquierdo, secundaria a hernia discal C5-C6 con impronta y probable inflamación medular asociada.
TRATAMIENTO:
-Omeprazol 20mg, 1 comprimido por las mañanas en ayunas.
-Prednisona 60mg (2 comprimidos de 30mg), durante 5 días. Reducir 10 mg cada 5 días hasta suspensión.
*** Interconsulta a Traumatología.
EVOLUCIÓN: Tras valoración por Traumatología de guardia se confirma concordancia entre la sintomatología y las pruebas complementarias realizadas. Se recomienda continuar con pauta descendente de corticoides y reposo relativo hasta mejoría clínica. Cita de revisión en 3 semanas en Unidad de columna.

CONCLUSIONES

El diagnóstico concreto de la inestabilidad y la diplopía es esencial para el manejo adecuado de las afecciones neurológicas, oftalmológicas y musculoesqueléticas que las causan.
1. Detección temprana de condiciones subyacentes:
La inestabilidad y la diplopía a menudo son signos de enfermedades graves como trastornos neurológicos (accidentes cerebrovasculares o el nervio óptico) o problemas musculares (como la miastenia gravis). El diagnóstico temprano puede permitir una intervención oportuna, mejorando significativamente el pronóstico de los pacientes.
2. Prevención de complicaciones adicionales:
Si no se diagnostica adecuadamente la causa de la inestabilidad o la diplopía, los pacientes pueden experimentar accidentes o un deterioro de su calidad de vida, así como la progresión de los síntomas y dificultar el tratamiento.
3. Mejoría en la calidad de vida del paciente:
La diplopía, en particular, afecta gravemente la vida diaria de los pacientes, interfiriendo con la capacidad para leer, conducir o incluso caminar sin tropiezos.
4. Reducción de la ansiedad y el estrés:
Los pacientes pueden experimentar altos niveles de ansiedad, confusión y frustración debido a la alteración en su percepción. Un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado pueden aliviar estos problemas psicológicos y emocionales.
5. Tratamientos más efectivos:
El diagnóstico preciso ayuda a dirigir el tratamiento específico adecuado, que puede incluir terapia ocular, cirugía, medicamentos o ejercicios de rehabilitación.
6. Colaboración multidisciplinaria:
El diagnóstico de la inestabilidad y la diplopía a menudo requiere la colaboración de varios especialistas (neurología, oftalmología, traumatología, etc.), lo que asegura un enfoque integral y más efectivo para el tratamiento.
En resumen, el diagnóstico temprano y preciso de la inestabilidad y la diplopía es fundamental para abordar no solo los síntomas, sino también las causas subyacentes, mejorando el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

P. #1600

UN BOCADO PELIGROSO: EXPLORANDO LA IMPACTACIÓN ALIMENTARIA ESOFÁGICA

Noelia Borràs Llopis, José Vicente Ferrandis Alepuz, Andreea Irimia, Carmen Beltrán García, María José Cano Cano, Sara Yousfi López

Hospital Arnau de Vilanova (València), Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años que acude a urgencias por sensación de cuerpo extraño tras la ingesta. A destacar como antecedentes personales; hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
Refiere, mientras estaba cenando, nota que se atraganta con un trozo de comida (lomo de cerdo) que no consigue expulsar con accesos de tos. Acude a urgencias la mañana siguiente porque durante la noche inicia con dolor retroesternal opresivo, sialorrea y sensación de cuerpo extraño, sin presentar disnea ni dificultad respiratoria, tampoco estridor laríngeo.
En la exploración física se objetiva tensión arterial: 133/91 mmHg; frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto, temperatura axilar: 36° y saturación de oxígeno aire ambiente: 100%. Presenta una auscultación cardiaca con tonos rítmicos y una auscultación pulmonar con buen murmullo. En la orofaringe no se visualizan restos alimentarios.
La paciente pasa a observación para monitorización y se solicitan pruebas complementarias. Analítica en rango, sin presentar descenso de las cifras de hemoglobina ni hematocrito. La radiografía de tórax y abdomen con resultados anodinos sin signos de neumomediastino. Se realiza test de tolerancia con agua, que consigue realizar con éxito.
La paciente es valorada por Otorrinolaringología que realiza una fibroscopia en la que se observa retención salival en senos piriformes. Se contacta con el servicio de Medicina Digestiva que realiza una gastroscopia de urgencia en la que se aprecia, inmediatamente tras la boca de Killian, una impactación alimentaria que ocupa toda la luz. Se extrae, con dificultad, un molde de carne de 35 mm. Se revisa la mucosa apreciando una mucosa eritemato-edematosa con afectación circunferencial con fibrina a lo largo de toda la longitud esofágica, sugestivo de isquemia secundaria a la impactación prolongada.
Tras la endoscopia, la paciente permanece en observación unas horas, con resolución del dolor y la sialorrea. Se inicia ingesta líquida, sin complicaciones y se completa estudio con radiografía de tórax y cervical para descartar neumomediastino tras la endoscopia dificultosa, siendo normales.
Ante la ausencia de signos de perforación u otro signo de complicación, con evolución favorable, se decide alta a su domicilio con manejo conservador (dieta blanda + IBP a dosis doble 3 meses) y control en consultas de Digestivo.

CONCLUSIONES

Los cuerpos extraños esofágicos son bastante frecuentes. El bolo alimenticio es el cuerpo extraño que con mayor frecuencia aparece en los adultos y en muchas ocasiones está relacionado con una patología esofágica de base. Se recomienda su

extracción precoz con el fin de evitar complicaciones, como la perforación esofágica y la ruptura intramural esofágica (solución de continuidad más profunda pero sin alcanzar la capa muscular). Normalmente el paciente refiere dolor retroesternal tras la ingesta, aunque también náuseas, dolor torácico, sialorrea, hematemesis, edema del cuello. La probabilidad del paso del cuerpo extraño a través del tracto gastrointestinal aumenta con el tiempo, pero sabemos, que una demora mayor de 48h entre la ingesta y la intervención ha demostrado ser un factor de riesgo para la aparición de complicaciones. Según las guías debe realizarse una endoscopia en menos de 24h cuando se trate de objetos punzantes, baterías de disco y en aquellos pacientes con clínica de obstrucción esofágica. Una vez descartada la perforación, la mayoría suelen responder con manejo conservador y no suelen desarrollar secuelas, sin precisar de seguimiento endoscópico, aunque debemos individualizar cada caso.

P. #1605

CUANDO UN ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO SE CONVIERTE EN UNA AVENTURA PERFORADA

Noelia Borràs Llopis, María Rosa Sorando Serra, Belén Calabuig Rodríguez, María Del Carmen Bernat Velasco

Hospital Arnau de Vilanova (València), Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años que acude a urgencias por dolor torácico. A destacar como antecedentes personales; hipertensión arterial, dislipemia, polimiositis y estenosis aórtica severa. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

Acude tras realizarse esa misma mañana un ecocardiograma transesofágico (ETE) para valorar una posible intervención quirúrgica por la estenosis aórtica severa conocida. Refiere desde el final de la prueba inicia con dolor centrotorácico opresivo, irradiado a espalda que aumenta con la inspiración profunda, sin cortejo vegetativo. Asocia sensación disneica y molestias en la cavidad oral.

En la exploración física se objetiva tensión arterial: 123/57 mmHg; frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto, temperatura axilar: 36.3° y saturación de oxígeno aire ambiente: 98%. Presenta en la auscultación cardiaca tonos rítmicos y un soplo sistólico III/VI y, en la auscultación pulmonar buen murmullo vesicular. Pulsos radiales simétricos y a la exploración superficial no se observa ni se palpa enfisema subcutáneo. Cavidad oral sin hallazgos.

La paciente pasa a observación para monitorización y se solicitan pruebas complementarias. Analítica en rango (incluyendo hemograma, coagulación, gasometría venosa y bioquímica con función renal, iones, proteína C reactiva, creatina cinasa, dímero D y troponina T ultrasensible). La radiografía de tórax sin signos de neumomediastino y en el electrocardiograma solo destaca un bloqueo de rama derecha ya conocido.

La paciente permanece durante su estancia en urgencias con constantes estables, pero sin cambios en la sintomatología a pesar de analgesia (metamizol 2000mg, dexketoprofeno 50mg, tramadol 100 mg y petidina 50 mg intravenosa).

Se realiza una tomografía computerizada (TC) torácica y vascular con contraste en la que se aprecia neumomediastino, con presencia de gas periesofágico, con el esófago distal distendido, lo que sugiere una rotura esofágica en el contexto referido. Sin signos de TEP ni de síndrome aórtico agudo.

Ingresa a cargo de Cirugía Esofagogástrica para plantear opciones terapéuticas. Se repite el TC sin conseguir identificar el punto de fuga del contraste oral. Tampoco se consigue identificar la fuga a nivel de faringe mediante fibrolaringoscopia. Inicialmente se opta por una actitud conservadora dada la estabilidad de la paciente y los resultados de las pruebas complementarias, decidiéndose el ingreso en la unidad de reanimación y cuidados críticos para vigilancia estrecha y cobertura antibiótica, pero tras unos días la paciente inicia con inestabilidad hemodinámica, disnea y deterioro neurológico, requiriendo de intubación orotraqueal y drogas vasoactivas. Se realiza nuevamente otro TC en la que aparece una colección cervical que se extiende desde el C5 hasta T8, con un tamaño de unos 15x2x2 cm. Se completa el estudio con una nueva gastroscopia identificándose la zona sugestiva de perforación

esofágica a nivel de esfínter esofágico superior, por lo que se le realiza un cervicotomía de urgencia con reparación de la lesión y colgajo muscular de esternocleidomastoideo, con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES

La ecocardiografía transesofágica (ETE) es una técnica diagnóstica ampliamente utilizada en la investigación de enfermedades cardíacas y no cardíacas. Las imágenes del corazón son de mejor definición y calidad, lo que permite la visualización más detallada de las estructuras en comparación con el ecocardiograma transtorácico (ETT). Sin embargo, se trata de un examen semiinvasivo, que precisa además de utilizar la mayoría de las veces sedación, por lo que puede haber complicaciones relacionadas tanto con el propio procedimiento (molestias en la garganta o esófago, lesiones esofágicas, sangrado o riesgo de infección en el esófago o en los pulmones) como por la sedación (náuseas o somnolencias, entre otras). Es necesario la rápida identificación de estas complicaciones, especialmente de aquellas potencialmente graves, como en nuestro caso.

P. #1623

SIN VESÍCULA, PERO NO SIN RIESGO

Rogelio Molina Ruano[1], Ana María Matas Lara[1], José María Alonso Morales[2], Lorenzo González Benítez[1], Gabriel Furnier González[1], Juana María Jódar Sánchez[1]

1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Enferma de 68 años con antecedentes personales de HTA (Hipertensión arterial), Diabetes tipo 2, Retinopatia diabetica, Glaucoma. Intervención quirúrgica Colecistectomia. Independiente para las actividades de la vida diaria. Enfermedad Actual: Mujer de 68 años que refiere desde hace 3-4 días dolor en mesogastrio de inicio súbito, tipo cólico, irradiado a resto del abdomen que se incrementa con Valsalva y mejora en sedestación. Además varios episodios de vómito y deposiciones acuosas (no especifica cuantos) ambos sin productos patológicos y sensación distérmica sin fiebre termometrada. No otra sintomatología acompañante.
Exploración física: Regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. Hemodinámicamente estable. Glasgow 15.
TA: 108/57 mmHg. FC: 104 lpm. Tª: 37,6 °C. Glucemia 374 mg/dL. ACR: rítmico sin soplos ni roces. Murmullo vesicular sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Globuloso. No timpanizado a la percusión. Peristaltismo conservado sin signos de lucha. Dolor a la palpación de forma generalizada. Blumberg y Psoas negativos. Murphy negativo. No signos de irritación peritoneal. Se solicito Analítica, ECG y radiografiás. En las pruebas realizadas destacan
ANALÍTICA DE SANGRE:
Hemograma:Leucocitos 22900 (N: 20,88. L: 0,94). Hb 17. Plaquetas 276000.
Bioquímica: Glucosa 367. Urea 40. Cr 1,19. AST 116. ALT 192. BT 0,8. GGT 379. Amilasa 374. LDH 349. Iones normales. PCR 292,3. Procalcitonina 75,97. Coagulación: TP 13,4. Fibrinógeno 636.
GSV: pH 7,25. Ácido láctico 4,8. Ante la sospecha de cuadro séptico abdominal se solicito TAC de Abdomen con contraste, con el siguiente resultado: Hallazgos sugestivos de Síndrome de Lemmel (colangitis secundaria a diverticulos duodenales) , no pudiendo descartar pancreatitis en estadio inicial. Tras estabilización en Observación de Urgencias la enferma ingresa finalmente en Aparato Digestivo, donde se solicito una Colangio Resonancia para completar estudio con el resultado: Moderada dilatación de la vía biliar y extrahepática hasta papila donde se aprecia varias imágenes compatibles con litiasis de muy pequeño tamaño (la mayor de 3mm) (aunque solo visualizadas en secuencia T2 axial), y diverticulo duodenal periampular con cierto efecto compresivo sobre la vía biliar. Multiples microabscesos hepáticos de probable origen biliar en la periferia del segmento VII hepático de tamaño subcentimétrico. Moderada esteatosis hepática sin clara alteraciones morfológicas hepáticas sugestivas de hepatopatia crónica (valorar realización de elastrografia). Leve esplenomegalia. Cambios inflamatorios en cabeza pancréatica con muy discreta cantidad de liquido libre adyacente, en relación con la pancreatitis aguda del

paciente.
Se realizo CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), con colocación de endoprótesis en conducto pancreático, Papilotomía y Dilatación hidráulica de papila. Con el diagnostico Final de: Sepsis biliar secundaria a coledocolitiasis vs Sindrome. de Lemmel.
Divertículo duodenal periampular con cierto efecto compresivo sobre la vía biliar.
Pancreatitis aguda edematosa moderadamente grave de origen biliar.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente que fue descrita por primera vez en 1934 y se define como ictericia obstructiva por divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia. Hasta la fecha hay pocos casos publicados y su etiopatogenia no está totalmente establecida. Ante la sospecha en este caso de cuadro séptico abdominal, en la actualidad el TAC de abdomen con contraste es la técnica diagnostica de elección en Urgencias.

P. #1625

NO VEO BIEN CON 39 AÑOS. ¿SERÁN CATARATAS BILATERALES?

MARTA Crespillo Peralta, María Hernández Egido, AUDREY Morales Rodríguez, PALOMA Gallego Rodríguez, ROSA HARIDIAN Sosa Barrios

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años que acude derivado a urgencias por perdida visual, con sospecha de cataratas bilaterales. Ha sido valorado en clínica privada, que se confirma en nuestro servicio de urgencias y durante su estancia en urgencias de oftalmología, es avisado por el médico, porque en la analítica para el preoperatorio, realizada esa misma mañana se objetiva, hipocalcemia (5.0mg/dl) e hiperfosfatemia (7.02mg/dl).
Originario de Italia (Génova) niega toma de antinflamatorios, no cólico renoureterales, no intervenciones quirúrgicas de interés. No enfermedades relevantes en la infancia. No toma suplementación ni medicación habitual salvo omega 3 ocasional. ingesta adecuada de líquidos, come dieta mediterránea. Realiza ejercicio habitualmente
Niega antecedentes familiares de interés
Niega calambres, o temblor días previos. Niega alteración del ritmo de deposiciones, no dolor torácico, ni palpitaciones
A la valoración inicial, consciente y orientado, buen estado general, colaborador. Talla normal. Normoperfundido, normocoloreado. normo hidratado. Auscultación cardiopulmonar normal. No lesiones ungueales ni cutanéas. Abdomen normal, sin dolor. No edemas en miembros inferiores. Signos de Trousseau y Chvostek negativos. No datos de focalidad neurológica
En analítica de esa mañana: Creatinina normal, Calcio 5.0, Fosforo 7.02, Sodio,potasio, cloro normales. Bilirrubina y perfil hepático y colestásico normal, colesterol y trigliceridos normales. Proteina c reactiva normal. Factor reumatoide negativo. Anticuerpos tiroideso, antitiroglobulina negativos. Hemograma normal
Se realiza gasometria en sala de emergencias Ph normal. Calcio ionico 2.25 lactato normal
Electrocardiograma en ritmo sinusal con intervalo QTc en rango. Intervalo PR normal y no alteraciones de la repolarización
Se solicita analitica en urgencias, que confirma niveles de calcio 5.0mg/dl, Fosforo 5.71mg/dl, Magnesio normal 1.72 mg/dl, resto normal. y se amplia vitamina D y niveles de paratohormona
Se inicia tratamiento monitorizado con gluconato cálcico al 10% 1 ampolla en bolo y posteriormente 5 ampollas en 250ml de Suero a pasar en 8 horas, Mastical 2 comprimidos vía oral y se solicita analítica de control a las 2 horas
Se comenta con nefrología de guardia
Tras 2 horas de tratamiento, leve hipovitaminosis D, se añada al tratamiento calcitriol 0.25mg vía oral. Función renal normal. Calcio 6.0 mg/dl Fósforo 6.15mg/dl resto sin alteraciones.
Paciente asintomático, con diuresis positiva.
Se cursa ingreso en nefrología con diagnósticos diferenciales: Hipoparatirodismo, pendinete de niveles de parathormona, hipovitaminosis D leve que no justificaria el cuadro actual. Pseudohipoparatiroidismo, resistencia a la acción de parathormona.Hipercalciuria, pendiente de estudio urinario

(se solicita orina en 24 horas). Fármaco: niega bifosfonatos, calcitonina. Descartadas insuficiencia renal, hipomagnesemia, aportes deficitarios
Se añaden 2 comprimidos de mastical vía oral y perfusión de calcio en 24 horas
Al día siguiente se objetivan niveles bajos de Parathormona 9.0 pg/ml (17.3-74.1), Calcio 6.8mg/dl Fósforo 7.49mg/dl
Se solicita valoración por endocrinología y ecografía cervical, TAC craneocervical, interconsulta a genética, perfil hipofisario, y causas autoinmunes
Se ajusta tratamiento vía oral a 4 comprimidos al día, calcio en perfusión en 24horas, y calcitriol 0.25mg cada 12horas
El paciente permanece asintomático, pendiente de completar estudio
Juicio clínico: Hipoparatiroidismo primario de probable origen congénito + cataratas bilaterales

CONCLUSIONES

Lo interesante del caso por un lado, como síntomas o patología común en nuestra población, cuando se expresa de manera tan temprana, no debe hacer sospechar alteraciones que van a requerir un estudio mas exhaustivo.
Por otro lado, como hallazgos potencialmente graves, y con mucha sintomatología asociada, en algunos paciente se encuentran asintomáticos

P. #1636

EL BOCIO CRECIÓ: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Vicente Ferrandis Alepuz[1][2], Noelia Borras Llopis[1], Belén Calabuig Rodríguez[1], Andreea Irimia -[1], María Del Carmen Bernat Velasco[1][2], Sahyna Alexandra Lembert Mejias[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. SESCV, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 44 años con antecedentes de tabaquismo y de bocio difuso diagnosticado en 2019, quien acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) remitido desde Atención Primaria por crecimiento de bocio.
El paciente refiere que en los últimos meses ha notado un crecimiento progresivo del bocio y que actualmente le condiciona dificultad para deglutir así como para respirar en determinadas posiciones. Además disfonia Niega pérdida de peso.
En la exploración física destaca un bocio de gran tamaño. Se realiza fibroscopia por parte de otorrino objetivándose paralisis de la cuerda vocal derecha, conservando movilidad de la izquierda.
Se realiza analítica de sangre y una radiografia de tórax.
- Analítica de sangre: Hemoglobina 13,90 g/dL, Leucocitos: 12,70 x10^9/L, Plaquetas: 269 x10^9/L, Proteína C reactiva: 58,8 mg/L.
- Rx tórax: Opacidad cervical en relación al bocio ya conocido evidenciando una obliteración parcial de la luz traqueal a la altura de T1-T2, a completar valoración mediante TC preferente.

Se contacta con Otorrino de guardia quien dada la clínica del paciente y la alta sospecha de malignidad indica solicitar TC cervico-torácico con contraste:
- TC cervico-torácico: Bocio tiroideo con hiporrealce y aumento de tamaño respecto a estudio previo de 2019 y con estenosis traqueal y compresión esofágica. Descartar linfoma tiroideo.

Se cita para biopsia con aguja gruesa.
- Anatomia patológica: tejido de partes blandas con bandas con hallazgos compatibles con infiltración por linfoma difuso de células grandes B, fenotipo de tipo germinal.

Se cita con Hematologia quien solicita estudio de extensión estableciendose un estadio IV de Ann-Arbor y se inicia tratamiento activo.

CONCLUSIONES

El bocio es una patologia muy frecuente dentro de la población general. Aquellos casos en los que se presenta una rápido crecimiento, especialmente cuando se condiciona una disfagia, disnea y paralisis de cuerdas vocales, hay que sospechar de patologia maligna.
El linfoma tiroideo es una enfermedad con una prevalencia muy baja. Supone un 0,04% de los bocios operados, entre el 1%-5% de los cánceres tiroideos y menos de 2% de los linfomas.

P. #1639

HIPOGLUCEMIA COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Paloma Gallego Rodríguez, Marta Najarro De La Parra, Julieta Zlatkes Kirchheimer, Noiva Díaz García, Susana Pérez Antón, Audrey Morales Rodríguez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años con antecedentes de hipotiroidismo, trasladado desde el aeropuerto a Urgencias por hipoglucemia de 40 mg/dl, con mareo y malestar intenso. Tras administración de suero glucosado al 50%, presenta mejoría transitoria sintomática y de las cifras de glucemia. Refiere astenia intensa desde la mañana, previo al vuelo, que atribuye a ingesta abundante de alcohol y falta de sueño la noche anterior; niega otros tóxicos.

Analítica realizada a su llegada en la que destaca únicamente hiponatremia leve de 131 mmol/L y cocaína positiva en orina, se inicia tratamiento con suero glucosado al 10% y se decide mantener al paciente en observación con glucemias horarias. Controles con glucemias en el límite inferior de la normalidad a pesar del tratamiento, se objetiva incluso una hipoglucemia de 38mg/dl durante su observación. Tras unas 12 horas de estancia en Urgencias y con mejoría clínica y de cifras glucémicas notable, se procede al alta y en ese momento el paciente presenta un episodio de afasia y desorientación, con glucemia de 84mg/dl. Se realiza entonces una interconsulta con Neurología, que solicita un estudio vascular cerebral y de troncos supraaórticos y un EEG en los que no se objetivan alteraciones. Se decide entonces mantener al paciente en observación hasta la mañana siguiente con el mismo tratamiento.

Solicitada analítica de control la mañana siguiente, se objetiva un empeoramiento de la hiponatremia, con una cifra de 127mmol/L, por lo que se decide entonces realizar una determinación de cortisol que resulta indetectable. El paciente ingresa en la unidad de semicríticos para vigilancia estrecha con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal aguda en tratamiento con actocortina endovenosa 50mg cada 8h. Posterior traslado a la planta de Endocrinología, se completa el estudio con un TAC body y RMN hipofisaria (ambos estudios normales), y analítica con ACTH inferior al límite de detección (en dos ocasiones) con resto de perfil hipofisario normal. Estos hallazgos sugieren una insuficiencia suprarrenal de origen central, pero no se puede completar el estudio porque el paciente pide el alta para volver a su lugar de residencia. Al alta, se marcha con tratamiento de hidroaltesona 20mg en el desayuno y 10mg en la comida.

CONCLUSIONES

La hipoglucemia en Urgencias es una manifestación clínica común con múltiples etiologías. Entre las causas principales se encuentran el uso de fármacos hipoglucemiantes, insuficiencia hepática, sepsis, consumo de alcohol o drogas, insulinoma, insuficiencia suprarrenal y otros trastornos endocrinos. Su presentación es variable e inespecífica, pudiendo manifestarse con síntomas autonómicos (diaforesis, palpitaciones) o neuroglucopénicos (confusión, alteración del nivel de conciencia o convulsiones), lo que puede retrasar su diagnóstico.

En el contexto de Urgencias, es fundamental considerar la insuficiencia suprarrenal aguda (crisis addisoniana) en pacientes con hipoglucemia persistente o recurrente, especialmente cuando se asocia a hiponatremia, astenia intensa, hipotensión o síntomas neurológicos atípicos. La crisis addisoniana es una emergencia médica potencialmente mortal que requiere un reconocimiento precoz y un tratamiento inmediato con corticoides intravenosos.

Para su diagnóstico, es clave solicitar determinaciones de cortisol y ACTH, ya que la hipoglucemia acompañada de hiponatremia puede ser el primer signo de insuficiencia suprarrenal. En pacientes sin antecedentes endocrinos conocidos, la insuficiencia suprarrenal central debe sospecharse si la ACTH es baja o indetectable, mientras que en la forma primaria la ACTH estará elevada.

Este caso resalta la importancia de no pasar por alto la insuficiencia suprarrenal en el abordaje de la hipoglucemia en Urgencias. El reconocimiento temprano y la administración rápida de hidrocortisona pueden ser determinantes para evitar complicaciones graves y mejorar la evolución del paciente.

P. #1643

ASCITIS SECUNDARIA A SÍNDROME DE BUDD-CHIARI NEOPLÁSICO

Joana Ugalde Lázaro, Adrián Joaquín Barrajon Masa, Gonzalo Ferreiros Miguel, Concepcion García Robledo, Manuel Holgado Ayuso, Enrique Del Toro Daza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 62 años que acude al servicio de urgencias derivada desde su centro de salud, por aumento progresivo de peso y del perímetro abdominal, asociado a hipertransaminasemia. Refiere además malestar general, así como náuseas y vómitos ocasionales. No refiere consumo crónico de alcohol ni otros tóxicos.

No antecedentes de enfermedades autoinmunes. No antecedentes familiares de hepatopatía. A la exploración destaca un abdomen distendido con semiología ascítica (matidez cambiante y signo de la oleada ascítica) así como edemas en miembros inferiores. Analíticamente, destaca coagulopatía leve (INR 1.70) con ALT 1000 u/l AST 766 u/l FA 276 u/l GGT 425 LDH 1471 y bilirrubina total normal

Se realiza radiografía tórax que presenta derrame pleural bilateral. Se completa estudio con paracentesis diagnóstica que evidencia un líquido con un gradiente albúmina sérica ascítica < 1,1 compatible por tanto con hipertensión portal. Ingresa en la planta de hospitalización para completar estudio.

Se realiza TAC abdominopélvico, visualizando un trombo aparentemente tumoral en la vena cava inferior con extensión al segmento suprahepático, infrahepático y aurícula derecha, así como datos de congestión vascular hepática compatible con Síndrome Budd-Chiari secundario. Se realiza biopsia transfemoral con resultado histológico de leiomiosarcoma con inmunohistoquímica positiva para actina, calponina y caldesmon típica de esta patología. Se inicia tratamiento paliativo con quimioterapia, falleciendo la paciente a la semana del diagnóstico.

CONCLUSIONES

El leiomiosarcoma (LMS) de vena cava inferior es una neoplasia maligna infrecuente (<2% de todos los LMS) originada en las células del músculo liso de la pared vascular. Existen menos de 400 casos descritos en la literatura y son más frecuentes en mujeres de edad media (55. 4 ± 13 años). El crecimiento tumoral puede ser intravascular o extravascular. Presenta una clínica de aparición larvada e inespecífica, siendo lo más frecuente el dolor abdominal seguido de edemas en miembros inferiores o la presencia de una masa abdominal. Los LMS se pueden clasificar acorde a la porción de vena cava inferior afectada; tipo I, afectación infrarrenal; tipo II afectación de la porción entre la vena renal y la hepática; tipo III la porción afectada es la región suprahepática hasta la aurícula derecha. La diseminación a distancia es más frecuente por vía hematógena que linfática; afectando con mayor frecuencia al hígado o pulmón. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico, siendo la mejor prueba de imagen la resonancia magnética con contraste. La supervivencia a los 5 años libre de enfermedad es del 6%, mientras que la supervivencia global es del 55%. El tratamiento curativo se basa en la posibilidad de una resección quirúrgica, siendo la quimioterapia junto a la radioterapia, un tratamiento paliativo. Suelen ser tumores de mal pronóstico con elevada tasa de recidiva, por lo que el retraso en el diagnóstico, habitualmente realizado en etapas avanzadas, justifica su alta mortalidad.

En el diagnóstico diferencial de la ascitis, podemos englobar un gran número de patologías, a destacar principalmente aquellas que condicionan hipertensión portal. No obstante, debemos tener en cuenta otras causas menos frecuentes como complicaciones infecciosas, vasculares, inflamatorias o tumorales que puede constituir un importante reto diagnóstico. Dentro del diagnóstico diferencial inicial de la ascitis es fundamental descartar una peritonitis bacteriana espontánea en Urgencias ya que el inicio precoz de antibioterapia empírica ha demostrada aumentar de forma llamativa la supervivencia y la menor estancia hospitalaria.

Por ello, es fundamental como médicos de Urgencias realizar un correcto diagnóstico diferencial ante un primer episodio de ascitis tras realizar una paracentesis diagnóstica de forma precoz. Presentamos un caso clínico con una etiología excepcional pero que nos sirve para recordar la importancia del diagnóstico de la ascitis en Urgencias.

P. #1644

¿SE TRATA REALMENTE DE UNA PANCREATITIS AGUDA?

Joana Ugalde Lázaro, Adrián Joaquín Barrajon Masa, Gonzalo Ferreiros Miguel, Concepcion García Robledo, Manuel Holgado Ayuso, Enrique Del Toro Daza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, con enolismo crónico y antecedentes de pancreatitis aguda alcohólica, que consulta por dolor epigástrico, no irradiado de 24 horas de evolución, asociado a nauseas y vómitos, pero con transito conservado para gases y heces. Analíticamente, destaca elevación de enzimas de pancreatitis, sin colestasis ni hiperbilirrubinemia, junto con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza radiografía de abdomen (Fig. 1) con dilatación de asas de delgado y colon, pero con la presencia de gas en ampolla rectal, que se interpreta en el contexto de ileo paralítico.

Ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se completa el estudio con ecografía de abdomen limitada por importante interposición gaseosa, identificando una colección anecogénica (más de 118mm de diámetro) a nivel del área pancreática. Tras 48h de ingreso, presenta empeoramiento clínico, con distensión abdominal y vómitos que no mejora tras la descompresión con sonda nasogástrica. Se repite la radiografía abdominal (Fig. 2) objetivando dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos, por lo que se completa el estudio con TC de abdomen urgente (Fig. 3) con hallazgos compatibles con obstrucción de intestino delgado secundaria a vólvulo de ciego, sin datos de pancreatitis aguda. Tras los hallazgos, se decide tratamiento quirúrgico urgente.

CONCLUSIONES

Los niveles elevados de enzimas pancreáticas no son específicos de la pancreatitis aguda y en caso de dudas por la aparición de una clínica atípica, se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa en la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios: dolor típico, elevación de enzimas y/o hallazgos compatibles en pruebas de imagen.

Sin embargo, la amilasa y lipasa pueden estar elevadas en otras patologías como son la isquemia o perforación intestinal, la gastroenteritis infecciosa o la enfermedad inflamatoria intestinal. Por tanto, es importante realizar una correcta anamnesis y exploración física en busca de posibles desencadenantes de pancreatitis aguda (colelitiasis, alcohol, hipertrigliceridemia, tóxicos...) así como pruebas de imagen complementarias cuando el paciente presenta datos de alarma o la presentación es atípica.

Se han evaluado ensayos con otras enzimas pancreáticas, pero ninguno ha demostrado un mejor valor diagnóstico y en determinados pacientes puede ser necesario un valor de corte mayor, como en los diabéticos.

En nuestro caso se presenta el caso de una obstrucción por un vólvulo cecal que simuló una pancreatitis aguda. Se trata de una patología poco frecuente constituyendo el 5% de las obstrucciones intestinales y el 10% de los vólvulos de colon. La clínica típica consiste en síntomas de obstrucción intestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal y ausencia de ventoseo). En caso de signos de irritación peritoneal se deberá sospechar una complicación asociada, principalmente la perforación. La prueba inicial es la radiografía abdominal, presentando la típica imagen en grano de café, pero situada en el hemiabdomen izquierdo (en contraposición al vólvulo de sigma). Esta prueba solo diagnóstica el 10-40% de los vólvulos por lo que en la mayoría de las ocasiones será necesario realizar un TAC abdominal urgente. No se recomienda la descompresión endoscópica dada su baja efectividad (15-20%) y la alta tasa de complicaciones por lo que el tratamiento de elección es la cirugía.

En nuestro caso, el paciente no cumplía completamente los criterios de pancreatitis aguda, dada la ausencia de dolor abdominal típico, por lo que se debería haber completado el estudio con un TAC abdominal urgente previo al ingreso. Como conclusión, destacar que es fundamental realizar una adecuada historia clínica del paciente en urgencias con el fin de llevar a cabo un correcto diagnóstico precoz.

P. #1649

HEMATURIA EN UNA MUJER JÓVEN, ¿SÓLO PUEDE SER UNA INFECCIÓN DE ORINA?: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Vicente Ferrandis Alepuz[1][2], María Del Carmen Bernat Velasco[1][2], Carmen Beltrán García[1], Javier Aznar Cardona[1], Francisco Javier Posadas Blázquez[1], Montse Parra López[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. SESCV, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 20 años sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés quien acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por hematuria franca.
La paciente refiere que en las últimas 12h presenta dificultad para orinar acompañado de hematuria franca con coágulos. Asocia dolor lumbar izquierdo de características cólicas. Niega fiebre. Comenta clínica de gastroenteritis aguda (GEA) hace 7 días.
Hace 1 mes presentó episodio hematuria que fue trata como infección urinaria pese a urocultivo negativo.
La paciente niega posibilidad de embarazo, habiendo finalizado la última regla hace 1 semana.
En la exploración física se aprecia un abdomen blando y depresible con molestias leves a nivel de hipogastrio y puñopercusión renal bilateral negativa. La paciente entrega muestra de orina con hematuria franca y algún coágulo.
Ante dificultad para orinar y hematuria franca con coágulos se indica sondaje vesical con sonda de 3 luces y se inicia lavado vesical continuo.
Se solicitan pruebas complementarias:

- Analítica de sangre: Hemoglobina: 11,60 g/dL; Leucocitos: 6,20 x10^9/L; Plaquetas: 299 x10^9/L, Indice de Quick: 100 %; Creatinina: 0,88 mg/dL; Urea: 27 mg/dL; Proteína C reactiva: 3,1 mg/L;
- Orina: Proteínas: 300 mg/dL; Hemoglobina: 1,0 mg/dL (+4); Nitritos: Negativo; Leucocitos: 75 celulas/µL; en sedimento urinario se observa: Hematuria;
- Ecografia abdominal: Riñones de tamaño y ecoestructura normal, minima ectasia grado I izquierda. Vejiga escasamente repleccionada, de paredes no valorables adecuadamente aunque no impresona existir lesiones.

Ante hallazgos en ecografia se contacta con Urologia quien indica solicita pieloTC.

- Pielo-TC: se aprecia una vía urinaria patente izquierda sin identificar litiasis como posible causa de la misma. Pelvis extrarrenal de escaso tamaño renal derecha, sin apreciar dilatación pielouretero calicial ni litiasis en dicha vía urinaria.

Ante resultado de pruebas complementarias se desestima actuación por parte de Urología.
Dado el antecedente de GEA la semana previa, y la clínica de hematuria franca con proteinuria en orina, se decide ingreso a cargo de Medicina Interna por sospecha de Glomerulonefritis aguda GNA).
Durante el ingreso la hematuria va remitiendo y se realiza estudio de GNA. Se observan anticuerpos ASLO positivos con C4 bajo, por lo que se diagnostica de problable GNA postinfecciosa ya en resolución. No se llega a realiza biopsia.

CONCLUSIONES

La hematuria es una causa muy frecuente de atención en los SUH. Dependiendo del rango de edad y los antecedentes de los pacientes la sospecha clínica varia.
En el caso de las mujeres jovenes sin antecedentes de interés, una de las causas más frecuentes de hematuria son las infecciones del tracto urinario inferior, sin embargo en caso de no objetivarse en las pruebas complementarias infección de orina, se debe tener dentro del diagnostico diferencial las GNA.
En este caso el diagnóstico final fue de una GNA postinfecciosa, un tipo de GNA muy frecuentes en niños entre 2 y 15 años provocadas la mayoría de casos por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A. Cursa con hematuria asintomática (aproximadamente en el 50%) y proteinuria, y en un 1% de los pacientes condiciona una insuficiencia renal. El tratamiento es fundamentalmente sintomático, pudiendo incluir la restricción de proteína, sodio y líquidos.

P. #1653

HEMOPATÍA MALIGNA Y SÍNDROME DE LISIS TUMORAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuria Ramos Galindo, Coraima Cobos Montenegro, Reyes Picazo Castillo

Hospital Comarcal de La Axarquía, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años. NAMC. AP: hipertensa e hipotiroidea, en tratamiento con perindopril 4mg, bisoprolol 5mg y eutirox 50 mcg.
Acude a urgencias derivada desde el centro de salud por clínica de disartria con sospecha de Accidente Isquémico Transitorio. Refieren astenia intensa, alteración en el comportamiento y dificultad para hablar. Además dolor abdominal, diarrea y vómitos de una semana de evolución.
>> EXPLORACIÓN FÍSICA:
TA 119/62, FC 100, Fiebre de 39.2°C, satO2 basal 95%.
Regular estado general con tendencia al sueño y confusión. Eupneica.
Exploración neurológica: Pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz, ligera desviación de comisura bucal a la izquierda, no otra focalidad de pares craneales, fuerza y sensibilidad 5/5. Marcha normal. No disartria ni afasia.
Cardiopulmoar: rítmica y regular sin soplos, MVC con crepitantes en base derecha.
Exploración Abdominal: blando, depresible sin masas ni megalia, molestia generalizada a la palpación sin signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Múltiples hematomas a nivel abdominal.
–> Se solicita analítica de sangre (AS) y orina (AO), hemocultivo y urocultivo, Radiografía de tórax y electrocardiograma (EKG).
>> PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- AS:
* Hemograma: leucocitos 101350, neutrófilos 6470, linfocito 23580, monocitos 67720, Hb 6.6, VCM 94.9, Plaquetas 6000.
* Hemostasia: TP 15seg, 56%, TTPA 26.7, fibrinógeno 312, dímero D 34840.
* Bioquímica: G 148, Cr 1.1, Ac. Úrico 12, FG 50, BT 0.74, LDH 1750, AST 55, ALT 33, Na 126, K 3.2, P 2.7, Ca 9, Mg 1.8.
* PCR 209, Procalcitonina 1.02, ác. Láctico 1.1
* Gasometría: pH 7.56, pCO2 24.3, HCO3 22, ex. Bases -0.1
- Radiografía de tórax: mínimo derrame pleural derecho, sin condensaciones, no cardiomegalia.
- EKG: RS a 100lpm.
Ante sospecha de hemopatía maligna con persistencia de cuadro confusional se solicita:
- TAC de cráneo: Sin hallazos.
- Ecografía abdominal: hepatomegalia. No lesiones focales.
Plan:
- Paso a Observación e Interconsulta con Hematología de hospital de referencia.
PLAN:
- Hiperhidratación S. glucosalino 2500ml
- 1/6 M de HCO3
- Alopurinol 300mg /24h
- 10 mg de vitamina K.
- 10 mg furosemida
- Hidroxiurea 500 mg cada 12h
- Se inicia antibioterapia empírica, transfusión de concentrado de hematíes y pool de plaquetas.
- TRASLADO A HOSPITAL DE REFERENCIA PARA INICIO DE TTO. DIRIGIDO.

CONCLUSIONES

CLAVES DE LA PREVENCIÓN /TRATAMIENTO DEL SINDROME DE LISIS TUMORAL
- Una de las principales urgencias oncohematológicas. Más frecuente en leucemias y linfomas agudos en las 12-72h de la administración de quimioterapia aunque también puede aparecer en otros puntos de la enfermedad, en nuestro caso en el diagnóstico.
- Se produce una liberación masiva de metabolitos intracelulares (potasio, fosfato, proteínas y ácidos nucleicos que se degradan en ácido úrico).
¿QUÉ PRUEBAS SOLICITAR?
- EKG (riesgo de arritmias), radiografía de tórax (valorar cardiomegalia)
- AS: Hiperuricemia , Fracaso renal agudo, Fósforo, LDH, K+, Ca2+ , acidosis metabólica, leucocitosis, citopenias, hipercoagulabilidad, fibrinógeno
- AO: uricosuria, pH ácido, cristales de ácido úrico.
- TAC cráneo normal (diagnóstico diferencial).
- Ecografía abdominal: Hepato-esplenomegalia
TRATAMIENTO INICIAL
o Hiperhidratación (2-3l/24h) sin añadir K.
o Control de diuresis, se puede forzar con furosemida
o Solo se trata el déficit de iones si es sintomático.
o Si ácido úrico <8, iniciar Alopurinol o Rasburicasa.
o Alcalinización de orina: si acidosis metabólica o ácido úrico >10.

P. #1655

CUANDO LA HEMORRAGIA DIGESTIVA REVELA EL DIAGNÓSTICO

María Bóveda García[1], Eva Pérez Valle[1], Marta Herranz López[1], Sara Solis Moreno[1], María Mir Montero[1], Leticia Serrano Lázaro[2]

1. HUIL, Madrid, España
2. HUiP La Fe, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 92 años con antecedentes personales de Hipertensión arterial (HTA), Fibrilación auricular (FA) anticoagulada con Sintrom, Insuficiencia cardiaca (IC), Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b y Cáncer de recto hace 30 años portadora de colostomía, que acude a Urgencias por presentar cuadro sincopal en domicilio mientras estaba realizando sopas de letras sentada. Había estado ingresada hasta el día anterior por episodio de IC. A su llegada a nuestro servicio presenta Presión arterial (PA) 77/44 mmHg comprobada, frecuencia cardiaca (FC) 54 latidos por minuto (lpm) y saturación de oxígeno (Sat O2) a aire ambiente 80%. En la exploración se encuentra consciente y obedece órdenes simples, palidez con enlentecimiento del relleno capilar, la auscultación cardiopulmonar sin hallazgos relevantes y a nivel abdominal no presenta dolor pero se observa sangre roja en bolsa de colostomía. Ante la sospecha de hemorragia digestiva con inestabilidad se cogen dos vías periféricas, se solicita analítica sanguínea (AS) y pruebas cruzadas, se añade oxígeno en gafas nasales (GN), se inicia fluidoterapia con suero fisiológico al 0.9% y se añade una ampolla de vitamina K (coaguchek INR 3.6). Por el momento, tras valorar riesgo/beneficio y dada la edad de la paciente no se pone complejo protrombinico. Control de PA tras tratamiento 108/50 mmg FC 85 Sat O2 (GN 3l/min) 98%, En la AS Hemoglobina (13.1g/dL) previa 13.8 g/dL, resto sin hallazgos. Se contacta con Digestivo y se decide mantener estabilidad y observación con colonosopia posterior. Ante la persistencia de sangrado por colostomía se decide solicitar tomografía computarizada (TC) abdominopélvica en fase arterial y venosa que se extiende finalmente a torácica en fase arterial donde se observa disección aórtica que abarca desde la raíz aórtica hasta la aorta abdominal infrarrenal previa a la bifurcación de las arterias iliacas. Signos de disección en el tercio proximal de arteria renal izquierda. Tronco celiaco y arteria mesentérica superior permeables, sin signos de disección y con origen en la luz verdadera, sin embargo en esta región la luz verdadera tiene un groso mínimo (A nivel de la aorta abdominal suprarrenal la luz falsa supone aproximadamente más de un 80% de la luz aórtica). Arteria mesentérica inferior permeable. Signos de sufrimiento en las asas de ciego y colon ascendente. Aneurisma de la raíz aórtica y de la aorta torácica descendente. Dados los hallazgos del TC y la situación de la paciente se decide de acuerdo con la misma y familia así como con el resto de especialistas implicados manejo conservador. Se adecuo el esfuerzo terapeútico y se priorizo el confort de la paciente con el fallecimiento de la misma en las siguientes horas.

CONCLUSIONES

La disección aórtica aguda (DAA) es una emergencia cardiovascular con una alta mortalidad El diagnóstico temprano y certero depende de un alto grado de sospecha clínica asociado a pruebas de imagen. En nuestro caso, dada la presentación clínica de la paciente en forma de hemorragia digestiva por isquemia intestinal secundaria, el diagnóstico fue casual tras la realización de la TC para descartar sangrado activo subsidiario de embolización. En el diagnostico diferencial planteado como causa de hemorragia digestiva baja se incluye la isquemia mesentérica cuya etiología posible es la disección de aorta. Por todo ello, es importante prestar atención a las presentaciones clínicas poco frecuentes para poder llegar a nuestro diagnóstico a tiempo.

P. #1669

MANEJO AVANZADO DE HEMORRAGIA MASIVA EN PACIENTE CON ULCUS DUODENAL

DACIL María Cardenes Jiménez, AYOSE Pérez Miranda, CARMEN ROSA Hernández Rodríguez

CHUIMI, Las Palmas De Gc, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 55 años con antecedentes personales:
- Cardiopatía isquémica con antiagregacion.
- HTA
- Hábitos toxicos: fumador y bebedor moderado.

Acude al servicio de urgencias hospitalario en USVA desde domicilio por sincope con inestabilidad hemodinámica y signos de sangrado digestivo con melenas de 3 dias de evolucion. Llegada en situación de shock hipovolémico hemorrágico con palidez, obnubilación, hipoTA, taquicardia , taquipnea e hipotermia. Se inicia soporte hemodinámico con Cristaloides, Noradrenalina hasta hipoTA permisiva. Ademas tratamiento especifico con Omeprazol y Somatostatina, y se activa el protocolo de Hemorragia Masiva (PHM) de nuestro hospital hasta la realización de Endoscopia Digestiva.

Analitica: Hb 5.4,gr/dl fracaso renal con gasometría con PH normal y consumo de bases, lactato normal.

Tras el primer pack: 4 concentrados de hematíes, 4 bolsas de plasma fresco congelado, 1 pool de Plaquetas y 2 gr de Fibrinógeno, así como Acido Tranexámico 1000 se consigue estabilizar, y en EDA mediante hemoclips se controla el sangrado de la Hemorragia digestiva por Ulcus Duodenal.

El paciente permanece en Servicio de Urgencias monitorizado, pendiente de asignar cama en Planta de Hospitalización de Digestivo. Analitlca control con Hb 9gr/dl

Durante el turno de noche avisa enfermería porque el paciente refiere sentirse mal, y posterior perdida de consciencia con palidez y sudoración fría, realizando deposición abundante de sangre roja. Pasa a Sala de Emergencias.

Una vez allí, ritmo del monitor en taquicardia sinusal, paciente en gasping, no se palpa pulso, pupilas midriáticas bilaterales.

Se comienzan maniobras de RCP. Se inician compresiones y ventilaciones con ambú y posterior IOT.

Algoritmo de SVA no desfibrilable, se inicia Adrenalina 1mg cada 3 min y se buscan causas probables:
- Hipovolemia por hemorragia: se vuelve a activar PHM

Analitica intraparada: acidosis metabolica PH: 6.94 HCO3:12 12 Lactato 15. Hb: 5.8 y coagulopatía de consumo.

Se canaliza VVC yugular derecha, se administra bicarbonato

Tras 9 mgr de Adrenalina y el inicio de Transfusión, el paciente recupera ritmo y pulso a los 30 min de la parada. Se inicia Noradrenalina pc

Se avisa a Cirugía de guardia ante la necesidad de control de sangrado en paciente inestable, y finalmente se decide el abordaje por Radiología Vascular Intervencionista.

Se traslada a sala RAVI y en arteriografía se visualiza sangrado activo por Pseudoaneurisma de Arteria gastroduodenal que se emboliza.

Pasa a UMI durante 48h con posterior recuperación y traslado a Planta de Digestivo.

El paciente es dado de alta 1 semana después sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES

La Hemorragia Digestiva es la responsable del 1-2 % de los ingresos hospitalarios, suponiendo para el médico de urgencias una prioridad en su abordaje tanto en el medio prehospitalario como en los servicio de urgencias del hospital. La prevención o el tratamiento del Shock hemorrágico va a depender de manejo óptimo del paciente identificando la causa del sangrado lo más precozmente posible. Su abordaje médico así como intervencionista se ha mejorado en los últimos años con la aparición de nuevas técnicas endoscópicas, la disponibilidad de las salas de angiografía, pero también el uso protocolizado de la Transfusión Masiva , con un ratio adecuado de fármacos hemostáticos y hemoderivados, ayuda a prevenir de las temidas consecuencias de la Triada de la Muerte: acidosis, coagulopatía e hipotermia, en ocasiones irreversibles para el paciente sangrante ocasionando el fracaso multiorgánico y el fallecimiento posterior.

En nuestro paciente en cuestión, tuvo que activarse en dos ocasiones en menos de 24h, pero fué lo que consiguió la estabilización del mismo para poder trasladarlo al lugar donde se haría el control definitivo del sangrado, inicialmente la Endoscopia, y posteriormente en Radiología Vascular intervencionista.

“El PHM aplicado en los Servicios de urgencias salva vidas”

P. #1671

UN DOLOR ABDOMINAL QUE OCULTA MÁS DE LO QUE PARECE

Silvia Barrero Martin[1], Beatriz Alonso Serna[1], Esther Tejada Solis[1], Natalia Tejado Rodríguez[2], Susana De Juan Matilla[1], Enith Fernanda Mollocana Jacome[1]

1. Hospital 12 Octubre, Madrid, España
2. Hospital Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años, fumadora de 15 cigarrillos/día con antecedente de hipertensión arterial y dislipemia, acude a servicio de Urgencias por cuadro de tres días de evolución de dolor en hipogastrio y en margen abdominal izquierdo acompañado de diarrea.

La paciente describe, asimismo, disuria y leve hematuria. No indica fiebre, sensación distérmica, náuseas o vómitos. No asocia otra clínica.

A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable destacando en la exploración dolor a la palpación en hipogastrio y en fosa iliaca izquierda por lo que solicitamos una analítica de sangre, que resulta normal, y un sistemático y sedimento de orina donde observamos leucocituria de más de 300 leucocitos/campo acompañado de hematuria de 100 hematíes/campo.

Dada la sospecha clínica de infección de orina acompañada de gran dolor abdominal mantenemos a la paciente en área con analgesia. Durante el transcurso de las horas no se aprecia mejoría del dolor por lo que, tras escalada de analgesia llegando al uso de opioides, solicitamos una ecografía abdominal para descartar complicaciones y/u otra causa.

Se le realiza la ecografía donde, si bien el aparato excretor resulta normal, se aprecian hallazgos compatibles con una apendagitis.

Así pues, tras control de dolor en área, decidimos alta a domicilio con analgesia con paracetamol/codeína y antibioterapia para la infección de orina.

CONCLUSIONES

Ante un cuadro de dolor abdominal deberemos de realizar una anamnesis y abordaje completo, no olvidándonos de otros síntomas acompañantes que no casen del todo con nuestra principal sospecha clínica. Así pues, en este caso, si nos hubiéramos olvidado del dolor que no cesaba pese a varios escalones de analgesia y de la diarrea acompañante podríamos no haber llegado al verdadero diagnóstico; una apendagitis.

Si bien no es del todo infrecuente esta patología sí que puede pasar desapercibida dándose erróneamente de diverticulitis o de apendicitis (en función de qué cuadrante abdominal afecte) llegando por tanto a utilizar un tratamiento no solo inadecuado si no innecesario y hasta perjudicial.

El diagnóstico de apendagitis lo debemos tener presente como posible diagnóstico diferencial, ante todo cuadro con dolor abdominal, en especial en cuadrante inferior del abdomen. Realizaremos analítica de sangre, cuyos valores pueden ser totalmente normales, y será necesaria la realización de una prueba de imagen que nos dé el diagnóstico definitivo.

Este cuadro suele resolverse manera espontánea en un plazo de tres a catorce días por lo que su tratamiento se centrará en un correcto manejo del dolor acompañante. No obstante, en caso de no controlarse adecuadamente, empezar con síntomas tales como fiebre o intolerancia oral, será necesario reevaluar al paciente y realizar una cirugía.

P. #1672

¿GASTROENTERITIS AGUDA COMPLICADA?

Verónica Ramos Díaz
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 82 años con antecedentes de alergia a los contrastes yodados, hipertensión arterial (HTA) bien controlada y dislipemia. Es independiente en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Acude por un cuadro de vómitos y diarrea de tres días de evolución, sin productos patológicos, que no mejora. No refiere antecedentes de viajes al extranjero ni exposición a ambientes epidemiológicos. No presenta fiebre ni otros focos de infección.

Desde las últimas horas previas a su visita, los vómitos se han vuelto incoercibles. Su familiar refiere que lo encuentra enlentecido, con poca reactividad a los estímulos y con alteraciones de la memoria.

En la exploración física destaca la afectación neurológica: el paciente se encuentra apático, bradipsíquico y bradilálico, sin signos claros de focalidad neurológica, ni alteraciones de fuerza, sensibilidad o marcha. No presenta discinesias ni alteraciones en las diadococinesias. El signo de Romberg es negativo, sin lateralización.

Se solicita analítica sanguínea y de orina, radiografía de abdomen y tomografía computarizada (TC) de cráneo. Los resultados muestran: analítica con leve elevación de los reactantes de fase aguda, orina negativa y radiografía de abdomen sin hallazgos relevantes. La TC de cráneo sin contraste revela hemorragia intraventricular extensa, con afectación tetraventricular y predominio en el ventrículo lateral izquierdo, que se encuentra prácticamente ocupado en su totalidad. Además, se observan focos aislados de hemorragia subaracnoidea en el lóbulo temporal derecho y de forma dudosa en el occipital ipsilateral.

Debido a la rareza de la hemorragia intraventricular aislada, se decide ingresar al paciente en la unidad de cuidados intensivos para monitorización e inicio de premedicación. Se realiza arteriografía a las 24 horas, que no muestra evidencia de aneurismas ni malformaciones arteriovenosas. Se realiza también una resonancia magnética cerebral, donde no se identifica una causa clara de la hemorragia, pero sí se observa siderosis superficial difusa, tanto supra como infratentorial, que se extiende circunferencialmente por la superficie del cordón medular cervical. Este hallazgo hace sospechar de angiopatía amiloide como diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES

La angiopatía amiloide cerebral (AAC) es una enfermedad de los vasos sanguíneos del cerebro caracterizada por la deposición de -amiloide en las paredes de las arteriolas y capilares de la leptomeninge, la corteza cerebral y los hemisferios cerebelosos. Esta deposición provoca fragilidad vascular, microaneurismas y necrosis fibrinoide, lo que aumenta la susceptibilidad a hemorragias intracerebrales, particularmente en los territorios lobares. Aunque la hemorragia intraventricular en AAC es menos frecuente que las hemorragias lobares, puede ocurrir en casos avanzados de la enfermedad.

Los principales factores de riesgo para la AAC incluyen la edad avanzada, la genética (especialmente la presencia del alelo 4 de la apolipoproteína E), hipertensión arterial y el uso previo de anticoagulantes o antiplaquetarios, que aumentan el riesgo de hemorragia.

El diagnóstico de AAC se basa en criterios clínicos y neuroimagen, siendo la resonancia magnética crucial para identificar microhemorragias lobares, siderosis superficial cortical y hemorragias intracerebrales lobares, características propias de esta entidad.

Actualmente, no existen terapias modificadoras específicas para la AAC. El tratamiento se centra en la prevención de nuevas hemorragias y en el manejo sintomático. En este contexto, se considera que el vómito asociado a gastroenteritis aguda podría haber favorecido un aumento transitorio de la presión intracraneal, lo que, en combinación con la fragilidad vascular propia de la AAC, pudo haber desencadenado la hemorragia. Si bien la fisiopatología de la AAC está más relacionada con cambios estructurales en la vasculatura cerebral, el estrés mecánico transitorio generado por el vómito puede haber actuado como un factor desencadenante.

P. #1680

UN CASO DE SANGRE Y DOLOR ABDOMINAL

Silvia Barrero Martín[1], Beatriz Alonso Serna[1], Estther Tejada Solis[1], Natalia Tejado Rodríguez[2], Susana De Juan Matilla[1], Enith Fernanda Mollocana Jacome[1]

1. Hospital 12 octubre, Madrid, España
2. Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años acude refiriendo dolor abdominal en fosa iliaca izquierda y rectorragia de dos días de evolución. No refiere uso de anticoagulantes, antiinflamatorios (AINE), otras alteraciones de tracto gastrointestinal o intervenciones recientes.
Durante la anamnesis observamos que, si bien no ha tenido enfermedades o sangrados previos sí que refiere dolor abdominal intermitente durante los últimos meses, en ocasiones asociado a diarrea.
En la exploración física deberemos realizar una recogida de las constantes vitales del paciente, haciendo hincapié en que se encuentre hemodinámicamente estable, es decir; que mantenga una tensión y frecuencia cardiaca dentro de rango. Además, deberemos explorar de manera adecuada el abdomen realizando un tacto rectal para poder valorar la presencia o no de restos hemáticos, hemorroides, fisura u otras alteraciones.
Durante su estancia en el servicio de Urgencias se realizó una analítica donde no se observó anemización, por lo que no fue necesaria la trasfusión. Asimismo, ante paciente estable clínica y hemodinámicamente (TA 135/90 a 65lpm) con ausencia de sangrado durante su estancia y escala de Oakland de 8 se decide alta a domicilio con petición de colonoscopia ambulatoria en la cual se observan divertículos en colon descendente.

CONCLUSIONES

Ante un paciente con hemorragia digestiva deberemos, en primer lugar, diferenciar si nos encontramos con un sangrado de bajo o algo. Así, en aquellos casos de hematoquecia, rectorragia o incluso en melenas, debemos de pensar en un sangrado digestivo bajo mientras que, en caso de hemoptisis o hematemesis pensaremos en origen respiratorio o digestivo alto. Además, tendremos que prestar especial atención a aquellos pacientes que tengan alteraciones en la coagulación, que tomen antiagregantes y/o anticoagulantes, AINEs, que hayan recibido radioterapia previa para el tratamiento de neoplasias urológicas o ginecológicas, colonoscopia reciente con polipectomía, una estancia en UCI (úlceras rectales) o que haya presentado episodios previos de sangrado (en especial en caso de hemorragia diverticular y angiodisplasias). También destacaremos aquellos pacientes con hepatopatía previa y descartar otras causas de sangrado (urinaria, vaginal, vías respiratorias).
Si el paciente es mayor se deberá considerar la hemorragia diverticular, la colitis isquémica, angiodisplasias o el cáncer colorrectal como causas más probables. En pacientes con colitis (isquémica, infecciosa o enfermedad infecciosa intestinal (EII)) se suelen presentar dolor abdominal y diarrea, mientras que en las entidades de origen vascular (sangrado diverticular, angiodisplasias y hemorroides) normalmente no hay otros síntomas digestivos asociados.
En caso de síndrome constitucional o cambios en el tránsito deposicional habitual se debe sospechar un origen neoplásico.
En la exploración se ha de incidir en la abdominal y realizar tacto rectal de cara a poder objetivar el sangrado. Además, deberemos de prestar atención a las constantes vitales donde observaremos aquellos signos que nos hagan pensar en inestabilidad hemodinámica (taquicardia e hipotensión).
A la hora de decidirnos por una acción o realización de pruebas complementarias deberemos tener en cuenta distintas variables para ver cuál sería la más indicada y qué actitud deberemos seguir.
Así pues, teniendo en cuenta la edad, sexo, constantes vitales tales como cifras tensionales y frecuencia cardiaca, episodios previos de hemorragia digestiva baja y nivel de anemización se deberá optar por unas medidas u otras. Para ello contaremos con la escala de Oakland (en caso de hemorragia digestiva baja) y con la Escala de la Glasgow-Blatchford (en aquellos casos que sospechemos hemorragia digestiva alta), que nos permitirán gradar la gravedad de la hemorragia.

P. #1685

EL SÍNDROME DE LA MANO LOCA

Mercedes Benítez Reguera[1], Elvira Romero Rosales[2]
1. Centro de salud Delicias, Jerez De La Fra, España
2. SUAP JEREZ, Jerez De La Fra, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 79 años con antecedente de hipertensión y diabetes. Independiente para actividades básicas de la vida diaria .Es atendido por equipo médico móvil de urgencias (DCCU) en domicilio por referir movimientos anormales e involuntarios en miembro superior izquierdo (MSI) junto con disestesias de unas 4 horas de evolución. A la exploración inicial no se apreció focalidad neurológica salvo acciones con MSI que el paciente reconoce como involuntarias. No se apreciaron temblores ni mioclonías. Se administra alprazolam sublingual y se recomienda observación.
Tres horas después acude a urgencias hospitalarias por persistencia de la misma clínica. En esta ocasión no se apreciaron movimientos involuntarios en MSI pero si fuerza 4/5 con claudicación y leve inestabilidad de la marcha.
Analítica y electrocardiograma normales
Se realiza TAC craneal con resultado de lesión isquémica parietal derecha de cronología posiblemente subaguda, además de lesiones isquémicas frontal izquierda y occipital derecha probablemente crónicas.
Se cursa ingreso en neurología completando estudio con resonancia magnética (RM) donde se confirma lesión subcortical derecha isquémica en evolución, que asocia edema perilesional con transformación hemorrágica.
En ecografía doppler de troncos supraaórticos se observa ateromatosis carotídea bilateral leve de predominio derecho.
El paciente continuó hospitalizado en planta durante una semana donde inició neurorehabilitación. Se mantuvo estable hemodinámicamente. Al alta persiste mínima claudicación de MSI con fuerza 4/5.

CONCLUSIONES

Los automatismos motores son movimientos repetitivos o estereotipados involuntarios, diferentes a los temblores o sacudidas mioclónicas, que pueden simular acciones. Pueden manifestarse como signo inicial de un accidente cerebrovascular si hay afectación de áreas motoras suplementarias o conexiones subcorticales.
Es importante realizar exploraciones neurológicas completas tanto en urgencias hospitalarias como extrahospitalarias y mantener un alto índice de sospecha para diferenciarlo de un cuadro conversivo

P. #1686

DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS COMO SÍNTOMAS DE ALARMA EN HIPERTIROIDISMO GRAVE

María José Custodio García, Rosa María Herrero Antón, María Jesús Alario García, María Del Carmen Rivas Herrero, Ana Fuensanta Martínez Marín, Susana Grande Bárez
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude una paciente a Urgencias de 42 años con síntomas como astenia, hiporexia y dolor abdominal localizado en epigastrio de más de 1 semana de evolución. Asocia tres episodios eméticos sin productos patológicos ni diarrea o alteración en el tránsito intestinal. Comenta malestar general con debilidad en extremidades inferiores que achaca a la pérdida de peso de las últimas semanas (aproximadamente 7 kg en 6-8 semanas). No refiere clínica miccional ni fiebre termometrada en el domicilio.
Como antecedentes personales alega artritis reumatoide aunque no aporta informes y no toma ninguna medicación.
A su llegada se objetivan constantes estables donde únicamente destaca febrícula de 37,2°C con 90 lxm de frecuencia cardiaca.
En la exploración física se constata auscultación cardiopulmonar normal, pero el abdomen es doloroso a la palpación profunda de epigastrio y de menos intensidad en el hemiabdomen derecho sin peritonismo.
Se realiza analítica donde se evidencia alteración del perfil hepático con leve hipertransaminasemia y lipasa en el límite alto de la normalidad. Los reactantes de fase aguda normales. En el hemograma destacan hemoglobina 11.6 g/dl y leucopenia 3030/microlitro.
Ante estos resultados se solicita ecografía abdominal que se informa como engrosamiento mural de la vesícula biliar y abundante barro biliar en su interior compatible con colecistitis aguda litiásica.
Se solicita interconsulta con Cirugía General. Reevalúan a la paciente cuyo dolor abdominal había cedido sin analgesia, revisan las imágenes ecográficas y la analítica donde se aprecia leve hipertransaminasemia en contexto de esteatosis hepática e hiperbilirrubinemia mínima a expensas de indirecta. Concluyen que no existen criterios de colecistitis y que el foco infeccioso no parece de etiología abdominal.
Se realiza TAC abdominal en el que únicamente se describen signos radiológicos de infiltración grasa difusa del parénquima hepático sin otras alteraciones reseñables patológicas.
Tras dichos informes se consensúa observación y repetición de la analítica unas horas después.
Posteriormente y durante dicha observación, la paciente comienza con fiebre >38°C, taquicardia, intolerancia gastrointestinal y mayor letargo. Por este motivo se amplía analítica con procalcitonina y hormonas tiroideas. La sorpresa diagnóstica es que se obtiene TSH suprimida y T4 libre de 10.08 ng/dl.
Por tanto, se realiza ingreso en Endocrinología con el diagnóstico de hipertiroidismo clínico grave con riesgo de tormenta tiroidea inminente (criterios de Burch y Wartofsky: 40 puntos) donde posteriormente se confirmaría etiología autoinmune, enfermedad de Graves Basedow.

CONCLUSIONES

- Los síntomas clínicos inespecíficos dificultan el diagnóstico clínico con mucha frecuencia, pero el malestar general y la aparición de criterios de alarma siempre nos deben obligar a realizar un esfuerzo en el estudio del paciente y plantear diagnósticos diferenciales suficientes para llegar al éxito diagnóstico. En este caso fueron los síntomas digestivos los que no permitieron orientar la verdadera patología de la paciente.
- En ocasiones la evolución clínica de los pacientes nos ayudan a obtener un diagnóstico certero, pero en el servicio de Urgencias ese planteamiento es difícil dado el espacio disponible y la demanda existente.
- La colaboración interdepartamental es clave para el diagnóstico y tratamiento seguro del paciente.

P. #1692

DOCTORA. EL ICTUS ME LO HA OCASIONADO EL ACCIDENTE?

Amanda Zambrano Santos

Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un hombre de 75 años de edad que acude al servicio de urgencias por alteración del habla. Como antecedentes hipertensión arterial, flutter auricular con giro antihorario tratado con ablación y manteniendo ritmo sinusal estable desde 2020, insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores en seguimiento por cirugía vascular y reciente alta 20/01/2025 de hospitalización de cirugía general con diagnóstico de obstrucción intestinal a consecuencia de invaginación de asas intestinales, intervenido por laparotomía media. Fue valorado esa misma mañana alrededor de las 9:30 am tras sufrir atropello directo de coche y lanzamiento contra el suelo, según refiere, el cuadro clínico inicio de manera brusca durante su estancia en observación con dificultad para la articulación del lenguaje, mientras testificaba a la guardia civil, con posterior mejoría. Al alta con hallazgos radiológicos dentro de la normalidad, cercano a las 12h30 es recogido por su hijo quien percibe cierta torpeza al habla, siendo valorado en su pueblo por médico de centro de salud, quién realiza nueva derivación por persistencia de clínica. A su llegada al servicio de Urgencias presenta estabilidad hemodinámica, en exploración física a destacar leve disartria, con resto de valoración neurológica normal. Escala NIHSS 1. Se solicitan pruebas complementarias donde se objetiva en tomografía computarizada craneal hipodensidad parietal izquierda. Se comenta con neuróloga de guardia quien decide ampliar estudio con Angio-TAC que describe estenosis carotídea izquierda del 90%. Ante hallazgos se ingresa al paciente en Unidad de Ictus, con control estricto, descartando fibrinolisis debido a tiempo de cuadro clínico >4.5 horas y cirugía abdominal en <1 mes, se completó estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) confirmando región hiperintensa en FLAIR a nivel cortico-subcortical fronto-parieto-occipital izquierda. Se inició doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y clopidrogel asociado con atorvastatina 80mg, se suspendió medicación antihipertensiva por tendencia a la hipotensión, se contacta durante ingreso con cirugía vascular quien realiza valoración de forma presencial en su centro, siendo candidato a intervención programada. Posterior a ello, paciente con evolución clínica favorable, decidiendo el alta tras 4 días de hospitalización, pendiente de reingreso para cirugía programada y seguimiento ambulatorio en consultas externas de Neurología.

CONCLUSIONES

-El presente caso impresiona porque una focalidad neurológica que aparece posterior a politraumatismo por atropello, con una prueba de imagen de inicio descrita como normal, aumenta sospecha inicial de complicaciones con sangrado intracraneal, repitiendo pruebas de imagen y exploración física,

no siendo esperable el hallazgo de ictus de probable origen aterotrombótico asociado con estenosis carotídea significativa.
-En este caso se consideró como posibilidades etiológicas origen aterotrombótica vs disección carotídea, debido a factores de riesgo cardiovascular y traumatismo del alto impacto, por lo que se amplió el estudio con Angio-TAC, para descartar dicho proceso.
-Este caso es importante mantener en cuenta y extrapolar a casos similares para recalcar la importancia de la correcta anamnesis, exploración y tiempo de observación en servicios de urgencias, como valorar la aparición de nuevos signos de focalidad neurológica que podrían orientar la repetición de pruebas complementarias.

P. #1693

EL PELIGRO DEL "BOCA A BOCA" Y LA MODA DEL USO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS / HIERBAS

Ziad Issa Masad-Khozouz[1], Esperanza Puga Montalvo[1], Fernando Sabio Reyes[1], Encarnacion Granados Laguna[1], Laura López Soler-Belda[1], Mª Pilar Royo Estrada[2]

1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España
2. Hospital Alta Resolución Puente Genil Córdoba, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 17 años. AP: TDAH en tratamiento con metilfenidato. No fumador ni bebedor ni tóxicos. En seguimiento por Psicólogo privado.
*MAP: Acude con su madre por astenia, náuseas, molestias abdominales sin diarrea ni fiebre. Según la madre, nerviosismo más acentuado por exámenes. Diagnóstico: Ansiedad secundaria.
*CENTRO DE SALUD SUAP. Nueva visita al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud unos 3 días después por MEG con náuseas con algún vómito dolor abdominal y picor intenso. Continuaba sin diarrea ni fiebre.
Ante no mejoría acuden al Servicio de Urgencias. No consumo de alimentos en mal estado, tampoco lesiones dérmicas ni viajes o relaciones sexuales riesgo.
EXPLORACIÓN
COC, REG, NH, tinte ictérico conjuntival. Glasgow 15/15. TA 115/57 mmhg, FC 93 lpm, T.ª 36,8 °C, Sat 02 99% basal, FR 12 rpm. No lesiones dérmicas. ORL úvula normal sin placa. ACR: rítmica. Buen murmullo vesicular. Abdomen: blando, depresible, Blumberg y Murphy negativo. No peritonismo. Dolor a palpación difusa. Extremidades: no edemas, no signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- Analítica: Hemograma normal incluidas plaquetas, así como coagulación. En bioquímica todo normal salvo niveles elevados de bilirrubina total (2,5 mg/dl) a expensas de Bilirrubina directa, ALT (alanina transaminasa) (252,0 U/l), AST (aspartato transaminasa) (313 U/l), GGT (gamma-glutamil transferasa) (92 U/l), ALP (fosfatasa alcalina) (217 U/l), y ferritina (771 µg/l). PCR 27 mg/dL Se solicitaron pruebas serológicas (herpes simple tipo 1 y 2, VEB, CMV...), resultado negativo.

Serología de virus hepatotropos (virus de la hepatitis A (VHA); virus de la hepatitis E (VHE); virus de la hepatitis B (VHB); virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con resultado negativo
Se completo estudio con: estudio de inmunidad, proteinograma, recuento de inmunoglobulinas A, G y M, ceruloplasmina, hormonas tiroideas, cortisol, porfiria, etc...
- Rx. Abdomen: sin hallazgos significativos.
- Ecografía abdominal reglada: descartó patología.

Ante no mejoría se decide ingreso a cargo de Digestivo para completar estudio. Estudio hemocromatosis y hepatitis autoinmune, negativos. No se detectaron anticuerpos Ana y SMA, y la concentración de IgG fue normal.
Estando el primer día en planta con anamnesis dirigida estrictamente al paciente, comenta que un amigo le había recomendado una "planta medicinal" de Herbolario para

calmar los nervios y que la había adquirido sin ser conocedores sus padres: ashwagandha. Relató que llevaba haciéndolo casi un mes. No precisó cuántos comprimidos había tomado al día.
Tras dicha afirmación se sospechó que podríamos encontrarnos ante "daño hepático "por suplementos herbales. Se inició tratamiento sintomático además de con metilprednisona, ácido ursodesoxicólico, etc... con mejoría tanto objetiva clínica como analítica posterior.
JUICIO CLÍNICO
Daño hepático por suplementos herbales que contenían ashwagandha
D.DIFERENCIAL
Daño hepático por virus-autoinmune, transgresión dietética, ansiedad, etc

CONCLUSIONES

El uso de hierbas y suplementos dietéticos está aumentando en todo el mundo. Su asociación con daño hepático se ha convertido en un foco de interés. La regulación del uso en EE. UU está estrictamente definida por ley, mientras que en Europa no.
La ashwagandha (Withania somnifera), bufera o ginseng indio se utiliza en la medicina tradicional india, o Ayurveda, desde hace miles de años para aliviar el estrés, artritis, hipotiroidismo, trastornos cognitivos, etc.. Según los científicos se desconoce su seguridad en más de tres meses de consumo. Como efectos secundarios: nauseas, molestias abdominales, pero se han detectado múltiples casos de hepatitis aguda.
Por todo, debería introducir una legislación para la prueba obligatoria de ingredientes individuales en suplementos dietéticos y/o hierbas. Esto eliminaría el riesgo y mejorarían-acortarían significativamente el proceso de diagnóstico, debido a la falta de datos .La ashwagandha debería considerarse con más frecuencia como un factor potencial de daño hepático, y los médicos deberían prestar atención a los suplementos a base de hierbas que toman los pacientes al recopilar la anamnesis

P. #1695

DRA, NO SIENTO LAS PIERNAS. UN CASO CLÍNICO DE SÍNDROME MEDULAR AGUDO NO TRAUMÁTICO

Amanda Zambrano Santos

Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un hombre 89 años de edad que acude al servicio de urgencias por alteración de movilidad de las piernas. Refiere que al acostarse en cama luego de levantarse al baño presento sensación de parestesias en miembros inferiores con pérdida completa de la movilidad asociada con alteración sensitiva, no pérdida de control de esfínteres, no traumatismo asociado, sin fiebre ni otra semiología de tipo infecciosa. Como antecedentes hipertensión arterial, estenosis aórtica severa degenerativa, con hipertrofia ventricular izquierda con FEVI preservada, portador de prótesis aórtica biológica en 2017 y TAVI, endocarditis infecciosa no complicada que requirió hospitalización en 2018. Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico, alopurinol y amlodipino/hidroclorotiazida/valsartán. A su llegada a urgencias, estable hemodinámicamente, en exploración física a destacar funciones superiores y pares craneales conservadas, sistema motor con miembros superiores 5/5 y en miembros inferiores 0/5 de forma simétrica con anestesia en todas las modalidades con nivel sensitivo hasta T12 y reflejos osteotendinosos abolidos en miembros inferiores y RCP flexor bilateral. Se realiza valoración por parte de Neurología que solicita RMN torácica-lumbar urgente, con el objetivo de descartar mielopatía aguda. En la prueba de imagen se objetiva ocupación del canal espinal por material hipointenso en T1 e hiperintenso en las secuencias ponderadas en T2, de localización posterior desde D6- D12 con efecto masa sobre el conducto raquídeo, coincidiendo con hematoma epidural de probable etiología no traumática, de acuerdo con estos hallazgos se comenta caso con Neurocirugía de Toledo, quien decide traslado para cirugía (descrito en informe procedimiento: Laminectomía D10 con evacuación), el cual transcurrió sin complicaciones. Durante su estancia en planta mantuvo estabilidad hemodinámica con similar déficit motor y sensitivo. Se solicito traslado para continuar con seguimiento de paciente en su hospital de referencia, ingresando en planta de Traumatología, como complicaciones inicio con deterioro progresivo del nivel de consciencia, febrícula y hematuria que requirió lavado vesical continuo, se asocia analítica que destaca leucocitosis (19200 N 17500), anemia (Hb 8.8), deterioro de función renal (Cr 2.3). Mantuvo deterioro progresivo hasta fallecimiento del paciente.

CONCLUSIONES

Esta entidad se considera de baja incidencia, pero de alta morbimortalidad, destacando la importancia del examen neurológico y una adecuada selección de pruebas complementarias radiológicas que evitan que pase desapercibida y el posterior desarrollo de una importante limitación funcional, por secuelas motoras, sensitivas y disreflexia autonómica. Es considerado como etiología mas frecuente

los traumatismos o procedimientos invasivos tipo punción lumbar, como en este caso de tipo espontáneo se puede asociar a procesos tumorales, alteraciones de coagulación y empleo de tratamiento antiagregantes o anticoagulantes. Las características clínicas varían de acuerdo a la localización y puede confundirse con otros procesos (mielitis, trombosis medular, polirradiculopatías, siendo la prueba de elección la resonancia magnética.

P. #1700

HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO DE ESFUERZO

Pilar Martínez Pérez[1], Ana Isabel Soler Castillo[1], Francisco José Contreras Anguita[1], Alba Sánchez Sánchez[2], Oksana Ibraieva X[1]

1. Hospital de Guadix. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Guadix, España
2. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años con único AP de interés dislipemia que es traído por servicio de Urgencias Extrahospitalarias por episodio de cefalea súbita sin aparente desencadenante. La mujer comenta que, además, ha presentado un episodio de disartria.
A su llegada, el paciente refiere persistencia de dolor, aunque de menor intensidad. Rehistoriando, comenta que realmente la clínica ha comenzado cuando estaba practicando relaciones sexuales con su esposa.
EXPLORACIÓN FÍSICA
TA 141/82 mmHG, FC 70, Glucemia 126, Saturación 97% aa, Afebril
Exploración neurológica que evidencia leve midriasis derecha, sin otros hallazgos destacables.
Resto de la exploración física sin alteraciones.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
ECG normal
Analítica de sangre normal
TAC craneal: se evidencia hematoma intraparenquimatoso agudo en el hemisferio cerebeloso derecho de aproximadamente 30mm. de diámetro mayor transverso con apertura a espacio subaracnoideo. Asocia hemorragia subaracnoidea en los surcos adyacentes, cisterna del ángulo pontocerebeloso derecho y tentorio.
AngioTAC: pequeña malformación arteriovenosa cerebelosa paravermiana posterior e imágenes de microaneurismas que podrían ser el origen del sangrado.
JC: Hematoma intraparenquimatoso cerebeloso.
EVOLUCIÓN
El paciente ingresa en UCI para monitorización y tratamiento mediante una arteriografía con embolización de aneurisma de flujo, manteniéndose en todo momento estable y sin focalidad neurológica grosera.
Se da de alta y se cita paraestudio ambulatorio de la MAV.

CONCLUSIONES

La hemorragia intracerebral (HIC) es la segunda causa más común de accidente cerebrovascular después del accidente cerebrovascular isquémico y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Esta puede clasificarse como espontánea o traumática. En ambos casos, el aumento del sangrado se asocia con deterioro neurológico, aumento de la presión intracraneal y peores resultados. En la mayoría de los casos, la mayor parte de la expansión de la hemorragia ocurre en las primeras horas posteriores al inicio de la hemorragia intracraneal por lo que estos momentos de actuación son cruciales.
Entre las causas más frecuentes se encuentran la vasculopatía

hipertensiva, la angiopatía amiloide cerebral o la rotura de una malformación ateriovenosa, como es el caso que nos atañe. La edad, los factores de riesgo cardiovasculares y la toma de medicación antitrombótica son también situaciones predisponentes a esta patología.

La sospecha clínica de hemorragia cerebral se basa en características como el inicio agudo de síntomas que empeoran gradualmente y el aumento del déficit neurológico, en particular si se acompaña de dolor de cabeza intenso, vómitos, hipertensión grave y disminución del nivel de conciencia o coma. Sin embargo, la distinción entre hemorragia cerebral e isquemia no se puede hacer basándose únicamente en las características clínicas por lo que la neuroimagen con tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro es obligatoria para confirmar el diagnóstico de HIC y excluir el accidente cerebrovascular isquémico y los imitadores de accidente cerebrovascular como posibles causas.

A medida que avanza la evaluación diagnóstica, los pacientes con hemorragia intracerebral también pueden necesitar intervenciones agudas, que posiblemente incluyan intubación y ventilación mecánica, reversión de la anticoagulación, control de la presión arterial, monitoreo y tratamiento de la presión intracraneal y consideración de la necesidad de ventriculostomía o evacuación quirúrgica del hematoma o embolización de las malformaciones como tratamiento definitivo.

P. #1713

PARECE EMBRIAGUEZ Y NO LO ES

Pilar María González Romero, Desiree Baute Díaz, María Cecilia Martín Fernández De Basoa, Carmen Beatriz Domínguez Gill, Patricia Galobart Morilla, Elvira García Castro

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 52 años, de nacionalidad inglesa. Traído al servicio de urgencias en recurso básico, tras ser encontrado desorientado en el suelo de un bar. Según refiere un testigo, el paciente había sufrido unos minutos antes una convulsión tónico clónica, con relajación de esfínteres y poscrítico posterior d unos 5 minutos.

A nuestra valoración, se encuentra desorientado, no colaborador con periodos de agitación psicomotriz alternados con periodos de obnubilación.

A la exploración presenta Glasgow que fluctúa de 13 a 15, se decide monitorizar al paciente por rachas de taquicardias compatibles con FA con respuesta ventricular rápida. A la exposición se objetivan quemaduras solares en torso y miembros.

En la analítica presenta función renal conservada CPK de 330 U/L (30 200), Bilirrubina total de 2,93 mg/dl (0,30-1,20). Bilirrubina indirecta 1,74 mg7dl(0-1,00), Fosfatasa Alcalina 120 U/L(50-116) y PCR 5,56 mg/dl(<o,5). Tomografía axial computerizada craneal (TAC) dentro de la normalidad.

El paciente continua obnivilado, sufriendo nueva crisis convulsiva sin recuperación completa de la conciencia, por lo que se decide intubación orotraqueal, siendo ingresado en el servicio de medicina intensiva, con el diagnóstico de síndrome de abstinencia y crisis convulsiva.

En la unidad de cuidados intensivos se decide canalizar una vía central yugular dercha que presenta dificultades por masa cervical a esa altura. Por lo que se decide solicitar perfil tiroideo. Los resultados son TSH<0,008 µUI/ml(0,215-4,94), T4L; 2,73 mg/dl(0,70-1,48), que se amplia conT3L>20pg/ml(1,5-3,91) y TRAb:21,23mUI(<3,10). Con estos resultados se sospecha una tirotoxicosis, por lo que se contacta con el endocrino, que a la exploración objetiva exoftalmo, y bocio grado 3 bilateral, mayor en lóbulo tiroideo derecho, no se evidencia nódulos.

Se calcula la escala de Burch y Wartossky para reconocer rápidamente los signos y síntomas de Tirotoxicosis, en este caso el resultado es de 85 (valores mayores o iguales a 45 altamente sugestivos de tormenta tiroidea), por lo que se diagnóstico de Tormenta Tiroidea por enfermedad de Graves Basedow pautándose tratamiento con hidrocortisona a altas dosis y antitiroideos (carbimazol), se realizan controles con perfil tiroideo cada 48 horas.

CONCLUSIONES

La tormenta tiroidea es una situación potencialmente mortal, poco frecuente y aunque suele haber una causa desencadenante, en alguna ocasión es la primera manifestación de una enfermedad del tiroide. El diagnóstico inicial es fundamentalmente clínico y puede apoyarse por la escala de Burch y Wartofsky, pero la gran variabilidad de síntomas asociados constituye un reto diagnóstico, y aunque rara el médico de urgencias debe tenerlo en cuenta.
La concentración de las hormonas tiroideas no se correlaciona con la gravedad pero es determinante para el diagnóstico.
En este caso el estado de desorientación, no tener historial médico, ni tener familiares que pudieran informar sobre sus antecedentes dificultó su diagnóstico inicial. El resultado analítico cambio el diagnóstico y la orientacíón de su tratamiento, evitando el fallo multiorgáncio.

P. #1719

OJO CON LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION NEUROLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ALTERACIÓN DE MOTILIDAD LINGUAL

Amanda Zambrano Santos

Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera De La Reina, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de varón de 14 años de edad que acude al servicio de urgencias por alteración de motilidad lingual, disartria y disfagia. Como único antecedente a destacar convulsiones febriles en la infancia. Valorado el día previo con resultados analíticos anodinios, siendo dado de alta con pauta de corticoides y antihistamínicos, a pesar de tratamiento instaurado presenta empeoramiento de clínica, por lo que acude nuevamente al servicio de urgencias, refiere una evolución de aproximadamente 2 días con dificultad para el inicio del proceso de deglución debido a que "la lengua no se mueve como debería habitualmente, lo que hace que sea más difícil", sin empeoramiento por la tarde, ni fatigabilidad, como datos adicionales hace 1 semana presento ligera febrícula 37.6°C, que cedió con antitérmicos, sin clínica respiratoria, no alteraciones gastrointestinales, ni síndrome miccional. Niega consumo de tóxicos, alimentos enlatados o fármacos nuevos. A la valoración estable hemodinámicamente, en exploración física a destacar dificultad para el inicio de la deglución, se probó tolerancia con líquidos, funciones superiores conservadas, nómina y repite con voz gangosa, evidenciando cierta fatigabilidad en vocalización, desarrollando voz nasal y cambios precoces en tonalidad. Úvula centrada, reflejo nauseoso presente, aunque impresionaba de escasa elevación de velo del paladar, lengua sin atrofias, ni fasciculaciones, con dificultad para la elevación, preservada la movilidad en otras direcciones, sutil ptosis palpebral derecha, sin datos de debilidad a otros niveles ni en cintura escapular, ROT presentes y discretamente exaltados y RCP flexor bilateral. Se solicitaron pruebas complementarias con analítica destacando ligera leucocitosis con formula normal, tomografía craneal sin hallazgos patológicos, valorado por otorrinolaringología quién descarto patología relacionada con su especialidad. Debido a persistencia de clínica durante observación se comenta con neurología de guardia, quien decide ingreso a su cargo, con principal sospecha de miastenia gravis de inicio bulbar, se completó estudio con tomografía de tórax donde se visualiza imagen en mediastino anterior con densidad de partes blandas homogénea de 14.3x36.9x62mm sugestivo de restos tímicos vs timoma, electromiografía confirmando a la estimulación repetitiva a bajas frecuencias, una respuesta muscular decremental compatible con afectación en la unión neuromuscular, se amplió analítica con serología hepática y general negativa, IgG Rubeola/Sarampión/Parotiditis/Varicela positivo (relacionado con reciente inmunización), autoinmunidad negativa, AC. Receptor de acetilcolina <0.07 (negativo), Anti-MUSK negativo, Inmunoglobulina A 212 y tiopurina metil-transferasa 36. Valorado en conjunto con neumología que realizo espirometría basal forzada y snip test con resultado -71cmH20, dentro de los limites de normalidad. Tras resultados de pruebas se inició tratamiento

con piridostigmina 30mg/8H y prednisona 30mg, tras dos días de inicio paciente con importante mejoría sintomática, sin datos de fatigabilidad a la exploración física, buena tolerancia oral, se decide el alta hospitalaria con pauta de piridostigmina 60mg/8H y Prednisona 30mg, indicaciones de medicación que no debería consumir sin prescripción y con cita para valoración y seguimiento en consulta externa de neurología, neumología y cirugía torácica en Madrid

CONCLUSIONES

Miastenia Gravis es una condición autoinmune con afectación de placa neuromuscular, con picos dentro de la segunda-tercera y octava década de la vida. El diagnóstico se realiza por medio de la demostración de anticuerpos AChR y/o Musk, en caso de seronegatividad, predomina clínica neurológica y estudio neurofisiológico. Es importante la confirmación para inicio de tratamiento como primera línea con inhibidores de acetilcolinesterasa, recordando la importancia de las recomendaciones con respecto a tratamiento habituales (antibióticos, benzodiacepinas), infecciones y situaciones de estrés que podrían en desencadenar una crisis miasténica y sus complicaciones asociadas.

P. #1722

DE DOLOR MUSCULAR NOCTURNO A ENFERMO CRÓNICO

Gema María Gómez García[1], Beatriz Paderne Díaz[1], Beatriz López De Mingo[2], Begoña González De Marcos[3], Fatima Fernández Salgado[4], Eva De Las Nieves Rodríguez[5]

1. Hospital UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, Móstoles, España
2. Centro de Salud Mirasierra, Madrid, España
3. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España
4. Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España
5. Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: Calambres en ambas pantorrillas
Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas, Fumador 20 cigarrillos/día. No antecedentes médicos de interés. No cirugías.
Historia Actual: Varón 52 años acude a urgencias por calambres musculares en ambas pantorrillas de 3 meses de evolución, asociando pérdida de 5 kg en ese tiempo, sin hiporexia. Interrogado dirigidamente refiere asociar poliuria y polidipsia que relaciona con el calor del verano.
Exploración Física: Buen estado general complexión delgada. Tensión Arterial 120/62, Saturación 02 98%, Frecuencia Cardíaca 66 lpm. Miembros Inferiores: no edemas, no empastamiento, buena coloración y fuerza, pulsos positivos y simétricos, no signos de insuficiencia venosa ni de trombosis venosa. Fuerza y sensibilidad conservadas, no doloroso a palpación , movilidad completa. Resto de exploración por órganos y aparatos anodina.
Pruebas complementarias : Analítica: Hemograma normal, Bioquímica Glucosa 319, Hemoglobina Glicada HbA1c 11.5 (0.0-5.5) y Hemoglobina glicada en Unidades IFCC 102 (00-38). Colesterol 276, no microalbuminuria, Glucosuria 1000.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 64 lpm, sin alteraciones. Radiografía de Tórax sin hallazgos patológicos.
Juicio Clínico: Calambres musculares como debut de Diabetes Mellitus
Evolución y tratamiento: debido a la complexión delgada y pérdida de peso se solicitan desde urgencias anticuerpos anti insulina.
Se inicia tratamiento con Insulina Glargina como basal según peso, Metformina y Sitagliptina y se deriva al paciente a Consultas de Endocrinología por sospecha de Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA)
Resultado autoinmunidad:
Ac Anti Insulina GAD 49 (0.0-5.0), restos negativos
Juicio Clínico: Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA)

CONCLUSIONES

Conclusiones: La Diabetes Autoinmune Latente del Adulto (LADA) es una entidad que ha aumentado exponencialmente su incidencia en los últimos años, Estos pacientes muestran unas características fenotípicas comunes y, al igual que en la diabetes tipo 1, mayor concentración de autoanticuerpos contra estructuras propias de la célula beta pancreática, específicamente anticuerpos antidescarboxilasa del ácido glutámico (anti-GAD). Su presencia indica una lesión autoinmune de las células insulares, pero con una evolución más lenta hacia la insulinopenia. En los últimos 5 años son numerosas las publicaciones que describen este tipo de diabetes, de ahí la importancia de tenerla en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de debut diabéticos en pacientes con edad de inicio menor de 50 años, síntomas agudos al debut, IMC menor de 25 kg/m2, e historia personal o familiar de enfermedad autoinmune. Siendo la Insulina la terapia de elección.

P. #1726

TERATOMA OVÁRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

María De Los Ángeles Álvarez García, Carlos García Granados, Wanda González Rico, Elena Prado Fernández, Patricia Fernanda García Pesquera, Irene Badás Malnero

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio súbito hace unas horas. Localiza el dolor en hemiabdomen inferior e irradia a espalda. No se acompaña de otra sintomatología y ha tomado analgesia con AINEs sin mejoría. A la exploración física destaca abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda con defensa abdominal y sensación de efecto masa. Puño percusión renal bilateral negativa. Resto de exploración normal. Se solicita analítica sin alteraciones y se administra analgesia intravenosa con nula mejoría.

Ante esta situación, se solicita ecografía abdominal urgente donde se identifica en área anexial izquierda masa heterogénea que presenta unos diámetros de 6.5 x 5 cm, de naturaleza indeterminada a valorar por Ginecología. Se completa el estudio con test de embarazo que es negativo y se interconsulta a Ginecología.

Exploración ginecológica: Se palpa masa móvil y delimitada a nivel de vacío izquierdo. Genitales externos y vagina normales. Cérvix macroscópicamente sano. Tacto bimanual normal, sin dolor a la movilización cervical. Útero aumentado de tamaño por miomas ya conocidos. Ecografía transvaginal: Útero en retro con miometrio heterogéneo, endometrio homogéneo de 8mm. Ovario derecho normal, ovario izquierdo no visualizado.

Se decide conjuntamente completar el estudio con un TAC abdominal urgente para determinar con más precisión el origen y características de la masa ovárica. Tac abdominal: En región anexial izquierda se objetiva lesión de 54 x 66 x 72 mm, con presencia de calcificaciones gruesas en su interior, áreas de grasa macroscópica y otras áreas de mayor densidad, hallazgos que podrían corresponder como primera posibilidad con teratoma ovárico.

La paciente ingresa para control del dolor. Finalmente se realiza intervención programada durante el ingreso, realizándose anexectomía izquierda mediante laparoscopia sin incidencias. La paciente se da de alta, pendiente de resultados de anatomía patológica, los cuales confirman un mes después un teratoma quístico maduro.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias que en muchas ocasiones supone un reto diagnóstico para el médico de urgencias dado el amplio abanico de diagnósticos diferenciales que incluye. En el caso que se presenta, se pone en evidencia la importancia de una correcta anamnesis y una minuciosa exploración abdominal a la hora de solicitar pruebas de imagen, más aún cuando los estudios analíticos no revelan datos orientativos.

Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los

tumores de ovario, y de ellos un 95% son benignos, siendo el más frecuente el teratoma maduro benigno o también denominado quiste dermoide. Se caracteriza por una cápsula gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado, con gran variedad de apéndices cutáneos que incluyen glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La cavidad se llena de los detritus de la secreción glandular, y suele contener pelo. Otros tejidos que se pueden encontrar son dientes, cartílago, plexos coroideos, falanges, tejido nervioso y, en ocasiones, tejido tiroideo (Struma ovarii), con potencial tirotóxico o de degeneración maligna tiroidea.
El teratoma quístico maduro se puede asociar a complicaciones como la rotura (1-1,2%, constituye una urgencia quirúrgica), la degeneración maligna o la torsión (16%). Tradicionalmente, el manejo ha sido quirúrgico, mediante una anexectomía unilateral

P. #1732

CÓDIGO ICTUS: HEMIPARESIA IZQUIERDA ¿O NO?

Rocío Lorenzo Álvarez, Paula Hermoso Oballe, Lucía Zambrano Serrano, Antonio Narváez Rodríguez
Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez Málaga (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 71 años.
No alergias conocidas.
No hábitos tóxicos.
**Situación basal: vive con su hijo. IABVD, pero refiere que últimamente le costaba subir escaleras por probalmea de artrosis en MMII.
**Antecedentes Personales: Hipertensión, Fibrilación Auricular (FA) permanente anticoagulada con Dabigatran. Obesidad mórbida. Cáncer de mama izquierda en 2006, tratada con Qx+RT+QT, libre de enfermedad (tratada en Venezuela).
**Tratamiento habitual: propafenona, dabigatrán, diosmina, bisoprolol, torasemida, paracetamol, metamizol.
**Motivo de consulta: Acude a urgencias 21/12 por hemiparesia izquierda que apareció de forma súbita mientras recogía su cama, al doblar la manta nórdica, comenzó con dolor intenso tipo "calambrazo" en brazo izquierdo con irradiación por todo el brazo hasta el cuello; posteriormente, comenzó a notar pérdida de sensibilidad y fuerza en brazo izquierdo y pierna izquierda, por lo que a su llegada a urgencias se catalogó inicialmente como clínica ictal descartando lesiones isquémicas agudas en pruebas de neuroimagen (tc y angiotc). A la exploración destaca obesidad mórbida y a nivel del cuello ran tumoración laterocervical derecha prominente que la paciente refiere desde hace 3-4 meses con crecimiento paulatino por el que no ha consultado. En la exploración dicha masa es dura poco desplazable y también presenta otra tumoración izquierda de menor tamaño pero también de consistencia pétrea de unos 6-8 cm de diámetro. Durante su estancia en observación a lo largo de la noche, la clínica evoluciona hasta presentar tetraparesia progresiva completa con nivel sensitivo T3-T4 de menos de 24 horas de evolución.
**Evolutivo: Se traslada a tercer nivel para valoración. Se realiza RMN urgente que informan como hematoma espidural espontáneo a nivel de C3-C6, con mielopatía compresiva. Se realiza cirugía urgente con laminectomía y exeresis del hematoma, sin incidencias. En muestra remitida a anatomía patología informan de Schwannoma con congestión vascular, hiperplasia y fenómenos trombóticos. Se realiza además PAAF de las adenopatías cervicales siendo la anatomía patológica positiva para metástasis de carcinoma papilar de tiroides.
**Desenlace: La paciente tiene un ingreso con evolución tórpida requiriendo traquesotomía y re-ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria, falleciendo 2 meses más tarde.

CONCLUSIONES

El hematoma epidural espontáneo (HEE) es una entidad poco frecuente que se suele manifestar como dolor cervical o dorsolumbar severo, asociado o no a irradiación radicular que a veces se acompaña de síntomas de compresión medular. Existen numerosas causas que pueden ocasionarlo desde traumatismos, tumores, malformaciones arteriovenosas o malcontrol de los anticoagulantes orales. Su sospecha tras una adecuada anamnesis y exploración física es fundamental, puesto que requiere un tratamiento quirúrgico precoz (1).
En el caso de nuestra paciente destaca que tenía varios factores para presentar el HEE:
- Traumatismo: unos meses atrás tuvo una caída con contusión en la espalda, a la que inicialmente no le dio importancia. Días más tarde tuvo clínica de pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo que se autolimitó y se filió como AIT.
- Tumor: Carcinoma papilar de tiroides no conocido pues la paciente no había consultado.
- Anticoagulante: La paciente se encontraba anticoagulada con Dabigatrán por FA permanente.

Bibliografía:
1. Rodríguez Sánchez R et al. Hematoma epidural espinal secundario a un mal control del tratamiento con anticoagulantes orales: A PROPÓSITO DE UN CASO SEMERGEN. 2008;34(8):420-4421.

P. #1745

ÉMBOLOS TRAVIESOS

Ana María Martínez Molina[1], José Cebrian Escudero[2], Jorge Sorando Ortín[1], Iñigo Guerra Molina[1], Víctor Medina Pedraza[3], Raúl Coleto Gutiérrez[4]

1. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España
3. Centro de Salud Los Molinos, Madrid, España
4. Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 80 años que acude a Urgencias por disartria objetivada hace 2 horas La paciente refiere disartria y bradilalia, sin afasia y comprensión conservada.
Antecedentes personales: Insuficiencia cardiaca en relación con valvulopatía mitral (insuficiencia mitral severa por prolapso de ambos velos) e insuficiencia tricuspídea severa. FEVI preservada
Exploración física: consciente, orientada. Lenguaje conservado en comprensión, obedeciendo órdenes complejas, bradilalia y disartria inteligible. Nomina y repite. Pupilas isocóricas normorreactivas.Motilidad ocular externa sin restricción, no diplopia referida ni nigtasmo. Campimetría sin alteraciones. Asimetría facial izquierda. Resto de pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas universalmente. No extinción visual ni sensitiva. No dismetría en maniobra dedo nariz, con algo de temblor distal intencional. No exploramos marcha.
A su llegada a Urgencias se activa Código ICTUS. Durante su estancia en Urgencias, presenta fiebre de 38.5°. Niega sintomatología infecciosa en anamnesis.
Pruebas complementarias:
·TC cerebral multimodal: Focos isquémicos de nueva aparición uno de ellos localizado en el territorio frontera posterior derecho que asocia alteraciones en el estudio de perfusión cerebral indicativas de isquemia aguda, y otros localizados en la circunvolución precentral derecha y en ambos hemisferios cerebelosos que no asocian repercusión en el estudio de perfusión, por lo que son de cronología indeterminada.
La distribución de estas lesiones, la afectación concomitante de circulación anterior y posterior y la ausencia de signos de ateromatosis sugieren un probable origen cardioembólico de las lesiones isquémicas.
Analítica sangúinea: Hb 11.4 (anemia multifactorial conocida), Leucocitosis 22.85 con neutrofilia. INR 1.82.Función renal en rango.. PCR 11.24. Gasometría venosa: pCO2 35, Bicarbonato 20, lactato 2.7
Ecocardiografía a pie de cama: FEVI preservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Aurículas severamente dilatadas.Válvula Mitral con prolapso de ambos velos, impresiona de IM severa.Imagen hiperecogénica y móvil de 14x5 mm en cara auricular de velo anterior mitral sugestiva de vegetación, y otra de menor tamaño, filiforme, en cara auricular del velo posterior. VCI 22 mm con colapso menor al 50%.
Impresión diagnóstica
Infartos cerebrales multiterritoriales de probable origen cardioembólico, posible endocarditis infecciosa (EI).

Evolución: Se inicia antibioterapia con Meropenem 2g/8H IV + daptomicina en perfusión IV.
Comentario
Entre el 20 y el 40% de los pacientes con EI desarrollan complicaciones neurológicas,siendo hasta en un 60% de los casos la primera manifestación.
La afectación de la válvula mitral, tanto nativa como protésica, es la más implicada en los fenómenos embólicos del SNC, afectando principalmente al territorio de la arteria cerebral media, probablemente en relación al alto porcentaje de volumen de sangre en estos territorios. No obstante también es común el infarto multifocal que con frecuencia involucra los territorios arteriales terminales de los vasos cerebales.
Los principales factores de riesgo de embolización, y por tanto de complicaciones neurológicas, en la EI son el retraso en el inicio de la terapia antibiótica (un 76% de las complicaciones neurológicas ocurren antes de su instauración), la localización en cavidades izquierdas, el tamaño de la vegetación > 10 mm y la etiología por S. aureus y Streptococcus bovis

CONCLUSIONES

-La mortalidad de la EI sigue siendo elevada, sobretodo en pacientes que presentan complicaciones neurológicas por lo que es esencial el diagnóstico temprano.
-El diagnóstico de sospecha de la EI puede hacerse mediante criterios clínicos apoyados en imágenes ecocardiográifcas, por lo que la ecocardiografía clínica a pie de cama es una herramienta importante en el servicio de Urgencias.
-El inicio rápido de antibioterapia y /o tratamiento quirúrgico son lo más importante para mejorar el pronostico.

P. #1752

OFTALMOPLEJIA DOLOROSA EN URGENCIAS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Manuela Campos Holguin, Carmen Marcos Alonso, Libertad Goya Arteaga

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 56 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo I con complicaciones micro y macrovasculares y mal control terapéutico. Cardiopatía isquémica crónica revascularizada con dos stent en arteria coronaria derecha y circunfleja con disfunción del ventrículo izquierdo. Fibrilación auricular paroxística anticoagulado con Apixabán. Fumador activo de 2-3 cigarros al día y exconsumidor de cocaína.
Acude a urgencias horas después de extracción dentaria de maxilar superior derecho con cuadro progresivo de dolor peri-orbitario, ptosis parpebral y diplopía binocular, junto con pico febril, focalizando su clínica principal en el dolor a dicho nivel. En tratamiento con Amoxicilina 500 mg dos días antes de la extracción.
Se objetiva ptosis de ojo derecho con exotropia y limitación parcial par la aducción, supraversión e infraversión del mismo, sin afectación de pares craneales bajos. No se evidencia signos de celulitis orbitaria, edema periorbitario evidente ni proptosis. Analítica con reactantes de fase aguda normales y sin signos de infección. Tras valoración por oftalmología se solicita TAC craneofacial con contraste sin hallazgos de interés, ante la sospecha de posible celulitis orbitaria.
Se contacta con neurología ante la clínica anteriormente descrita, cursando ingreso para estudio reglado ante posible afectación del seno cavernoso propablemente por tromboflebitis tras extracción dentaria (síndrome febril, dolor y afectación del III par craneal) vs celulitis orbitaria.
Durante el ingreso, se realiza RMN con y sin contraste que resulta normal, descartándose origen infeccioso / parainfeccioso por contiguidad de foco odontógeno. Dada la afectación únicamente del III par derecho en paciente con factores de riesgo cardiovasculares, principalmente diabetes mellitus tipo I con mal control metabólico, y tras el resultado de pruebas complemetarias realizadas, el cuadro impresiona de mononeuropatía isquémica no arterítica.

CONCLUSIONES

La oftalmoplejía dolorosa es una entidad poco frecuente que se caracteriza por dolor orbitario asociado a parálisis oculomotora ipsilateral, en algunos casos con afectación simpática ocular y alteraciones sensitivas a nivel de los territorios inervados por las ramas maxilar y oftálmica del trigémino. Puede ser causada por gran número de procesos, entre ellos, alteraciones vasculares, traumatismos, enfermedades tumorales o infecciones, de ahí la importancia de una buena anamnesis para filiar los factores de riesgo cardiovasculares y poder orientar y buscar la causa del cuadro descrito.

P. #1754

POLISEROSITIS, UN RETO DIAGNÓSTICO

Rocío García Moreno[1], Fuensanta Casas Galán[1], Marta Pascual Gázquez[1], Carmen Gómez Palomo[2]

1. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España
2. EPES-061, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

*ANTECEDENTES PERSONALES: Colitis Ulcerosa en tratamiento con mesalazina.
*ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 67 años que acude a Urgencias por presentar desde hace 6 días disnea progresiva hasta hacerse de reposo acompañado de palpitaciones sin dolor torácico y astenia generalizada. Además cuadro previo de infección respiratoria tratada por su médico de Atención Primaria.
*EXPLORACIÓN: A la llegada a Urgencias, FC 105 lpm, Saturación basal 92%, TA 124/62.
- ACP: tonos taquicárdicos sin soplos audibles, MVC con hipofonesis bibasal de predominio derecho.
- MMII sin edemas ni signos de TVP.
*PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica: Hemograma normal; coagulación Dimero D 1739; bioquímica LDH 421, NT ProBNP 421, PCR 34.
- Rx de tórax: ICT normal, derrame pleural bilateral.
- Ecografía clínica: Pulmón; Líneas B diseminadas. Derrame pleural bilateral de predominio derecho, Ecocardisocopia; Derrame pericárdico circunferencial moderado-severo con colapso parcial del VD. VCI 23mm que no colapsa.

-Ante la sospecha en un inicio de tromboembolismo pulmonar (TEP) se realiza AngioTC arterias pulmonares : estudio sin signos radiológicos de TEP .Moderado derrame pericárdico, mediastínico y derrame pleural bilateral (de predominio derecho) en probable relación con ICC descompensada.
- ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, eje normal.
*EVOLUCION:
Dado los hallazgos descritos, la paciente ingresa en área de observación. Se inició tratamiento con oxigeroterapia con gafas nasales, y antiinflamatorios ante la sospecha de poliserositis (derrame pleural, mediastínico y pericardio). No iniciando de inicio tratamiento deplectivo con diuréticos por baja sospecha de insuficiencia cardiaca descompensada a pesar de describirlo en informe de radiología.
Aún así se realizó IC con Cardiología para realización de ecocardiograma , destacando derrame pericárdico significativo con datos parciales de compromiso hemodinámico. Derrame pleural de predominio derecho. VI de dimensiones normales con función conservada.
La paciente ingresó en medicina interna para estudio. Durante el ingreso presentó empeoramiento clínico así como aumento del derrame pleural y pericardio precisando toracocentesis y pericardiocentesis. En los análisis del liquido así como la toma de biopsias a nivel de ganglios mediastínicos no se hallaron resultados diagnósticos.

CONCLUSIONES

La poliserositis (PS) consiste en la inflamación simultánea de varias membranas serosas (pleura, peritoneo, pericardio, mediastino etc).
La PS es poco frecuente. Los métodos diagnósticos en ocasiones no ayudan, no pudiendo llegar a un diagnóstico etiológico en un 1/3 de pacientes.
Existen diversas causas que provocan poliserositis, el origen puede ser infeccioso (tuberculosis), autoinmune (lupus), hereditario (poliserositis familiar recurrente) o secundario a procesos neoplásicos.
La afectación de determinadas serosas se relaciona con etiologías concretas, lo que puede facilitar el diagnóstico.
El tratamiento debe ser dirigido a la causa desencadenante, por lo que la sospecha inicial de dicha patología es importante y mejora el pronóstico de la misma.

P. #1755

SÍNDROME DE TIPIC COMO CAUSA DE NEURALGIA DEL GLOSOFARÍNGEO

Alejandra Sánchez Arias, Rayna Catalina Ramírez Bernal, Anaura Carrasquel Regalade

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo que acude a urgencias hasta en tres ocasiones por dolor submandibular izquierdo y odinofagia persistente que va empeorando progresivamente. En la última visita a urgencias es valorada por otorrinolaringología y cirugía maxilofacial que a la exploración dirigida descartan patología aguda que justifique la sintomatología de la paciente. Describe el dolor en zona latero cervical izquierda como continuo con exacerbaciones tipo latigazo y sensación de descarga eléctrica. Se intensifica sobre todo con la deglución llegando incluso a limitar la ingesta oral. Se inicia tratamiento con antiinflamatorios escalando incluso a opioides mayores sin clara mejoria del dolor.

En la analítica realizada en urgencias no presenta ni leucocitosis ni elevación de RFA, ni otros hallazgos relevantes.

Se sospecha cómo primera posibilidad Neuralgia del glosofaríngeo y se decide solicitar tomografía axial computarizada (TAC) de cuello para descartar complicaciones compresivas.

En el TAC se objetiva engrosamiento excéntrico de la pared carotídea, aumento de partes blandas en región pericarotidea a nivel de ambos bulbos y carótidas internas extracraneales proximales; predominantemente izquierdo. Asocia sustitución del espacio graso carotídeo izquierdo por tejido de partes blandas y condiciona un abombamiento de la pared postero-lateral izquierda de la orofaringe. Estos hallazgos pueden estar en relación con el Síndrome de TIPIC (transient perivascular inflammation of the carotid artery syndrome).

Con el diagnóstico de neuralgia del glosofaríngeo secundario a Sindrome de TIPIC como primera posibilidad se inicia tratamiento con carbamazepina oral y se mantiene tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides.

Ingresa en el servicio de neurología para completar estudio. A las 24 horas de iniciar tratamiento con carbamazepina presenta una clara mejoría del dolor.

CONCLUSIONES

La neuralgia del glosofaríngeo es una afección poco frecuente que se produce por la irritación del IX par craneal o glosofaríngeo. Normalmente afecta a personas mayores de 50 años. Su diagnóstico es principalmente clínico y en una gran mayoría de casos el origen es desconocido o idiopático. En otras ocasiones las pruebas de imágen pueden ayudar a determinar la causa. Entre ellas podemos encontrar la compresión vascular, tumores, infecciones o la elongación de la apófisis estiloides.

En nuestro caso el hallazgo en el TAC del Sindrome de TIPIC donde se describe el engrosamiento de partes blandas pericarotídeo izquierdo a nivel del bulbo y carótida interna proximal y descartando otras lesiones compresivas a ese nivel nos lleva a pensar en ésta entidad como la responsable del cuadro clínico de la paciente.

El Síndrome de TIPIC (transient perivascular inflammation of the carotid artery) es un proceso inflamatorio de causa desconocida que suele cursar con dolor latero cervical. Responde al tratamiento con antiinflamatorios y se suele resolver en pocas semanas. Infradiagnosticado en el servicio de urgencias por su carácter benigno y buena respuesta a los antiinflamatorios.

P. #1756

MANEJO DE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Fiorella Leyva Romero[1], Ana Soriano Gallo[2], Verónica Campos Andreo[1], Rocío Robles Albero[3]

1. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España
2. Centro de salud Barrio del Carmen, Murcia, España
3. Centro de salud Murcia Sur, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Disnea
ANTECEDENTES PERSONALES:
*Alergias medicamentosas: Diazepam.
-No HTA. No DM. No Dislipidemia.
-Mastocitosis sistémica indolente
Tratamiento crónico: Cetirizina 10mg 1 comprimido diario.
ANTECEDENTES QUIRUGICOS:
-Apendicectomía
HISTORIAL ACTUAL:
Mujer de 58 años, traída en ambulancias del SUAP por dificultad respiratoria en contexto de consumo de pescado. Refiere que tras comer una porción de atún cocido junto a otros alimentos (patatas), presenta a los 20 minutos: rubefacción, leve cefalea, sensación de globo faríngeo y astenia generalizada. Tras lo cual decide administrarse una dosis precargada de adrenalina jext 300 mcg (IM) retomando posteriormente sus actividades.
En el transcurso de los siguientes 40min, reaparición de astenia, disnea, dolor abdominal y náuseas, por lo que decide llamar al 061. En domicilio, el equipo médico, le administra dexclorfeniramina 5mg e hidrocortisona 100mg IM, y la trasladan a urgencias.
En urgencias la paciente refiere leve disnea, sin estridor ni tos. Prurito difuso. Niega dolor torácico. No vómitos.
EXPLORACION FISICA:
Constantes: TA: 122/65 mmHg. T° 36°C FC: 64 lpm. SpO2: 92% con gafas nasales a 3L/min en 30°
Glasgow 15 ptos. Taquipneica a 20rpm, en reposo, sin trabajo respiratorio.
-Piel: Eritema generalizado y angioedema en zona de escote.
-Orofaringe: Úvula central, edematosa. No hipertrofias ni exudados.
-Aparato cardiovascular: Rítmica sin soplos. Llenado capilar <3seg. No ingurgitación yugular.
-Aparato respiratorio: MV conservado, sin ruidos agregados.
-Abdomen: Blando y depresible. RHA presentes. No dolor a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.
-MMII: No edemas. Homans negativo.
-Neurológico: Consciente y orientada en tres esferas. Lenguaje claro y coherente. No signos de focalidad neurológica.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
-Bioquímica : Gluc 170 Urea 40 Na+ 140 K+ 3.5 Cr 0.49 FG-e CKD-EPI 107.7 ml/min PCR 2.56 Triptasa: **36.20
Hemograma: Hb 12.1 g/dl Leucocitos 8.5000 Plaquetas 278.000
Coagulación: T. protombina 14.5 INR 1.1
Gasometría venosa: pH7.37 Pco2 48 PO2 48 HCO3 27.7 Lactato 1.2
-ECG: Ritmo sinusal a 70lpm, eje -15°.PR 160ms. QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización QTc 0.40s.
-Rx de tórax PA-L: No se observan infiltrados bronquio alveolares. No condensaciones. Senos costo frénicos libres. ICT < 0.5
DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
-Reacción anafiláctica a atún, controlada.
DIAGNOSTICO SECUNDARIO:
-Mastocitosis sistémica indolente en control y seguimiento.
EVOLUCION:
A su primera valoración en urgencias, se administra 2° carga de adrenalina 300mcg IM, pasa a observación con oxigenoterapia Venturi a 50%, corticoterapia iv, nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio cada 30min en 4 ciclos y antihistamínicos iv. En las siguientes 16h de evolución en camas, se mantiene asintomática y hemodinámicamente estable, por lo que se decide alta.
TRATAMIENTO:
-Observación de síntomas .
-Suspender consumo de atún, incluidos los de conserva.
-Continuar con cetirizina 10mg 1 comprimido diario.
-Deflazacort 30mg 1 comprimido diario por 5 días
- Si presenta opresión de garganta, dificultad respiratoria o mareo, se inyectará adrenalina jext de 300mcg (puede repetirse en caso necesario cada 20-30 minutos) después acudirá al servicio de urgencias.
-Citar en consultas externas de Alergia.

CONCLUSIONES

-El grado de sensibilización y la vía de penetración del alergeno determinaran el tiempo de inicio de síntomas. Pudiendo desencadenar los síntomas desde inmediatamente a la exposición hasta 30-60 minutos posterior.
-El diagnostico es eminentemente clínico, las pruebas complementarias ayudan a valorar posibles complicaciones.
-La triptasa apoya el diagnóstico clínico de anafiláxia ((valores normales triptasa total < 11.4 ng/ml). Se aconseja la extracción de un mínimo de tres muestras seriadas: forma inmediata, a los 180min y a las 72h de la post ingesta.
-Este tipo de paciente condiciona un ingreso en el área de observación del servicio de urgencias, dado que pueden desarrollar reacciones de tipo bifásica, volviendo a desarrollar síntomas a las 6-8h siguientes.

P. #1767

LA CARA OCULTA DE LA SOBREHIDRATACIÓN

Marta Morera Harto, Marta Castejón Rabinad, Teresa Mahave Carcelén, Pepe Peinado Pérez, Saida Macho Fillat, Javier Ordovás Sánchez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 28 años sin antecedentes médicos de interés, que es trasladado al servicio de urgencias tras presentar convulsiones y alteración del estado de conciencia al finalizar una maratón.
Durante la carrera consumió aproximadamente 4 litros de agua sin ingerir la adecuada cantidad de electrolitos. Al finalizar la carrera, comenzó a presentar cefalea intensa y confusión. Media hora después presentó una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada de aproximadamente un minuto de duración, quedando posteriormente somnoliento.
El paciente no presentaba antecedentes de epilepsia y negaba consumo de tóxicos.
En la exploración física presentaba TA 110/70 mmHg, FC 55 lpm, FR 18 rpm, temperatura 36.5°C y saturación de O2 98%. En la exploración neurológica el paciente se mostraba somnoliento, aunque respondía a estímulos dolorosos. Presentaba pupilas isocóricas y normorreactivas. Sin signos focalidad neurológica ni de irritación meníngea. En la auscultación cardiaca se objetivaban ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. En la auscultación pulmonar no había ruidos sobreañadidos. El abdomen era anodino, no había edemas en extremidades ni signos de deshidratación.
En la analítica sanguínea destacaban: una hiponatremia severa (Na+ 118 mEq/L), con K+ 4 mEq/L, Cl- 90 mEq/L. La osmolaridad plasmática era de 255 mOsm/kg, siendo la gasometría venosa normal.
Se realizó tomografía computarizada cerebral que objetivó edema cerebral leve sin signos de herniación.
Con todo ello, se orientó el cuadro como una hiponatremia dilucional severa secundaria a consumo excesivo de agua.
En urgencias se realizó infusión lenta de suero salino hipertónico al 3%, a una velocidad de 25-50 ml/h para evitar mielinolisis pontina. Se realizó una monitorización constante, con control estricto del sodio sérico cada 2 horas. Se dio pauta de administración de tratamiento anticonvulsivo por si recurrían las crisis, pero no fue necesaria su administración.
Finalmente, el paciente mostró mejoría progresiva del estado neurológico a medida que se fue corrigiendo la natremia. Se le dio el alta con recomendaciones de hidratación balanceada y educación sobre la prevención de hiponatremia en deportes de resistencia.

CONCLUSIONES

La hiponatremia dilucional es una complicación potencialmente grave en carreras de larga distancia con hidratación incorrecta por consumo excesivo de agua sin reposición adecuada de electrolitos.
En este caso clínico, la alteración del estado de conciencia y las convulsiones fueron consecuencia del edema cerebral. El tratamiento oportuno con restricción hídrica y solución salina hipertónica permitió la recuperación sin secuelas.
Es fundamental la educación de los atletas sobre estrategias de hidratación adecuada para prevenir complicaciones asociadas a desequilibrios electrolíticos en pruebas de resistencia.

P. #1770

NO TODO ES LO QUE PARECE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mónica García Fernández, Ángel Francisco Viola Candela, Isabel Corbacho Cambero, Cristina Morillas Ramiro, Yolanda Benito Merino, Antonio Fernández Hernández

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 49 años traído al Servicio de Urgencias Hospitalarias por soporte vital básico. No se dispone de historial clínico ni antecedentes personales del paciente. Anamnesis limitada por la situación actual del paciente, tendiente al sueño. Refiere que ayer tuvo el día libre y no recuerda nada más. Niega consumo de tóxicos. Los vecinos han alertado a los servicios de emergencias tras encontrarle en el domicilio tembloroso, con la mirada perdida y con relajación de esfínteres. Refieren que el paciente lleva 4 años viviendo en Ávila, solo. Trabaja cuidando de un anciano con deterioro cognitivo. La última vez que fue visto el paciente fue hace varios días y le encontraron raro, refería que le dolía la cabeza. Desconocen si ha podido perder el conocimiento, si se ha golpeado en la cabeza o si ha podido convulsionar.

A su llegada a urgencias mantiene constantes estables. Regular estado general. Caquéctico. Mirada perdida. Colabora escasamente. Glasgow: 11. Consciente, aunque tendiente al sueño. Responde a la llamada, obedece solamente algunas órdenes. Pupilas normorreactivas. Fuerza disminuida de forma global. Resto normal.

Se canalizan dos vías venosas periféricas, se realiza sondaje vesical, se solicita analítica sanguínea (CK 3074, mioglobina 2014, Lactato 4.7), análisis de orina con tóxicos negativos, electrocardiograma normal y tomografía computarizada (TC) craneal. En TC se objetivan 6 lesiones focales hiperdensas con leve edema periférico, todas ellas supratentoriales, sospechosas de metástasis hemorrágicas como primera posibilidad. No condicionan efecto masa significativo.

Ante resultados se administra sueroterapia y tratamiento anticonvulsionante con levetiracetam ante sospecha de estado postcrítico del paciente.

Se contacta con Neurocirgía de hospital de referencia desestimando traslado urgente y finalmente se ingresa en planta de Medicina Interna para completar estudio.

Juicio clínico al ingreso: Lesiones cerebrales a estudio. Sospecha de metástasis hemorrágicas.

Durante el ingreso finalmente se diagnostica al paciente de Infección VIH /SIDA en situación avanzada y toxoplasmosis cerebral como infección oportunista.

Durante su estancia en planta presenta lenta, pero mejoría neurológica con tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol a dosis altas y clindamicina, así como antirretrovirales.

Se realizó estudio de extensión sin anomalías reseñables. Valorado y en seguimiento en la actualidad por Rehabilitación por atrofia generalizada con adecuada evolución. El paciente es dado de alta con dieta rica en proteínas, trimetoprim-sulfametoxazol forte 1'5 comprimidos cada 12 horas, bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida y levetiracetam 500 mg cada 12 horas y seguimiento en consulta de infecciosas.

CONCLUSIONES

En este caso y sin los antecedentes conocidos de nuestro paciente se sospecharon lesiones ocupantes de espacio a estudio sugerentes de metástasis hemorrágicas como primera posibilidad. Posteriormente durante el ingreso y con estudios más precisos se diagnosticó correctamente al paciente de Infección VIH estadio C3 de nuevo diagnóstico junto con toxoplamosis cerebral.

La toxoplasmosis es la infección oportunista más frecuente en paciente con SIDA. Para su diagnóstico la técnica más sensible es la resonancia magnética (RM) y las lesiones características se manifiestas como lesiones dentro del parénquima cerebral que pueden presentar un realce en anillo. Sin embargo, la TC permanece siendo el estudio inicial debido a su amplia disponibilidad.

Con este caso se quiere destacar que tanto para la orientación diagnóstica inicial, juicio clínico y diagnóstico final son de gran utilidad los antecedentes tanto personales como medicoquirúrgicos del paciente.

Aunque parezca raro a día de hoy, la enfermedad neurológica secundaria a patologías oportunistas o causadas por el propio VIH es la primera manifestación de la infección por el mismo hasta en el 10-20% de los casos, y entre el 30-40% si la enfermedad es avanzada, por lo que tampoco es raro encontrar pacientes de estas características en nuestra puerta de urgencias.

P. #1771

NO SIEMPRE ES POR CULPA DEL HÍGADO

Natalia Oviedo Arevalo, Beatriz Angos Saez De Guinoa, Andrea Terrón Sánchez, Elena Descalzo Casado, Sara De Augusto Gil, María Cecilia Yañez Palma

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 34 años
Antecedentes personales:
- Posible alergia a Paracetamol no estudiada
- Hipotiroidismo clínico en tratamiento sustitutivo con Levotiroxina
- Viaje a Kenia, Egipto y Maldivas en octubre de 2023 (vacunada de fiebre amarilla, Virus hepatitis A y profilaxis con Malarone frente a Plasmodium)
- Embarazo ectópico en Enero 2024 tratado con Metrotexate

AP. Familiares
- Padres sanos
- Hermana: linfoma T cutáneo

HISTORIA CLÍNICA

Tras aborto en Enero, la paciente comienza a referir astenia generalizada. Comienza seguimiento con analíticas sanguíneas en otro hospital por elevación de transaminasas en posible relación a hepatotoxicidad por Metrotexate (analítica sanguínea de Marzo con Hb 11, GOT 92, GPT 63, FA.137, Gamma GT 142, Bilirrubina 1,8). Se realiza además ecografía abdominal sin objetivarse hallazgos significativos, únicamente heterogeneidad de parenquima hepático a valorar hepatopatía.
En la última semana refiere empeoramiento astenia, cansancio generalizado y orinas colúricas. Además refiere tinte ictérico en mucosas.
Niega exteriorización de sangrado.
Niega sintomatología a otros niveles.
Fecha de última regla hace mes y medio, refiere test de embarazo la semana pasada con resultado positivo
A nuestra exploración, ictericia mucocutánea generalizada llamativa. No se palpan adenopatías lateracervicales ni inguinales.
Taquicardia a 110 lpm. Abdomen blando y depresible. Sin dolor a la palpación. Hepatopatía de 3 traveses de dedo. Sin signos de irritación peritoneal
Se realiza analítica sanguínea inicial en nuestro centro con Hemoglobina 6, plaquetas 190.000. Bioquímica sin deterioro de la función renal, perfil hepático GOT 171, GPT 57, Gamma GT 146, FA 157, LDH 1776, Bilirrubina 4.3. Perfil férrico hierro 303, ferritina 945 ng/ml. Amilasa negativa. PCR 5. Coagulación en rango.
Beta - HCG 14941.
Juicio clínico : anemia a filiar
Durante su estancia en urgencias se realizan los siguientes diagnósticos diferenciales
- Enfermedad hepática: Hepatopatía secundaria a toma de tratamientos previos hepatotóxicos: se descarta porque no justificaría la anemia que presenta la paciente. VCM normal.
- Enfermedades infecciosas: se solicita serología VIH, VHC, VHB, sífilis, CMV, EBV, Bartonella, Schistosoma con resultados negativos. Gota gruesa negativa.
- Anemia ¿regenerativa o arregenerativas? Se amplía el estudio con Reticulocitos 397,2x1000/ul (22%) por lo que se descarta anemias arregenerativas.

Finalmente se realiza frotis en sangre periférica: anemia macrocítica y regenerativa (nos apoya el descarte de anemias arregenerativas) como primera posibilidad anémica hemolítica.
Por tanto estamos ante una paciente con anemia hemolítica (finalmente se amplía haptoglobina < 5.8 mg/dl, por lo que se confirma) a filiar donde los planteamos los siguientes diagnósticos:
- Anemia hemolítica congénita: Se realiza estudio que se descarta
- Anemia hemolítica adquirida:

o Intracorpusculares (Hemoglobinura paroxística nocturna, se realiza citometría de flujo negativa, se descarta)
o Extracorpusculares
Autoinmunes: se realiza Test de Coombs negativo
Mecánicas: No se objetiva cantidad significativa de esquistocitos en sangre periférica pero se completa estudio
- Hemólisis microangiopática: No se objetiva cantidad patológica de esquistocitos en sangre periférica pero aún asi se completa el estudio.

o Finalmente se realiza ADAMTS 13 negativo, se descarta también PTT.
o Se amplia marcadores tumores con CEA 382.00 ng/ml, CA 15.3 1955.00 U/ml, CA 125 283.00 U/ml.
Finalmente se realiza TAC torax – abdomino – pélvico: estudio sugestivo de diseminación metastásica con afectación pulmonar, adenopática, hepática, suprarrenal y ósea.
En planta se realiza BAG hepática con diagnóstico de metástasis de carcinoma ductal de mama.

CONCLUSIONES

Las anemias hemolíticas son una expresión menos frecuentes de los procesos oncológicos, sin embargo, siempre debemos pensar en esta etiología ante ellas. Desde el Servicio de Urgencias con el contexto clínico, analítica sanguínea y frotis periférico, se puede realizar un diagnóstico diferencial amplio y una aproximación adecuada para orientar este tipo de anemias y su posible etiología.

P. #1772

LA CLAVE ESTÁ EN LA ANAMNESIS

Paula Cortés Roig, Anna Felip Palaus, Anna Gill Martínez
Hospital Santa Caterina, Salt, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Dolor abdominal
ANTECEDENTES
Deterioro cognitivo leve, Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial, neoplasia ileo terminal tratada quirúrgicamente, libre de enfermedad actualmente. Portadora de prótesis de cadera.
ENFERMEDAD ACTUAL
Mujer de 81 años acude a Urgencias por astenia y anorexia de 10 días de evolución. Explica dolor abdominal progresivo e intolerancia a la ingesta por vía oral, así como 5-6 episodios de diarrea diaria sin productos patológicos. Asocia cambios en olor y coloración de la micción. No fiebre ni otra sintomatología. No refiere otros antecedentes de interés.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Hemodinámicamente estable, con buen estado general. Exploración cardiorespiratoria sin alteraciones. Abdomen con peristaltismo augmentado, en tabla, con signos de peritonismo. No masas ni megálias. Puñopercusión lumbar izquierda positiva.
EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA
Electrocardiograma: muestra fibrilación auricular de cronología incierta.
Analíticamente PCR 30.2mg/dL, Procalcitonina 2.55 ng/mL, hemograma, coagulación y perfil hepático sin alteraciones. Glicemia 144mg/dL. Insuficiencia renal aguda con FG 28,49ml/min y creatinina 1,67mg/dL. Gasometria venosa con pH 7.36, lactato 14mg/dL.
Estudio radiográfico toracoabdominal sin alteraciones evidentes. TAC abdominal informa: lesión esplénica hipodensa sugestiva de laceración/hematoma en margen anterior de unos 5cm de longitud con rotura de cápsula, afectación de grasa adyacente y engrosamiento del peritoneo. Extensa lesión espénica sugestiva de lesión traumática grado III.
Ante este hallazgo se completa la anamnesis con la paciente. Vive sola y es independiente para actividades básicas de la vida diaria. Su hija la visita todos los días. Haciendo memoria, recuerda que hace 12 días sufrió una caída accidental desde su propia altura por la noche al ir al baño, pero no le dió más importancia. Explica que empezó con malestar general a los dos días de la caída.
PLAN
Se manteniene a la paciente en observación y se contacta con el equipo de Cirugía General y Digestiva. Se programa embolización por parte de Radiología Intervencionista.

CONCLUSIONES

Ante una paciente de avanzada edad con comorbilidades, tendemos a suponer motivos de consulta y diagnósticos diferenciales concretos, como por ejemplo infecciones del tracto urinario que normalmente se banalizan. Este caso nos permite tomar conciencia sobre la importancia de realizar una anamnesis completa y dirigida, preguntando específicamente por antecedentes traumáticos teniendo en cuenta la fragilidad de la paciente. Además, la exploración física básica nos permite orientar la gravedad de la dolencia de la paciente y reconocer los signos de alarma es el primer paso para realizar las pruebas complementarias oportunas para el diagnóstico. Una puñopercusión lumbar positiva no siempre nos traducirá una pielonefritis y es importante valorar a la paciente en su totalidad y descartar patología aguda de gravedad, como es la rotura esplénica.

P. #1773

DE CÓDIGO ICTUS A RETENCIÓN AGUDA DE ORINA, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FOCALIDAD NEUROLÓGICA

Elvira Romero Rosales[1], Rosa María Nieto Órtiz[2], Cristina García Victori[3], Mercedes Benitez Reguera[4]

1. SUAP Sanlúcar de Barrameda, Sanlúcar De Barrameda, España
2. Hospital de la Princesa, Madrid, España
3. Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez De La Frontera, España
4. Centro de Salud Las Delicias, Jerez De La Frontera, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 80 años con antecedente de hipertensión en tratamiento con furosemida e hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con dutasteride/tamsulosina. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Avisan al servicio de urgencias extrahospitalario por pérdida de nivel de conciencia recuperado. A la llegada del equipo, el paciente se encuentra en el suelo, con las piernas en alto, que es lo indicado telefónicamente a la familia. El paciente se encuentra con los ojos abiertos, presentando desviación de la mirada a la izquierda, afasia y pérdida de fuerza en miembro superior derecho. Los familiares lo han encontrado en el suelo del cuarto, niegan sintomatología previa de ningún tipo. Visto por última vez hace una hora aproximadamente.

Hemodinámicamente estable, se sospecha posible accidente cerebrovascular y RANKIN 1, se activa Código Ictus y se traslada a hospital de referencia.

En Urgencias presenta exploración similar. Se solicita TC de cráneo, TC de perfusión y Angio-TC troncos supraaórticos, hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa.

Tras realización de pruebas de imagen, el paciente presenta una crisis epiléptica parcial compleja con movimientos tónico-clónico de miembro superior derecho y miembro inferior derecho, que es controlada con 3 miligramos de midazolam. Las pruebas de imagen no presentan hallazgos que justifiquen la clínica del paciente, por lo que se desactiva el código, sospechando que la clínica era debida al periodo postcrítico de una crisis epiléptica previa.

El paciente permanece en Observación a la espera de resultado del resto de pruebas, el paciente refiere, con dificultad, dolor en abdomen inferior. A la exploración se palpa globo vesical, por lo que se coloca sonda vesical, con obtención de gran cantidad de orina.

En analítica se observa leucocitosis 12690, neutrófilos 9990, urea 147, creatinina 5,79, LDH 337, sodio 136, potasio 4.6, cloro 101, calcio 9.7, fósforo 5.3, magnesio 2.83, proteína C reactiva 137. En gasometría venosa se observa acidosis metabólica.

Se sospecha una insuficiencia renal aguda postrenal secundaria a prostatitis como foco infeccioso, explicando el paciente cuadro de disuria en días previos y presentando un sedimento urinario patológico

Se inicia tratamiento hidroelectrolítico y antibioterapia. Se resuelve la acidosis y se ingresa en Medicina Interna para continuar tratamiento.

Durante el ingreso el paciente presenta gran mejoría, con resolución del cuadro y sin presentar nuevas crisis.

CONCLUSIONES

En este caso se demuestra la importancia del diagnóstico diferencial en la clínica neurológica. Es necesario descartar inicialmente la patología tiempo dependiente, como el accidente cerebrovascular, pero una vez descartada, es importante la exploración completa así como la valoración de otras pruebas complementarias, siendo en este caso la existencia de globo vesical y el resultado de la bioquímica, claves en el diagnóstico del paciente. En este paciente se indicó un electroencefalograma de forma ambulatoria, aunque es probable que las crisis sean secundarias a la alteración metabólica.

P. #1778

OJO CON LA CARNE DE CAZA

Francisco Javier Ladera Fernández, Beatriz Guerrero Barranco
Hospital Poniente, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 49 años, alérgico a penicilina.
Como antecedentes:
AP: HTA, psoriasis, bronquitis asmática. Hernia umbilical.
IQ: Apendicectomia.
Acude por cuadro de dolor abdominal generalizado de unos 3 días de evolución, con empeoramiento en las últimas horas por lo que acude. Asocia sensación de naúseas y marcada diaforesis.
Sensación distérmica, sin sindrome miccional, ni otra sintomatología asociada.
Niega transgresión dietética, convivientes sanos.
En la exploración destaca regular estado general, postrado por el dolor. Abdomen depresible, con dolor a la palpación generalizada.
Respecto a las pruebas complementarias:
- ECG RS a 69 lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones de repolarización ni signos de isquemia.
- Analítica sangre: Leucocitosis y PCR elevada, sin otras alteraciones.
- Rx abdomen: heces y gas en marco cólico de predomino izquierdo, sin signos de obstrucción. Destacan imágenes radiopacas dispersas por todo marco cólico.

Al rehistoriar al paciente, refiere ingesta habitual de animales que él mismo caza, entre ellos, conejos y jabalíes, por lo que se procedió a solicitar analítica de sangre para detectar anticuerpos contra Trichinella spiralis que resultaron positivos.

CONCLUSIONES

La triquinosis es una infección parasitaria causada por larvas del nematodo Trichinella, que se encuentra comúnmente en carne de cerdo y otros animales carnívoros o omnívoros.
En España, es una enfermedad de declaración obligatoria y las especies habitualmente identificadas son T. spiralis y T. britovi. Además, se ha detectado T. pseudoespiralis.
La manifestación clínica en los humanos es muy variable, dependiendo de la sensibilidad del individuo, de su estado inmunitarioydela cantidaddelarvasdetriquina ingeridas.
Puede manifestarse como una enfermedad asintomática hasta provocar cuadros severos, con síntomas como
dolor de cabeza, párpados hinchados, fiebre, sudoración profusa, dolores musculares, diarrea, cansancio y postración, pudiendo llegar a producir la muerte.
El diagnóstico de triquinosis se realiza a través de la historia clínica del paciente, la evaluación de síntomas y la confirmación mediante pruebas serológicas que detectan anticuerpos contra Trichinella.
El tratamiento de la triquinosis generalmente incluye el uso de antiparasitarios como el mebendazol o el albendazol, que son más efectivos en las etapas iniciales de la infección.
La triquinosis es una infección parasitaria que puede tener consecuencias significativas para la salud humana. La educación sobre la manipulación segura de alimentos, los correctos controles veterinarios de la carne que se consume y la cocción adecuada de la carne son esenciales para prevenir esta enfermedad.

P. #1783

MIELITIS MULTIFOCAL AGUDA EN GESTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bienvenido Marín Cano, Ismael Fuentes Barón, María Del Carmen Aparicio Gallardio

Hospital de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

NAMC. Gestante de 10 semanas. No hábitos tóxicos. No iqx. Tratamiento domiciliario: ácido fólico. AP: hermana Esclerosis Múltiple.

Hace 2 semanas comienza con clínica miccional asociada a dolor lumbar y cefalea que se achacó a la infección de orina. Se le pautó antibioterapia empírica. Posteriormente apareció fiebre por lo que se modificó antibioterapia y requirió sondaje y es dada de alta.

En los días previos a acudir a nuestro servicio, comienza con dolor a nivel de columna torácica, hormigueos en miembros inferiores y en los 2-3 últimos días progresivamente con parestesias en las dos manos, en brazo derecho (de mayor intensidad), tórax y abdomen, y región paravertebral dorsal alta (no sabe precisar bien) y en MMII en ambos pies incluyendo dedos.

Refiere hipoalgesia en hemiabdomen derecho y en MMII.

Se realizan desde Urgencias pruebas complementarias con analítica y ecografía por parte de ginecología sin ninguna alteración y embarazo viable y sin problemas. Pasa a observación con sospecha de mielitis, se realiza urocultivo, serología sanguínea y LCR.

Exploración: 112/83. FC 102 lpm. Afebril. Consciente, orientada, nerviosismo, temblor en ambos manos que impresiona de ansioso, no alteraciones del lenguaje, campimetría de confrontación normal, PICNR, pares craneales normales, fuerza en miembros superiores normal, en miembros inferiores claudicación en maniobra de Mingazinni mayor en MID, balance muscular MID 3/5, MII 3-4/5, REM vivos con aumento de área en ambos miembros inferiores (rotuliano y aquileo), no clonus, RCP flexor izquierdo, tendencia extensora derecho, disminución de la sensibilidad táctil grosera en MID en comparación con izquierdo, con nivel sensitivo a T6-T7, sensibilidad propioceptiva conservada. Coordinación normal. Marcha cautelosa, imposible tándem.

>> Pruebas complementarias:

-ANALÍTICA SANGUÍNEA: 15000 leucocitos con neutrofilia (85%). Bioquímica normal incluida PCR. TSH 0.01, con T4 libre y T3 libre normales. Anticuerpos antitiroideos normales. Autoinmunidad negativa.

-SEROLOGÍA SANGUÍNEA: NEGATIVA para gérmenes hepato y neurotropos.

-Urocultivo negativo.

- LCR: Hematíes 2/mmc. Leucocitos 60/mmc. Fórmula Mononucleares 95%. Polinucleares 5 %. Glucosa 62.00 mg/dl. Proteínas 60.70 mg/dL. ADA 12.6 UI/L. Xantocromía Negativa. Cultivo bacteriano, serología de gérmenes neurotropos. PCR de VHS 1 y 2, y VVZ negativas en LCR. BOC de IgG positivas en Líquido.

>> Juicio clínico:

- Mielitis multifocal aguda postinfecciosa cervicodorsal, con paraparesia progresiva severa.

-Gestante de 13 semanas.

>> Evolución:

La evolución inicial durante la estancia ha sido desfavorable con empeoramiento del déficit motor en las 24 horas siguientes al ingreso por lo que se instauró tratamiento empírico con metilprednisolona 1 gramo intravenoso y se realizó RMN cervicodorsal urgente que confirmó la mielitis (la presencia de múltiples lesiones intramedulares tanto cervical, la mayor de 13 mm en C3-C4 como dorsal. Incluso informan de una pequeña en protuberancia).

Posteriormente la paciente ha mejorado muy lentamente, con tratamiento rehabilitador, y continuación del tratamiento corticoide. En el momento del traslado a el servicio de rehabilitación de, hospital de referencia presenta paresia distal del msd 3/5, mid 3/5. mii 4-/5, con Hoffman y Babinski bilaterales, persisten parestesias distales.

La paciente ha sido valorada por el servicio de ginecología, que constatan micosis vaginal pautándose tto. tópico durante una semana.

CONCLUSIONES

La encefalomielitis aguda diseminada (EMAD) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda, generalmente monofásica, pero con posibles recurrencias. Se asocia a infecciones o inmunizaciones, con un mecanismo autoinmune que provoca desmielinización en el SNC, principalmente en sustancia blanca, afectando también ganglios basales y tálamo. Su diagnóstico se basa en clínica, neuroimagen (RM) y LCR, caracterizado por pleocitosis linfocitaria y bandas oligoclonales transitorias. El tratamiento incluye corticoides, con recuperación variable. La EMAD multifásica, como en nuestra paciente, presenta episodios recurrentes y lenta mejoría tras tratamiento, recomendándose evitar inmunizaciones en los primeros seis meses tras el cuadro inicial.

P. #1785

ROTURA ESPONTÁNEA TUMORAL, UNA CAUSA RARA DE ABDOMEN AGUDO

Jesús Manuel Araque Marchante[1], Estrella Serrano Molina[1], Kristina Kosanic Martín Del Campo[2], Juan Muñoz-Mingarro Molina[1], Asier Mañarikua Arnaiz[1], Elena Hernández Sandoval[1]

1. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
2. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años, con reciente diagnóstico de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de grandes dimensiones, de probable dependencia del intestino delgado, actualmente en tratamiento con Imatinib. Acude al servicio de Urgencias (SU) por cuadro de dolor abdominal intenso y vómitos asociados de contenido líquido y escasos restos hemáticos. A su llegada en la exploración física presenta mal estado general. Afebril. Presenta vómitos sin productos patológicos y destaca irritación peritoneal difusa en la exploración. En cuanto a las constantes, se encuentra hipotensa con cifras de 84/53 mmHg sin taquicardia refleja. Saturación de oxígeno en rango al 98% basal. Se realiza analítica en la que presenta hemoglobina 9,50 g/dl, Hematocrito 28,3%, Leucocitos 17,96 x 10^3/mcL, Láctico 7 mmol/L, Procalcitonina 0,07 ng/dL. Debido al reciente diagnóstico de tumor de GIST y ante la ausencia de signos de sangrado externo activo, se solicita tomografía computerizada (TC) abdominopélvico en la que describen hallazgos sugerentes de rotura espontánea de GIST abdominal ya conocido con extenso hemoperitoneo multicompartimental y hematoma adyacente a la cara anterior de la tumoración. Ligera disminución del tamaño de la masa abdominal superior y de la lesión sólida exofítica al bulbo duodenal respecto a TC previo, sugerente de respuesta a tratamiento. En cuanto al manejo de la paciente, se inicia reposición con suero salino fisiológico 0.9% con buena respuesta tensional a la espera de pruebas cruzadas para poder iniciar hemoderivados. Además se administra tratamiento sintomático con metoclopramida y ondansetrón. Ante la posibilidad de sangrado digestivo por los restos hemáticos en los primeros vómitos se administra pantoprazol 80 mg. Se realiza interconsulta de Urgencia con Cirugía General y Digestiva (CGD), de cara a la valoración de un abordaje quirúrgico de urgencia. Tras la cirugía, la paciente evolucionó favorablemente, llegándose a encontrar, a los dos meses, asintomática desde el punto de vista abdominal, con buena tolerancia oral y con deposiciones normales, recuperando su calidad de vida previa.

CONCLUSIONES

El hemoperitoneo espontáneo es una causa poco frecuente de abdomen agudo que puede ir acompañado de descenso del hematocrito y shock hipovolémico. Entre sus causas están descritas la rotura de distintos tumores como el hepatocarcinoma o el GIST Los GIST son el tumor mesenquimal más común del tracto gastrointestinal con una incidencia de 0,4-2 casos por cada 100.000 habitantes/año, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). La edad media de diagnóstico es entre los 60-65 años, sin diferencias significativas entre sexos. En muchas ocasiones su diagnóstico es incidental aunque según su localización o tamaño puede provocar sangrado crónico o agudo y síntomas por compresión. También se han descrito debut en forma de abdomen agudo por rotura tumoral o perforación intestinal. Desde hace algunos años, está aprobado el uso de imatinib como primera línea en GISTs metastásicos o irresecables con tasas de respuesta parcial de entre 50-70%. Aunque se han notificado casos de hemorragia intratumoral-gastrointestinal tras inicio de este fármaco, no se ha encontrado relación directa con el tamaño del tumor ni como precipitante de hemoperitoneo siendo esto más probable por la propia naturaleza del tumor La urgencia hospitalaria, supone la puerta de entrada de un sinfín de patologías diferentes, sin una etiqueta previa de especialidad. En nuestro caso, tener presentes las complicaciones más graves de la patología oncológica de la paciente modificó tanto la elección de las pruebas iniciales como la velocidad de instauración del tratamiento.

P. #1792

PANCREATITIS NECROTIZANTE Y SÍNDROME DE MALLORY-WEISS: RELACIÓN CON EL CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN URGENCIAS

María Reyes Picazo Castillo, Lucía Zambrano Serrano, Nuria Ramos Galindo

Hospital Comarcal La Axarquía, Vélez-Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años bebedor de 5-10 cervezas diarias y fumador de 20 cigarrillos/día, sin otros antecedentes conocidos que acude a nuestro servicio de Urgencias por dolor abdominal de días de evolución y un episodio de hematemesis y epistaxis en el día de hoy. Hoy ha consumido una cerveza alrededor de las 11h. Última ingesta sólida hace dos días.

Desde ayer, presenta hasta tres vómitos de contenido bilioso y dolor epigástrico sin diarrea ni fiebre. Refiere episodio previo similar hace dos semanas tras haber consumido una importante ingesta alcohólica por el que no consultó por menor intensidad del cuadro.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Afectación del estado general por intenso dolor. Consciente y orientado. Colaborador. Eupnéico en reposo y al habla. Eva 8/(1)0.

- Exploración cardiorrespiratoria: Taquicardia sinusal sin soplos ni roces pericardicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio con defensa abdominal. No se palpan masas ni megalias. RHA presentes. No signos de irritación peritoneal.
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 110 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización eléctrica del corazón.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: Hemoglobina 16,2 mg/dL. Coagulación sin alteraciones. Glucosa 103, Urea 33, Lipasa 423, perfil hepático sin alteraciones. PCR 14.6. pH 7.609
- TAC abdominal: Hallazgos que plantean como primera opción pancreatitis posiblemente necrotizante con colecciones. Gran distensión de cámara gástrica con abundante contenido posiblemente hemático e imagen que podría traducir extravasado de contraste por lo que no se puede descartar sangrado activo.
- Angio-TC abdominal: Surgen incidencias técnicas que impiden la correcta administración del contraste intravenoso en el protocolo indicado que no permiten la correcta realización del estudio.
- Hemograma de control donde se aprecia caída de hasta 4 puntos con respecto a la primera en 5 horas con cifras de Tensión Arterial en descenso.

Se procede a colocación de sondaje nasogástrico que drena hasta 400 cc de contenido hemático y se realiza interconsulta con Digestivo que acude para realización de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) urgente.

- EDA: Hemorragia digestiva alta. Síndrome de Mallory-Weiss (vaso visible). Se procede a doble esclerosis con adrenalina y hemoclip.

Tras el diagnóstico por parte de Digestivo, se inicia vigilancia clínica, antibioterapia empírica con tazocel, sueroterapia, Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) en perfusión, control de vómitos y deposiciones y tratamiento para deprivación alcohólica.

Tras estabilización clínica y hemodinámica, el paciente ingresa a cargo del servicio de Medicina Interna de nuestro centro.

CONCLUSIONES

La pancreatitis necrotizante y el síndrome de Mallory-Weiss son patologías del sistema digestivo con etiologías y manifestaciones clínicas distintas, pero ambas pueden asociarse con complicaciones graves. La pancreatitis necrotizante es una forma severa de pancreatitis aguda caracterizada por la destrucción del tejido pancreático debido a una inflamación intensa, lo que puede derivar en infección, insuficiencia multiorgánica y una alta tasa de mortalidad si no se maneja adecuadamente. Su tratamiento depende de la gravedad e incluye manejo intensivo con soporte hemodinámico, antibióticos en casos de infección y, en algunos casos, procedimientos quirúrgicos o mínimamente invasivos.

Por otro lado, el síndrome de Mallory-Weiss se debe a desgarros en la mucosa del esófago distal o la unión gastroesofágica, generalmente provocados por vómitos repetidos o esfuerzos intensos, lo que conduce a hematemesis (vómito con sangre). Aunque en la mayoría de los casos el sangrado es autolimitado, en situaciones graves puede requerir intervención endoscópica o tratamiento hemostático.

Ambas condiciones subrayan la importancia del diagnóstico temprano y el manejo oportuno para prevenir complicaciones mayores y mejorar el pronóstico del paciente.

P. #1810

CETOACIDOSIS DIABÉTICA: SUPERANDO LOS LÍMITES DEL LABORATORIO

Nuria Ramos Galindo[1], Reyes Picazo Castillo[1], Eva Ramos Galindo[2]

1. Hospital Comarcal de La Axarquía, Vélez-Málaga, España
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años. Natural de Reino Unido.
No alergias conocidas. Sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual. Vida activa.
>> ENFERMEDAD ACTUAL :
Consulta por cuadro de malestar general y astenia de dos semanas de evolución intensificada en las últimas 24h con nauseas postprandiales, tendencia al sueño e ingesta nula. Pérdida ponderal (no cuantificada). No alteraciones del ritmo intestinal, no polidipsia ni poliuria. No fiebre.
>> EXPLORACIÓN FÍSICA:
Somnoliento pero responde a la llamada, Glasgow 14 M 6, V 4, O 4. Eupneico. Presenta varios vómitos en consulta.
TA 132/67 FC 65 Afebril
- AC: Tonos rítmicos sin soplos ni roces pericárdicos.
- AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.
- ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación sin masas ni megalias. Sin signos de irritación. RHA conservados.
- NRL: Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y acomodación aunque enlentecidas. No focalidad neurológica.
- Exp. MMII. No edemas ni signo de tvp.

Se solicita: analítica de sangre con gasometría, a. orina, Rx de tórax, antiemético.
>> ANALÍTICA DE SANGRE:
Leucocitosis 21010 con neutrofilia. Hb 12.6. Plaquetas 655000.
Glucemia 2005, FG 5, Cr 9.32, Na 113, K 8.7, CK 929, Lipasa 272, Osmolaridad 450, Magnesio 3,40.
Gasometría venosa: pH 7.08 pCO2 37.0 Bicarbonato 11.0 Exceso bases -18.2.
Orina: cuerpos cetónicos ++++ Glu++++ Prot++ leucos+++ Htes +++ Cr 29.1 Na 46 Osmolaridad 467.
>> A. ORINA: leucocitos ++, proteínas+.
>> Rx de tórax: no cardiomegalia, senos costofrénicos libres, no condensaciones.
JUICIO CLÍNICO: cetoacidosis diabética. Descompensación hiperosmolar. Fracaso renal agudo. Hiperpotasemia grave.
>> PLAN:
- Pasa a Observación
- Canalizamos vía central acceso yugular ecoguiado con objetivo de iniciar infusión de 1M, perfusión de insulina y SSF.
- Bolo IV de 12UI de insulina + Perfusión 7.5UI insulina/h
- Déficit calculado de HCO3 412.5 mEq – >Se inicia infusión de 1M
- Mascarilla con reservorio por inicio de taquipnea.

Control tras 1h: Glucemia en descenso 1820, K 5.3, Cr 8.9, pH 7.26, pCO2 51, bicarbonato 20.7,
Exceso bases -4.2.
Comienza de nuevo cuadro emético. Tras varios minutos, comienza con taquipnea y respiración de Kussmaul, disminución de saturación a pesar de reservorio. Deterioro progresivo del nivel de consciente, presenta movimientos tónico-clónicos de dos minutos de duración. Empeoramiento de control gasométrico, con pH 6.8 y PCO2 de 101. Se decide IOT. Se contacta con UCI para ingreso.
Durante su estancia en UCI, el paciente permaneció con VM durante 24h e inicio de perfusión de noradrenalina por hipotensión mantenida. Aparecieron roncus bilaterales, con condensación radiológica y ante sospecha de broncoaspiración por cuadro emético se inició Amoxicilina/clavulánico. Ante persistencia de fracaso renal agudo no oligúrico con uremia elevada, se inició Terapia de Remplazo renal Continuo durante 48h.
Tras 6 días en UCI, el paciente mejoró y se normalizaron los parámetros, siendo dado de alta a planta para estudio de posible neoplasia subyacente (rehistoriándole, contó síndrome constitucional de 1 mes de evolución).

CONCLUSIONES

- La cetoacidosis diabética se presenta frecuentemente en diabéticos tipo I conocidos o en adultos jóvenes, como forma de debut diabético o desencadenada por patología infecciosa o abandono de tratamiento insulínico. No es frecuente un debut diabético mediante cetoacidosis diabética en pacientes añosos por lo que debemos descartar que se asocie a neoplasia.
- Recordar que entre las contraindicaciones absolutas de la ventilación mecánica no invasiva se encuentran tener alteración del nivel de consciencia (glasgow <9), acidosis grave (pH <7.1) y fallo multiorgánico; así como en las relativas se encuentra la presencia se secreciones o vómito en la vía aérea.
- La administración sistemática de antibióticos en cetoacidosis diabética no está indicada si no se sospecha foco infeccioso.

P. #1814

LA CABEZA ME VA A EXPLOTAR

María Del Carmen Morante Navarro[1], Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], José Wilder Quenata Romero[2], Gregorio Salvador Salvador[1], Ana Isabel Rincón Ricote[3], Cristina Fradejas Rosado[1]

1. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España
2. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
3. Centro de Salud Ávila Sur Este, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del Caso: Varón 69 años, con antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, dislipemia, bradicardia sinusal, asma, esofagitis péptica grado B, hernia de hiato, anillo de Schatzki, rinitis alérgica, gonartrosis, rotura parcial del tendón de Aquiles, disfunción eréctil con niveles bajos de testosterona total, arteriopatía periférica, depresión reactiva, dermatitis seborreica. Antecedentes quirúrgicos: Hernia inguinal bilateral. Hábitos tóxicos: Exfumador de 40 cigarrillos/día desde hace 13 años.
Tratamiento habitual: Budesonida nebulización nasal cada 12 horas, ebastina 20mg, 1 al día si precisa, dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato 200/6, 2 inhalaciones cada 12 horas, tiotropio 2 inhalaciones al día, salbutamol si precisa, montelukast 10mg 1 al día, omeprazol 20mg 1 al día, paracetamol si precisa, rosuvastatina 20 mg 1 al día, ezetimiba 10mg 1 al día, silodosina 8mg, 1 al día, valsartan 160mg, 1 al día.
Paciente acude a urgencias, refiere desde hace 20 minutos cefalea holocraneal intensa, episodio alteración del lenguaje que describe como imposibilidad para comunicarse con lenguaje incoherente de minutos de duración (aproximadamente 5 minutos), desorientación, sin pérdida de conocimiento ni movimientos tónico-clónicos, niega mareo, visión doble, fiebre, disnea, dolor torácico, palpitaciones, náuseas, vómitos, no otra clínica acompañante.
Exploración física: TA: 145/83mmHg, FC: 53lpm, SatO2: 94% basal. Glucemia 124 mg/dl. T 36.5ºC. Consciente, orientado en las 3 esferas. Auscultación cardiaca rítmico, no ausculto soplo. Auscultación pulmonar murmullo vesicular disminuido sin ruidos respiratorios añadidos. Abdomen voluminoso, a expensas de tejido adiposo, no dolor, no signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores no edemas.
Exploración neurológica: Comprende, nómina y repite, lenguaje coherente, campimetría por confrontación normal, movimientos oculares bilateral sin restricción y no dolorosa, no nistagmos, pares craneales sin alteraciones. Fuerza global y segmentaria 5/5 y sensibilidad conservada en las 4 extremidades.
Analítica: sin alteraciones significativas.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 58lpm. Eje 60º. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.
Tomografía axial computarizada de cerebro: Macroadenoma hipofisario sin signos de sangrado o isquemia aguda.
Diagnóstico: Accidente isquémico transitorio, Macroadenoma hipofisario como hallazgo incidental.
Paciente ingreso hospitalario para estudio y control evolutivo.

CONCLUSIONES

Los ataques isquémicos transitorios (AIT) son de corta duración, por lo general duran menos de 24 horas. Sin embargo, los mecanismos subyacentes pueden ser similares, ya sea por un coágulo o por un estrechamiento de un vaso sanguíneo. Reconocer un AIT es crucial porque suele preceder a un accidente cerebro vascular más graves, lo que ofrece una ventana de oportunidad para tomar medidas preventivas. Comprender los síntomas, las causas, los factores de riesgo y las opciones de tratamiento de los AIT es esencial tanto para la prevención como para el manejo eficaz.

P. #1817

ENCEFALITIS AUTOINMUNE: NO FUERON LAS DROGAS

Diego Amigot Baldero, Leyre C Urueña Zamora, Andrea Baztán Ubani, Arantxa Bezunartea Pascual, Ainhoa Sánchez Pastor, Eva Higuera Pastor

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 22 años, sin antecedentes personales de interés, traída a urgencias por su familia tras haber consultado en otro hospital por mareos tipo inestabilidad, cefalea y posibles crisis tónico-clónicas (tratadas con levetiracetam 1000 mg). En las últimas horas se añaden alteración conductual e ideas delirantes (señalan los nuevos síntomas tras el alta hospitalaria anterior). El inicio del cuadro coincide con ingesta de fármacos para odontalgia (posiblemente tramadol, diazepam y clonazepam), 10 días previo a la consulta. Niegan cuadro infeccioso días previos.
Exploración física: Afebril, tensión arterial 110/76 mmHg, frecuencia cardiaca 105 latidos por minuto, saturación O2 98% a aire ambiente. Auscultación cardio-pulmonar normal. Exploración neurológica: Parcialmente colaboradora, desorientada en espacio, orientada en tiempo; Fluctuación de la conducta y del discurso con ideas e interpretaciones delirantes en el discurso ("tengo el demonio dentro"), así como de contenido megalomaníaco. Desinhibida, con conductas sexualizadas y expansividad. Fuerza y sensibilidad normal, marcha normal, no inestabilidad ni dismetrías, pupilas isocóricas, Brudzinski negativo.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: tras valoración inicial, se realiza:
• Analítica sanguínea: Sin ninguna alteración destacable.
• Tóxicos en orina: Benzodiacepinas positivo; opiáceos negativo.
• TAC craneal: sin hallazgos significativos.
• Gasometría venosa: normal.
EVOLUCIÓN: durante su estancia en urgencias, la paciente comienza con agitación psicomotriz intensa, por lo que se realiza contención mecánica por cinco puntos y farmacológica (con midazolam). Queda ingresada en Observación para ampliar estudio. Entre el diagnóstico diferencial planteamos: sospecha de reacción psicótica tras toma de opiáceos/levetiracetam (efecto muy raro); síndrome de abstinencia a opiáceos y benzodiacepinas; debut de trastorno psiquiátrico mayor o encefalitis infecciosa. Durante su estancia en observación la paciente presenta pico febril y se realiza punción lumbar (resultado: LCR-Leucocitos, c: 87 /mm3. LCR-Mononucleares, w: 98 %. LCR-Polinucleares, w: 2 %. LCR-Glucosa, g: 60 mg/dL. LCR-Proteína, g: 31 mg/dL). Se inicia tratamiento con Aciclovir a 10mg /kg /8h empíricamente ante sospecha de encefalitis herpética que se suspende posteriormente por resultado de PCR negativo. Se amplía el estudio con electroencefalograma (con acusada lentificacion de la actividad de fondo). Se realiza interconsulta a Neurología quienes deciden ampliar estudio con anticuerpos para encefalitis autoinmune (anticuerpos anti-NMDAR positivos). La paciente empeora clínicamente, siendo necesario su ingreso en UCI. Durante su estancia en UCI, la paciente es estudiada con TAC-RM craneal/BodyTAC/PET/exploración ginecológica completa sin identificación de causa etiológica aclarada. Precisa tratamiento inmunodepresor con esteroides, plasmaféresis y rituximab.
JUICIO CLÍNICO: Encefalitis autoinmune

CONCLUSIONES

La encefalitis es una inflamación del parénquima cerebral, generalmente de origen viral, aunque también puede tener etiología bacteriana, fúngica o autoinmune. La encefalitis anti-NMDA es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de anticuerpos contra los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato), lo que provoca una disfunción neuronal severa. Se asocia con neoplasias (especialmente teratomas ováricos en mujeres jóvenes) y procesos postinfecciosos. Predomina en mujeres de 15 a 35 años
En muchas ocasiones, tienen un pródromo viral (con fiebre, cefalea y síntomas gripales) y posteriormente desarrollan sintomatología de predominio psiquiátrico y neurológico: psicosis, alucinaciones, agresividad, catatonia, trastornos del movimiento, crisis epilépticas, hipoventilación central y fenómenos disautonómicos (hipertensión, taquicardia, hipertermia…).
Desde urgencias supone todo un reto diferenciarla de enfermedades psiquiátricas o efectos de algunos tóxicos. En el caso de nuestra paciente, el consumo de tramadol y benzodiacepinas retrasó la sospecha de encefalitis de origen infeccioso. Además, la administración de levetiracetam justificaba la alteración conductual por la que consultaban en nuestro hospital. Se ha descrito un trastorno psicótico inducido por levetiracetam (TPILEV). Es más frecuente en mujeres que consumen tóxicos de manera recreativa.
Las alteraciones conductuales en urgencias requieren una evaluación sistemática para descartar causas orgánicas graves antes de considerar un origen psiquiátrico primario.

P. #1820

CUANDO EL CALOR LLAMA A TU PUERTA

Mónica García Fernández, Ángel Francisco Viola Candela, Cristina Montero Sánchez, Verónica Elena Fermín Ramírez, Yolanda Benito Merino, Cristina Morillas Ramiro

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento y antecedente de infarto inferior hace 20 años. Acude al servicio de urgencias hospitalarias traída por soporte médico avanzado con dos vías venosas periféricas y administración de Paracetamol y sueroterapia. Paciente que comienza hace una hora con temblor grosero y aumento brusco de temperatura hasta 44,5°C. Asocia aumento de disnea y disminución del nivel de conciencia progresivo. Era verano en Ávila y la paciente había estado esa tarde limpiando la terraza de la casa del pueblo. A a su llegada a urgencias paciente hipotensa con temperatura de 42°C. Se realiza sondaje vesical y se administra tratamiento antitérmico y medidas físicas. Se solicita analítica de sangre y orina, radiografía de tórax, electrocardiograma y tomografía computarizada (TC) craneal sin alteraciones reseñables. Se solicitan también cultivos de sangre y orina. La paciente comienza con eversión de la mirada, rigidez hemicuerpo izquierdo, sialorrea y ronquido. Paciente en coma, con mioclonías que no ceden a pesar de tratamiento anticonvulsionante y vómitos. Se avisa a cuidados intensivos (UCI) y se procede a intubación orotraqueal. Se administra tratamiento anticonvulsionante con midazolam y levetiracetam, antibioterapia de amplio espectro, gluconato cálcico y bicarbonato. La paciente es trasladada a UCI.
Juicio clínico: Golpe de calor. Encefalopatía hipertérmica.
Evolución: Durante su ingreso en UCI se canaliza vía central, arteria y sonda nasogástrica, se inicia tratamiento con sedoanalgesia, antibioterapia profiláctica y se procede a enfriamiento paulatino con sueros y
medidas convencionales. Al ingreso en UCI temperatura de 37°C. Tras ingreso de 4 días en UCI con enfriamiento y estabilidad clínica, se procede a extubación orotraqueal. La paciente desarrolló fracaso heptático y coagulopatía con normalización analítica posterior. Pasó a planta de Medicina interna evolucionando de manera favorable siendo posteriormente alta a domicilio sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El golpe de calor es una emergencia médica y causa tratable de fracaso multiorgánico (FMO). Se caracteriza por un incremento de la temperatura corporal central por encima de 40°C y alteraciones del sistema nervioso central donde predomina la encefalopatía y es típico el coma.
En el golpe de calor se produce un disbalance entre los mecanismos productores y disparadores de calor, bien sea por un incremento en la producción (ejercicio físico, fiebre, drogas..) o una alteración en la pérdida de calor (aumento de la temperatura ambiental, deshidratación, drogas...).
Es una enfermedad de baja incidencia que tiende hacia el aumento por el calentamiento global y el cambio climático. Además, puede presentar una alta morbimortalidad para los pacientes. Esta morbimortalidad es altamente dependiente del tiempo transcurrido desde su instauración a su manejo definitivo. Es fundamental el diagnóstico precoz y, si no se toman las medidas iniciales oportunas, la tasa de mortalidad es muy alta (hasta el 70%) por lo que un conocimiento actualizado y profundo sobre esta patología es crucial para presentar una buena evolución y un maneo óptimo del paciente.

P. #1828

INFARTO MEDULAR EN URGENCIAS, UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN NUESTRO DÍA A DÍA

Miriam Sánchez Vicente[1], María José Venegas De L´hotellerie[1], Belén Rodríguez Miranda[1], Azahara Extremera Martínez[2], Blanca Ruata Laclaustra[1], Ester Miravalles Fernández[1]

1. Hospital de La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome ansioso-depresivo y cervicoartrosis con hernia discal C5-C6 y C6-C7, en tratamiento con escitalopram, clonazepam, levotiroxina y omeprazol.
La paciente acude a urgencias por dorsalgia brusca que irradia hacia epigastrio e hipogastrio de 48 horas de evolución que comenzó mientras se encontraba recogiendo en casa. Refiere también irradiación a pierna derecha, de rodilla hacia pie inicialmente. Se toma un antiinflamatorio, refiriendo cierta mejoría y posteriormente comienza con disestesias en pierna derecha y abdomen/espalda hasta ombligo. Además refiere dificultad para la micción teniendo que flexionar el tronco y hacer gran esfuerzo para orinar. Acude a urgencias esa misma tarde y se realizan analítica y tac abdominal con único hallazgo de paniculitis mesentérica.
A las 24 horas refiere alteración sensitiva en pierna izquierda hasta nivel D10 aproximadamente. Asocia dificultad para la deambulación que ha conllevado dos caídas en domicilio. Niega otra focalidad así como cuadro infeccioso reciente.
En urgencias en la exploración destaca disminución de fuerza bilateral en flexión de cadera y rodillas y en la extensión de cadera, hipoestesia inferior a D7 aproximadamente, hipopalestesia distal en miembros inferiores simétrica, alteración también de la sensibilidad discriminativa a nivel bilateral, además de una marcha inestable aunque consigue dar unos pasos con apoyos.
Ante estos hallazgos se solicitan analítica que resuelta anodina y tac craneal en el que no se objetivan alteraciones, además de electrocardiograma sin alteraciones agudas. Se interconsulta con equipo de Neurología y conjuntamente se decide traslado a hospital de referencia para la realización de Resonancia Magnética medular urgente por sospecha de síndrome medular.
En Resonancia magnética medular se diagnostica de posible mielopatía compresiva secundaria a hernia discal T8-T9. Se realiza interconsulta a Neurocirugía que revisa las imágenes y no plantean cirugía descompresiva por hernia de pequeño tamaño y con presencia de espacio retromedular.
La paciente permanece ingresada durante 1 semana en la planta de Neurología. Persiste con alteración sensitiva y presenta alteración esfinteriana con dificultad para realizar micción y deposición, que evoluciona favorablemente siendo necesario al inicio sondaje vesical intermitente. A nivel motor presenta resolución progresiva de paraparesia hasta fuerza 5/5 en todos los grupos musculares. Persiste déficit sensitivo hasta nivel D7 aproximadamente con disestesias en muslos y pies por lo que se inicia tratamiento con gabapentina.
Se realiza RMN de control que diagnostica infarto medular antero-lateral a nivel de T6 hasta T9 en territorio de arteria espinal anterior como naturaleza del síndrome medular. Se visualiza contacto a dicho nivel con hernia discal pero sin clara impronta.
Para completar estudio etiológico se solicitan ecocardiograma, AngioTAC de aorta y Doppler de troncos supraaórticos, que no muestran alteraciones significativas. También se realiza analítica con anticoagulante lúpico que resulta negativo.
La paciente es dada de alta con diagnóstico de Infarto medular antero-lateral a nivel de T6-T9 en territorio de arteria espinal anterior de etiología indeterminada, con tratamiento con ácido acetilsalicílico y gabapentina y control en consultas

CONCLUSIONES

El infarto medular es una condición rara, con altas probabilidades de infradiagnóstico y que se presenta más frecuentemente en pacientes con enfermedad ateromatosa severa con dolor dorsal o lumbar de inicio brusco y rápida progresión de los síntomas. Su identificación temprana es crucial para implementar un tratamiento adecuado y limitar las secuelas a largo plazo
En el caso descrito pese a que la paciente a priori no presentaba enfermedad ateromatosa sí que describía un dolor dorsal brusco y con progresión rápida de síntomas tanto motores como sensitivos.
Dada la clínica, las alteraciones en la exploración y la buena coordinación entre los equipos de Urgencias y Neurología, se llegó a un diagnóstico rápido que permitió minimizar las secuelas neurológicas en la paciente.

P. #1831

MENUDA PESADILLA. SD. WALLEMBERG

Patricia Borrás Albero, Santiago Diéguez Zaragoza, Iuliia Patrusheva

Hospital Universitario De San Juan, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 57 años con FRCV (HTA, DLP, obesidad, fumador) que de madrugada y debido a una pesadilla realiza hiperextensión forzada del cuello con inicio súbito de clínica vertiginosa asociada a síntomas vegetativos (sudoración profusa, palidez, nauseas). Posteriormente presenta disfagia, voz gangosa, hipoestesia en hemicara derecha y ataxia de la marcha.
En la exploración se objetiva síndrome de Horner, alt. sensitivas de hemicara derecha y ataxia lateralizada derecha.
Tras realización de TAC craneal y angioTAC de troncos supraaórticos y polígono de Willis se objetiva ausencia de opacificación del segmento V3-V4 de la a. vertebral derecha y PICA derecha.
Se discute probable causa del cuadro clínico del paciente.

CONCLUSIONES

El sd. Wallemberg se trata de una constelación de sígnos de focalidad neurológica debidas a la isquemia lateral medular a nivel de bulbo.
Se revisa incidencia y distintas causas.

P. #1832

¿DELITO DE EXPLOTACIÓN SEXUAL ANIMAL O EPISODIO PSICÓTICO?

Mónica García Fernández, Susana Ortego Martín, Alejandra Sánchez-Guerra Alonso, Rafael Salvador Canuto, Antonio Fernández Hernández, Ángel Viola Candela

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años con antecedentes de leucocitosis crónica leve idiopática, ligadura de trompas y fumadora sin otros antecedentes de interés referidos. Acude a Urgencias remitida por médico de Atención Primaria porque desde hace un año está viendo que enfrente de su casa graban películas de zoofilia, todo orquestado por su vecino. Ha denunciado la situación a Seprona y ha puesto cámaras de vigilancia en su domicilio, donde vive sola. Cree que las
personas que filman las películas entran en su casa y le dejan insectos que asegura que a veces se posan sobre su piel e incluso se introducen por la nariz. Aporta varias fotografías de lo que ella considera que son los animales (tierra sucia y marrón, pelos enredados, reflejos en el suelo…) y además, comenta haber visto a los actores mantener relaciones sexuales con animales tipo pangolín, oso y anaconda. No se aprecia componente afectivo en su relato, dice
que “es algo que está ahí” y que no le preocupa en exceso, solo es desagradable. En relación a la exploración neurológica no presenta focalidad y en ámbito psiquiátrico la paciente se encuentra tranquila y colaboradora, con regular aspecto y descuidada. Tiene un discurso espontáneo, fluido, coherente y bien estructurado del que se traducen ideas delirantes de tipo referencial y de parasitación. No alteraciones mayores del estado de ánimo ni otra clínica
afectiva. No ansiedad ni angustia psicótica. Verbaliza alucinaciones visuales ya descritas y, en cierto momento, alucinaciones cenestésicas en lo referido a que nota el movimiento de insectos dentro de su nariz. No alteraciones de la psicomotricidad ni del ciclo sueño-vigilia ni de la calidad del mismo. No alteraciones de la orexia. No auto ni heteroagresividad. Niega ideación autolítica de forma consistente y reiterada. Capacidad volitiva, intelectiva y cognitiva comprometidas. Con respecto a las pruebas complementarias se realiza una analítica con resultados anodinos, cocaína y cannabis positivos en orina y tomografía computarizada (TAC) cerebral con y sin contraste sin evidencia de patología aguda intracraneal, infarto crónico en el territorio de la arteria cerebral posterior izquierda y probable lesión milimétrica en hemisferio cerebeloso derecho inespecífica. Se realiza interconsulta a Psiquiatría quienes tras valoración, proceden a realizar ingreso involuntario por episodio psicótico a estudio de probable origen orgánico. Durante su ingreso la paciente comienza con un cuadro neurológico de inicio súbito (disartria y hemiparesia izquierda) que lleva a la activación del código ICTUS y su traslado a la unidad de ictus del hospital de referencia donde diagnostican de accidente isquémico transitorio hemisférico derecho de riesgo moderado.

CONCLUSIONES

Nos parece de suma relevancia recordar la importancia de la valoración inicial en el servicio de Urgencias de un paciente con la etiqueta de "psiquiátrico" ya que son pacientes con la posibilidad de padecer otras patologías "no psiquiátricas" y el prejuicio social y sanitario que en muchas ocasiones se instaura nos puede llevar a errar el diagnóstico y descartar patología orgánica tratable desencadenante de un cuadro "psiquiátrico-like".

P. #1836

DE LA NEOPLASIA RENAL A LA COLUMNA VERTEBRAL

Sandra Aldea Bravo[1], Elsa López Sánchez[1], Alexandra Junco Carreño[1], Neyky Sofia Obando García[1], Mauris Antonio Marisy Martin[1], Julita Natividad García Pascual[2]

1. Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España
2. Centro de Salud Arganda Felicidad, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años con antecedentes de nefrectomia derecha y hepatectomía parcial en 2016, por carcinoma renal de células claras, con pérdida del seguimiento en consultas externas de oncología, sin llegar a recibir radioterapia ni quimioterapia concominante. Acude al servicio de urgencias por dolor lumbar intenso que se irradia a ambos miembros inferiores, que no cede con analgesia, claudicación de la marcha y no refiere incontinencia urinaria.

A su llegada a urgencias, la paciente se encuentra hemodinamicamente estable y en la exploración física destacan apofisalgias espinosas lumbares bajas, con dolor a la palpación de la musculatura paravertebral bilateral, dificultad para la marcha, disminución de la fuerza 4/5 y alteración de la sensibilidad de ambos miembros inferiores con sensación de disestesias, sensibilidad nociceptiva y fuerza conservadas.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica de sangre normal
- Rx de columna dorsal y lumbar sin alteraciones

Por la elevada sospecha clínica de una compresión medular se realiza además una tomografía computarizada (TC) y una Resonancia magnética nuclear (RMN).

- TC y RMN de columna doral y lumbar: Afectación lítica centrada en el pedículo derecho y margen postero lateral del cuerpo ipsilateral de T10 con afectación del cuerpo, que impresiona de levemente inferior al 50% e invasión de elementos posteriores bilaterales. Invasión epidural que impresiona de Epidural Spinal Cord Compression (ESCC) 3.

Juicio clínico: Compresión medular secundaria a probable metástasis

Se administran dexametasona 10 mg vía intravenosa para reducir el edema causado por la compresión y se ingresa a la paciente a cargo del servicio de oncología, para valorar la mejor opción de tratamiento.

CONCLUSIONES

La compresión medular por cáncer es una de las complicaciones neurológicas con más morbilidad seguida por las metástasis cerebrales, es considerada una emergencia oncológica, ya que puede llevar a una pérdida irreversible de la función neurológica e indudablemente a un deterioro de la calidad de vida del paciente si no se realiza un diagnóstico oportuno y se inicia un tratamiento adecuado, por lo que es necesario una elevada sospecha en el servicio de urgencias.

Los síntomas clínicos dependen de su localización, el 70% se localizan en la región torácica, como es en nuestro caso. El síntoma más frecuente, es el dolor de espalda, que puede encontrarse en cualquier parte de la columna vertebral y suele orientar el

nivel de la compresión, característicamente empeora con los movimientos, el decúbito, la tos, con las maniobras de Valsalva y la flexión del cuello y extremidades inferiores y no mejora con analgesia habitual. Otro de los síntomas es la debilidad en las extremidades, esto se acompaña con alteraciones de la marcha y el equilibrio, la clínica sensitiva es menos frecuente.
Si se sospecha compresión de la médula espinal debe realizarse un estudio de imagen, la prueba de elección es la RMN, donde se evalúa el grado de compresión medular y se clasifica según la escala ESCC:

- 0: lesión confinada al cuerpo vertebral sin invasión del espacio epidural.
- 1: invasión del espacio epidural
- a: no deforma el saco dural
- b: deforma el saco dural
- c: contacta con la médula, pero no la comprime
- 2: compresión medular con visualización de líquido cefalorraquideo (LCR)
- 3: compresión medular sin visualización de LCR.

El tratamiento depende de la radiosensibilidad del tumor primario, la magnitud de la compresión y la estabilización de la columna. Se utilizan glucocorticoides, para reducir el edema intersticial, (dexametasona, 10 mg por vía intravenosa) antes del estudio de imagen si existe sospecha de compresión, y se continua con una dosis menor (4 mg cada 6 horas vía oral), además se valora radioterapia local o intervención quirúrgica.

P. #1842

CRISIS FOCALES Y DOLOR CERVICAL EN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL: UN CASO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL LARVADA

Francisco José Ezponda Inchauspe, Maren Albizuri Arruti, Jorge Antonio Ramella Macher, Raquel De Castro Fernández, Estanislao Carpio Vicent, Aldair Antonio Pérez Ortiz

Hospital de Zumarraga, Zumarraga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 36 años. Portador de válvula de derivación ventriculoperitoneal (VP) por hidrocefalia desde los 6 meses. Recambio de catéter distal a nivel del cuello en 1997.
Trasladado por Emergencias a las 20.35 horas, por dolor cervico-dorsal y episodio de mareo con pérdida de consciencia en su domicilio, duración +/- 4 minutos. Testigo niega movimientos tónico-clónicos , relajación esfínteres u otra focalidad neurológica. No confusión postcritica. No pródromos. No otra clínica acompañante.
Refiere desde hace un mes dolor a nivel cervico-occipital, sin respuesta al tratamiento analgésico ni a fisioterapia dirigida. Esta última semana, presenta dos episodios previos de pérdida de consciencia de 1-2 minutos de duración, sin pródromos, tras inicio de dolor intenso en región cervical. Tras el segundo episodio es valorado en nuestro Servicio. Alta con tratamiento analgésico por Cervicalgia Aguda. Esta última semana el paciente ha sido atendido en 5 ocasiones por el dolor cervico-occipital y los sincopes/mareos. El paciente ha manifestado que "lleva un tiempo preocupado por las molestias en la zona occipital sobre todo al levantarse de la cama y tiene la sensación de que algo le ha pasado con la válvula de derivación VP" sin ser considerado este comentario para su valoración.
Constantes normales. Afectado por el dolor, consciente, orientado, bien hidratado, perfundido. Eupneico. No contractura muscular cervical. Se interrumpe la exploración por nuevo episodio de dolor intenso y mareo a la movilización cervical. Se pauta analgesia y se solicitan: hemograma, bioquímica con PCR, ProCalcitonina, Coagulación, Sedimento de orina y TAC Cerebral-Cervico-Torácico.
Anomalías analíticas: Glucosa: 142 mg/dL, Leucocitos: 12, 92x10(3)/µL, desviación izquierda.
Tras analgesia completamos la exploración física. Exploración Neurológica reglada normal.
TAC cerebral: Válvula de derivación VP, sin signos de Hidrocefalia ni excesiva obliteración del sistema ventricular.
Se indica Punción Lumbar. Antes de realizarse, refiere malestar, presentando episodio de desconexión de 5 segundos, relajación esfínter urinario, cefalea, dolor cervical y agarrotamiento de la musculatura de piernas y brazos. No estado postcritico. Sudoración profusa y bradicardia. Acompañantes evitan la caída.
Punción Lumbar: salida rápida de las gotas del fluido, sin poder medir la presión. Leucocitos 8/µL (0-5). Linfocitos 63%, Monocitos 13%, Polimorfonucleares 25%, Glucosa, Proteínas en rango. Eosinófilos 0%.
Tras el tratamiento: Metamizol, Dexketoprofeno, Diazepam, refiere gran mejoría de su estado, sin dolor, estable hemodinamicamente.

Ingresamos a cargo de Neurología para valoración de las Crisis Focales con alteración de la conciencia, valoración funcionamiento Válvula Derivación VP.
En planta, el paciente refiere visión borrosa y fotosensibilidad en ojo izquierdo. Distingue colores. No déficits campimétricos. Movilidad ocular indolora. Exploración neurológica reglada anodina. Neurología interconsulta a oftalmología, que objetiva papiledema bilateral y disminución de agudeza visual compatibles con Hipertensión Intracraneal (HIC). Realizan interconsulta al Servicio de Neurocirugía Hospital Universitario Donostia que programa ingreso para revisión Válvula VP.

CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de considerar la disfunción de dispositivos de derivación en pacientes portadores con síntomas neurológicos inespecíficos como el dolor cervical-occipital.
El paciente no refería signos clásicos de HIC. Tampoco la exploración, laboratorio ni el TAC cerebral detectaron ni aportaron datos que sugirieran una disfunción de la derivación. Planteamos el disponer de medios en el Servicio para medir la presión del líquido cefalorraquídeo.
Es sustancial valorar los comentarios del paciente, a pesar de verbalizar su sospecha del mal funcionamiento de la derivación, no fue tomada en cuenta por los facultativos que le atendían.
La coordinación multidisciplinar, 5 especialidades, fue clave para el diagnóstico y manejo adecuado del paciente. Demostramos cómo un trabajo en equipo, bien coordinado, puede llevar a una resolución exitosa y rápida, incluso en situaciones complejas y de difícil diagnóstico

P. #1846

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

Elena Dieste Ballarín
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y flutter auricular ablacionado, que acude a Urgencias por incapacidad para orinar de 24 horas de evolución. A su llegada se encuentra en triaje aparentemente en su situación basal y al ser valorado a la media hora en el box de urgencias presenta alteración para la emisión y comprensión del lenguaje por lo que se activan código ictus. En un primer momento el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con tendencia a la hipertensión arterial y afebril. En la exploración neurológica destaca una disfasia global no comunicativa y una hemianopsia homónima derecha por campimetría de confrontación con dudosa asimetría facial.
En las pruebas complementarias realizadas presenta a nivel gasométrico una hiponatremia moderada, electrocardiograma en ritmo sinusal y TC craneal sin signos de sangrado o isquemia aguda que tras la administración de contraste no se observan oclusiones de gran vaso. En la analítica presenta una insuficiencia renal aguda con creatinina de 5.56 mg/dL y filtrado glomerular de 9 (función renal previa normal), una discreta leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza ecografía abdominal a pie de cama con datos de aumento del volumen vesical compatible con una retención aguda de orina, por lo que se realiza sondaje obteniéndose en las siguientes horas hasta 3500cc de orina.
En definitiva, el cuadro de disfasia y hemianopsia homónima derecha en contexto de fallo renal agudo orienta como primera posibilidad diagnóstica el Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), sin poderse descartar definitivamente la causa vascular.
A las 24 horas de su estancia en Urgencias el paciente presenta mejoría de la clínica neurológica con práctica desaparición de los signos de encefalopatía. Y 48 horas más tarde, durante su ingreso en planta de hospitalización, se realiza una resonancia magnética craneal, que mostró edema vasogénico en la sustancia blanca de los lóbulos occipital y parietal junto con lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR, hallazgos compatibles con PRES.

CONCLUSIONES

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-radiológica descrita en 1996 por Hinchey et al. Sus manifestaciones clínicas son, principalmente, disminución del nivel de consciencia, convulsiones, cefalea, alteraciones visuales, cualquier focalidad neurológica y en un 90% de los casos tensión arterial elevada. Aunque en la mayoría de los casos es reversible, este puede ser potencialmente grave ocasionando un daño cerebral permanente con una mortalidad de hasta el 15%. Con respecto a la fisiopatogenia del PRES se han planteado principalmente dos hipótesis: la primera implica la alteración de la autorregulación de la circulación cerebral que ocasiona

hiperperfusión, y la segunda está relacionada con la citotoxicidad y la disfunción endotelial; ambas hipótesis conllevan al edema cerebral vasogénico, responsable final de las manifestaciones.
La etiología se relaciona con hipertensión arterial, embarazo, vasculitis, determinados fármacos como inmunosupresores y quimioterapéuticos, trastornos hematológicos, enfermedad renal, sepsis y trastornos electrolíticos. Su diagnóstico se basa en la clínica sugestiva de encefalopatía que tras haber descartado otras enfermedades que ocasionen síntomas similares, se confirma mediante pruebas de imagen (TC/RM craneal). Los patrones más comunes en la RM son un patrón de leucoencefalopatía bilateral, asimétrica y posterior con localización más frecuente en la zona occipital o parietal. El tratamiento del PRES consiste en la reversión de la causa y en el tratamiento sintomático más relevante.
En conclusión, se debe mantener siempre una alta sospecha clínica y de imagen para llegar al diagnóstico, ya que el tratamiento oportuno con control de síntomas y de la causa subyacente ratifica el diagnóstico en la evolución, con la resolución de las alteraciones clínicas y radiológicas; en caso contrario puede ocasionar secuelas neurológicas permanentes o incluso la muerte.

P. #1858

ESTE DOLOR DE TRIPA NO SE ME PASA

Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Verónica Fermín Ramírez, Ángel Viola Candela, Isabel Corbacho Cambero

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 36 años sin antecedentes personales de interés que acude a nuestro servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal de tipo cólico desde hace 4 meses de manera intermitente. Al comienzo del cuadro presentó el dolor durante varios días acompañado de vómitos y diarrea. Hace un mes comienza de nuevo con dolor de tipo cólico que dura hasta el momento de la entrevista clínica. Localiza el dolor a nivel periumbilical y se irradia hacia hemiabdomen superior. Refiere que siente dolor a diario con picos de mayor dolor ocasional y que llega a interferir con el descanso nocturno, actualmente no presenta vómitos ni diarrea. Se acompaña de estreñimiento de 7 días de evolución e hiporexia, además de una perdida de peso de entorno a 10kg de peso desde el inicio del cuadro. Refiere sentir distensión abdominal y sensación de plenitud.
Comenta que ha consultado por este motivo en varias ocasiones tanto en distintos servicios de urgencias como con su médico de atención primaria, realizando únicamente analítica básica en alguna ocasión y siendo diagnosticada de gastroenteritis y tratada como tal llegando a tomar antibiótico sin mejoría de la clínica.
EF: TA 132/87, Tª 36,9°C, FC 133lpm Sat O2: 96%
A la exploración únicamente destaca un abdomen distendido, blando y depresible pero doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias.
Pruebas complementarias:
- Analítica: únicamente leve elevación de PCR, resto rigurosamente normal.
- Radiografía de tórax normal.
- Radiografía de abdomen: se objetiva dilatación de asas con niveles hidroaéreos.

Dados los resultados solicitamos TC de abdomen donde se objetiva una obstrucción de intestino delgado con cambio brusco en ileon terminal provocando lesión de partes blanda y con amplio diagnóstico diferencial y difícil caracterización.
Con los hallazgos de las pruebas complementarias se contacta con Cirugía quien indica colocación de SNG e ingreso a su cargo para intervención quirúrgica.
Finalmente durante el ingreso y tras la cirugía la paciente mejoró y la anatomía patológica reveló que se trataba de un endometrioma.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico queremos decir que cuando un paciente consulta en varias ocasiones por el mismo síntoma se debe ampliar el estudio y realizar las pruebas complementarias necesarias.
Siempre hay que prestar atención a los síntomas de alarma como la pérdida de peso o la interferencia con el descanso nocturno.

P. #1861

ESTA MAÑANA ME HA SALIDO UN BULTO

Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino, Ángel Viola Candela, Verónica Fermín Ramírez, Antonio Fernández Hernández

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 41 años con antecedentes personales de hipotiroidismo que acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias a petición propia por presentar sensación de tirón en el brazo izquierdo al levantarse de la cama. Desde entonces se objetiva tumoración en región supraclavicular izquierda. Niega antecedente traumático o sobreesfuerzo físico, no dolor a nivel cervical, niega mareo o cefalea no disnea ni fiebre. No otra sintomatología referida en la anamnesis por aparatos.
EF: TA 127/84 mmHg Tª 36.8ºC FC 87lpm Sat O2 99% basal.
Presenta buen estado general, orientada en las tres esferas y colaboradora. Presenta buen coloración de piel y mucosas, bien hidratada y perfundida.
AC: rítmica, no ausculto soplos.
AP: MVC sin ruidos patoógicos sobreañadidos.
Cuello: no se aprecia hematoma, no eritema, no aumento de temperatura, se aprecia una tumoración de 6x10cm aproximadamente. Es de consistencia blanda, leve dolor a la palpación, no pulsátil, no crepita y no se auscultan soplos.
Abdomen sin hallazgos reseñables.
Pruebas complementarias:
- Analítica: anodina, sin hallazgos reseñables.
Dados los hallazgos de las pruebas complementarias se solicita ecografía de la zona.
En la ecografía se objetiva una trombosis venosa aguda en la subclavia izquierda.
Indicamos tratamiento con heparina a dosis terapéuticas.
Comentamos el caso con Medicina Interna de guardia quien decide comentarlo con Cirugía vascular y posterior derivación a dicha unidad para valoración.

CONCLUSIONES

Se trata de una trombosis profunda menos frecuente de la que estamos acostumbrados a ver en el servicio de Urgencias en los miembros inferiores. El inicio del cuadro es poco sugerente y no te lleva a pensar que se trate de dicha patología por lo que el apoyo con las pruebas de imagen es importante, en este caso con la ecografía.
Dada la localización de la tromposis en uno de los principales vasos y en región tan proximal se decide contactar con la unidad de referencia de Cirugía vascular.

P. #1866

IMPACTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LOS IONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta De Dios García[1], Guillermo Pérez Peis[2]

1. Centro de Emergencias Sanitarias 061 Córdoba, Córdoba, España
2. Centro de Emergencias Sanitarias 061 Cádiz, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN:
Avisan por síncope en varón de 58 años. En su historial consta antecedentes de malabasorción secundaria a cirugía barbárica con un primer episodio de hipomagnesemia e hipocalcemia que requirió ingreso en UCI.
EXPOSICIÓN DEL CASO:
A nuestra llegada consciente, orientado, colaborador, aunque algo bradipsiquico. Los familiares refieren un episodio de rigidez e inconsciencia de unos 10 minutos de duración, que cede de forma espontánea y que tras el mismo ha quedado estuporoso, impresionando de crisis convulsiva con periodo proscritico. Según refieren, hoy debía acudir al hospital para la administración de sulfato de magnesio intravenoso que tiene pautado de forma crónica.
Se pasa a cabina asistencial donde se monitoriza y se inicia traslado a centro hospitalario. Durante el traslado en el monitor se evidencian rachas de FA. Se realiza gasometría venosa con los siguientes resultados: pH 7,47, Na 143 mmol/l, K 2,3 mmol/l, Ca++ 3,6 mmol/l, glucosa 135 mg/dl, láctico 10,7 mmol/l, creatinina 0,51. Se inicia tratamiento de hipopotasemia con la perfusión de Cloruro Potásico 40 mEq/L en 1000 ml de suero fisiológico a pasar a 126ml/h.
A la llegada al hospital se comenta caso en consulta de críticos, informando de hipocalcemia grave, hipopotasemia grave, y sospecha de hipomagnesemia en paciente que ha presentado una crisis convulsiva y alteraciones en ECG.
En la consulta de críticos se confirma hipomagnesemia < 0,50 mg/dL, hipopotasemia 2,8 mEq/L, hipocalcemia en 7,6 md/dL con calcio corregido en 7,4 md/dL, por lo que se inicia tratamiento con sulfato de magnesio 1,5 g en 100 ml suero glucosalino 5% a pasar en 20 minutos y posteriormente la dosis de mantenimiento, que consiste en 6 g en 1000 ml de suero fisiológico a pasar en 24 horas.
El paciente evolucionó favorablemente requiriendo un periodo corto de ingreso hospitalaria hasta la resolución de las alteraciones iónicas sin más complicaciones.

CONCLUSIONES

Tras la cirugía bariátrica se producen síndromes malabsortivos que pueden tener complicaciones graves, derivadas o no de las alteraciones iónicas, por lo que es importante conocer los antecedentes personales del paciente y así poder brindar un tratamiento optimo y precoz.
En este tipo de paciente es esencial un buen cumplimiento del tratamiento crónico junto con una dieta equilibrada.
Debemos confirmar los niveles de magnesio para poder iniciar un tratamiento correcto de la hipopotasemia e hipocalcemia, ya que si no corregimos la hipomagnesemia habrá una refractariedad para corregir tanto la hipocalcemia como la hipopotasemia.

P. #1872

HIPOPOTASEMIA. PRESENTACIÓN RARA

Aisha Alhasan Alahmad, Kilian Griñan, Andreu Simó
Consorci sanitari Terrassa (CST), Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Reconsulta a urgencias paciente mujer de 47 años con antecedentes de urticaria crónica, ovario poliquístico, hernioplastia supraumbilical realizada 3 meses previos a la consulta actual, refiriendo dolor abdominal localizado en flanco derecho, irradiado a mesogastrio intenso, de 2 semanas de evolución asociado a nauseas sin vómitos. Niega fiebre, síndrome miccional, alteraciones del hábito deposicional ni otra clínica.
Inicialmente valorada en nuestro centro como estreñimiento en tratamiento con laxantes, pero refiere persistencia de la clínica.
A nuestra valoración paciente con tendencia a la hipertensión, con buena frecuencia cardíaca y saturación, eupneica, afebril, con exploración abdominal que destaca dolorosa a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, con induración sin signos de irritación peritoneal. Se realiza analítica que muestra hipopotasemia grave, transaminitis, con alteración de valores adrenales valorados con ACTH, 17-hidroxipregnenolona, cortisol, metanefrinas y aldosterona.
Dados los resultados se decide realizar TAC toracoabdominal que muestra una masa suprarrenal derecha que orientan como carcinoma Suprarrenal o feocromocitoma.
Dados los hallazgos se ingresa al paciente en medicina interna orientando finalmente como carcinoma suprarrenal con metástasis hepáticas.

CONCLUSIONES

Ante una alteración importante del potasio con clínica de hipertensión arterial, la sospecha clínica principal era la feocromocitoma, por lo que se decide añadir el perfil hormonal para agilizar el diagnostico (dado que el resultado del perfil hormonal necesita días para obtenerlo), y se realizó tac abdominal para confirmar la sospecha clínica.
El tratamiento en urgencias se enfocó en establecer el estado general, y la hemodinamia de la paciente y evitar la afectación de órganos diana (corazón, cerebro, riñones).
Así que se inició tratamiento con potasio IV + potasio oral con antihipertensivos orales, posteriormente inicio de antihipertensivos IV por persistencia de tensión arterial elevada que se logró establecerla. Dado la estabilidad clínica, analítica, y hemodinámica de la paciente, se ingresa para completar el estudio.
En la planta se realiza PET TC con biopsia hepática que confirma el diagnóstico de Carcinoma suprarrenal productor de aldosterona.
El carcinoma suprarrenal es una enfermedad muy rara, con una incidencia de 0,5 a 2 por millón en todo el mundo, y su diagnóstico precoz se considera un desafío por su importancia de cara a la supervivencia del paciente.

P. #1875

REVISIÓN DEL USO DE ESCALA FAST EN EL TRIAGE EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Nayra Del Pino Cabrera González[1], José Manuel Pavon Monzo[1], Octavio Jiménez Vega[2], Octavio Jiménez Ramos[2]
1. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Arucas, España
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Las Palmas De Gran Canaria, España

INTRODUCCIÓN

El Accidente cerebro vascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, generando un importante impacto en el sistema de salud. Es una emergencia tiempo-dependiente y las acciones rápidas e integradas inciden en los resultados.
El diagnóstico y tratamiento urgente es esencial para el buen pronóstico del paciente. Sin embargo, identificar estos signos y síntomas es un reto, dado que éstos sólo son reconocidos en aproximadamente el 33-50% de los pacientes de manera adecuada. Entre las estrategias que existen para mejorar la identificación y el diagnóstico oportuno de los pacientes con ACV, numerosos estudios han resaltado la importancia del uso de escalas.
Se desarrollado múltiples escalas de uso prehospitalario y hospitalario frente a la sospecha de un ACV. En nuestro hospital se hace uso de la escala FAST (Face, Arm, Speech, Time) y FAST-ED (FAST- Eye y Denial) para reconocimiento precoz de esta patología. El problema de estas escalas radica en que evalúan la presencia de algunos síntomas típicos (alteraciones del habla, debilidad de extremidades, parálisis facial...), pero no chequean otras presentaciones cardinales menos frecuentes, ni tampoco la gravedad del ictus. Por ello, desde hace ya años, se tiende por parte del personal sanitario, al uso de escalas y métodos con mayor sensibilidad de detección tanto en prehospitalaria, como en las áreas de triaje hospitalaria.

OBJETIVO

Valorar la escala FAST y FAST-ED mediante el estudio de los pacientes que fueron atendidos con focalidad neurológica que fueron atendidos en el servicio de urgencias hospitalario, durante los últimos tres meses (Octubre Noviembre, Diciembre), más de 24 mil pacientes, que serán los pacientes objeto de nuestro estudio.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario calificados con motivo neurológico, en los 3 últimos meses, 2.827 pacientes, y se excluyeron aquellas patologías no Accidente cerebro vascular agudo.
De nuestra población se valora:
- Edad en tres grupos: menores de 50 años, entre 50 y 80 años y mayores de 80 años.
- Género: mujer o varón.
- Presentación cardinal.
- Activación del código ictus si o no

- Item que cumplen en la escala FAST/ FAST-ED.
- Diagnostico de ictus isquemico/hemorragico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El código ictus consiste en la protocolización de la atención y manejo de la patología ictus isquémico para conseguir disminuir el tiempo de inicio del tratamiento, aumentar las probabilidades de acceso del paciente a las terapias de reperfusión y permitir el acceso de los pacientes a una atención especializada.
La utilización en el triage de escalas de identificacion rápida de pacientes, como la escala FAST/FAST-ED, son ampliamente realizadas, fáciles de aprender y de realizar tienen una buena capacidad para identificar posibles pacientes con ictus pero no evalúan otras presentaciones menos frecuentes ni la gravedad del ictus.
En el estudio de la presentación cardinal del ictus, vemos que las formas más recuentes de presentación del ictus quedan dentro de los ítem evaluados por las escalas FAST, pero otras formas como el bajo nivel de consciencia, o la cefalea, quedan excluidas, hasta casi 1 de cada 4 pacientes.

CONCLUSIONES

Así pues es necesaria la combinación de la utilización de escalas de ayuda al diagnóstico, simplificadas, aunque en entornos hospitalarios se prefieren escalas ampliadas como las escala NIHSS, la búsqueda activa de las presentaciones cardinales de ictus, junto a la experiencia y habilidades del profesional de enfermería que realiza el triage, como clave del éxito necesaria en la detección de este grupo de pacientes.

P. #1877

SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR, UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA

María Lourdes Corisco Sánchez, Leyre Teresa Pinilla Arribas, Luis Martínez Fideu, Paula Fueyo García, Fernando Picón Serrano, Rebeca De Santiago Vivero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 71 años que acude a urgencias derivado de Atención Primaria por presentar disminución brusca de la agudeza visual del ojo derecho desde hace 24 horas, que apareció al levantarse la mañana del día previo. El paciente lo define como visión borrosa sin dolor ni aparición de luces o moscas ni sensación de cuerpo extraño. No presentaba otra sintomatología asociada.
A la exploración, auscultacion cardio-pulmonar normal. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas normorreactivas. Lenguaje sin alteraciones, compresión conservada. No disartria. Pares craneales: motilidad ocular extrínseca sin alteraciones. No paresia facial. Pares bajos sin alteraciones. No claudicación de miembros superiores ni inferiores. Sensibilidad táctil conservada. No dismetrías en EESS. Romberg negativo. Marcha sin alteraciones. Agudeza visual con optotipos: OD 0.4 sin mejoría, OI 1.
Se activa código ictus y solicita un TC cerebral con contraste, sin observase patología urgente. Posteriormente, neurología realiza un Eco-Doppler de TSA, que informan que en el eje carotídeo derecho existe una placa de ateroma al final de la arteria carótida común que no ocasiona estenosis significativa; y en el eje carotídeo izquierdo presenta una placa de ateroma en el inicio de la arteria carótida interna que tampoco ocasiona estenosis significativa. Arterias vertebrales sin alteraciones. En el Eco-Doppler transcraneal tanto en la ventana transtemporal como en la suboccipital, todas las arterias están permeables.
Neurología desactiva el código ictus y avisamos a Oftamología. En el fondo de ojo, el ojo derecho presenta la papila con bordes mal definidos en el sector superior, presentado hemorragias papilares y peripapilares en astilla. Además, informan de la presencia de un exudado algodonoso macular y hemorragias puntiformes maculares en los 4 cuadrantes. Se observa signo de cruce arteriovenoso. Realizan OCT macular, donde se observan quistes intrarregionales en OD, con fluido subretiniano y engrosamiento hiperreflectivo.
Se presentan dos posibles diagnósticos: oclusión de la vena central de la retina vs síndrome isquémico ocular OD.
Se da de alta al paciente, con antiagregación y se deriva a consultas de oftalmología para continuar el estudio, donde acaban diagnosticando de síndrome isquémico ocular de OD.

CONCLUSIONES

El síndrome isquémico ocular (SIO) es una entidad que se produce cuando hay la obstrucción del sistema carotídeo o en muy contadas ocasiones, de la arteria oftálmica.
Normalmente se produce por una estenosis debido a una placa de ateroma, pero también se han descrito casos por aneurismas disecantes de la carótida, vasculares y por algunas

enfermedades inflamatorias autoinmunes.
Es más frecuente en hombres (2:1), entre los 65 años y en el 20% de los casos es bilateral, siendo esta una entidad infradiagnosticada con una elevada morbimortalidad, que precisa de un diagnóstico temprano para prevenir la ceguera y reducir la mortalidad cardiovascular.
Los síntomas que suelen presentar abarcan la disminución de la agudeza visual, amaurosis fugax, moscas flotantes y rara vez dolor periocular, fotofobia, fosfenos y metamorfopsias.
En la evaluación del polo anterior puede verse neovascularizaciones, y en el polo posterior la presencia de hemorragias intrarretinianas en la periferia, así como microaneurismas, neovascularización del disco o en la retina y/o la presencia de manchas algodonosas, hemorragias vítreas, edema macular, entre otros. Es recomendable realizar una angiofluoresceinografía intravenosa, que en el caso del ojo afecto, se puede observar un enlentecimiento del llenado coroideo, un retardo del llenado arterial, un tránsito lento arteriovenoso y la tinción tardía de los vasos retinianos.
Puede asociarse a síntomas neurológicos y por ello, que impresione en un primer momento que la patología sea neurológica isquémica aguda, e infradiagnosticarse o retraso en su diagnóstico.
El tratamiento depende del vaso afecto, pero, como en la mayoría de los casos suele ser por afectación carotídea, la endarectomía parece ser el tratamiento más adecuado.

P. #1881

COMO CONSEGUIR MANTENER EL EQUILIBRIO EN UNA CUERDA FLOJA

Laura I. Tarrat Alcalde[1], M. Teresa Benavent Company[1], María Cardells Peris[1], Andrea Cantós López[1], Lucía Díaz Escrihuela[1], Ángela Soler Sanchis[2]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandía, España
2. Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 46 años, acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal por no aplicarse Insulina por robo de esta desde hace 4 días.
Tensión Arterial: 110/76, Frecuencia Cardiaca: 110, Temperatura: 36, Glucemia Capilar (GC): 391, Cuerpos Cetónicoa (CC): 7, Respiración Kussmaul, sequedad piel y mucosas.
En reconocimientos se realiza analítica + Gaso venosa en urgencias.
Tratamiento: Toujeo 40 (Unidades Internacionales) UI + Apidra 10-20-10 UI
Pasa a observación.
Observación
Analítica–> Glucemia: 406, Sodio (Na): 134, Potasio (K): 5.05, pH: 7.26, Bicarbonato E: 17.8, Lactato: 2.5, Fibrinógeno: 750
Resto sin alteraciones.
Tratamiento –>
(16:30 horas): Perfusión de Insulina 50UI Intravenosa + Suero Fisiológico (SF) 500 mililitros(ml) la 60 mililitros/hora (ml/h)
SF 1.000ml en 1 hora
GC: 121
(18:13 horas) GC: 191 Se retira perfusión de Insulina
(19:13 horas) GC: 220 Se administra Apidra 4UI (sc)
(21:45 horas) GC: 256 y CC: Hi
Se realiza Gasometría venosa en urgencia: pH 7.10, K 5,16, Bicarbonato E 15.2, Lactato 3
Inicio perfusión de insulina 70ml/h + Glucosa 10% (G10%) 45ml/h
(23 horas) GC: 202 y CC: 4.8
(0 horas) GC: 163 y CC: 4.3
Aumento G10% a 65ml/h
(1 horas) GC: 99 y CC: 2.1
Baja Insulina a 50ml/h y G10% a 40ml/h
(2 horas) GC: 55 y CC: 1.3
Baja Insulina a 20ml/h y G10% a 50ml/h
(3 horas) GC: 70 y CC: 1.2
Aumenta Insulina a 25ml/h y G10% a 70 ml/h
(5 horas) GC: 99 y CC: 0.8
(6:30 horas) GC: 108 y CC: 0.5
Baja Insulina a 10 ml/h y G10% 40ml/h
(8 horas) Inicia tolerancia –> positiva
(8:15 horas) GC: 125 y CC: 1.1
Aumenta Insulina a 20ml/h
Se administra Toujeo 40UI (sc) se inicia dieta para cetosis (líquidos abundantes y fruta) y tras 2 horas de administra Toujeo se retira perfusión de Insulina.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación grave de la diabetes tipo 1 que requiere una intervención rápida y adecuada para prevenir consecuencias severas, como el coma o la muerte. En el tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 1 que sufren de CAD, es esencial seguir un enfoque integral y multidisciplinario que incluya: remplazo de líquidos y electrolitos, insulina intravenosa (IV), monitoreo constante y tratamiento de la causa subyacente.

El tratamiento de la cetoacidosis diabéticadebe ser rápido, controlado y basado en un enfoque multidisciplinario para asegurar la estabilización del paciente, restaurar el equilibrio metabólico y prevenir complicaciones a largo plazo. La educación continua sobre la gestión adecuada de la diabetes, el seguimiento regular y la adherencia al tratamiento con insulina son claves para reducir el riesgo de recurrencias de cetoacidosis diabética.

Por desgracia, a pesar de los avances en el tratamiento de las urgencias en esta patología sigue siendo muy habitual no aplicarlos bien, suponiendo un grave perjuicio para el paciente y un aumento en los costes sanitarios.

Es una patología a la que no se da la suficiente importancia, nos centramos en aprender el tratamiento del infarto agudo de miocardio, el edema agudo de pulmón, las arritmias cardíacas, y en muchos casos llega a ser tan mortal como estas otras patologías.

Actualizaciones cetoacidosis diabética. Anales pediatría continuada 2014 (Elsevier); Manejo de cetoacidosis diabética. Revista médica Sinergia vol. 7, Num 7, Julio 2022; Cetoacidosis diabética. Erika F. Brutsaert MD, NewYork Medical College Oct 2023

P. #1882

DESAFÍO EN URGENCIAS: CUANDO EL DIAGNÓSTICO SE RETRASA Y EL PACIENTE PIERDE LA PACIENCIA

Marta Pérez Crespo, María José Martínez Nicolás, Mabel Coromoto Suárez Pineda, Isabel López Pelayo, Carlos Contreras García

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años, de origen ruso, con los siguientes antecedentes personales de interés:

- Hábito enólico moderado y fumador de ½ paquete diario desde hace más de 40 años
- Ictus isquémico de perfil lacunar hemisférico derecho
- SCASEST tipo IAM no Q en 2019. Valvulopatía mitral reumática. Intervenido de doble recambio valvular en 2021

Acude a urgencias por inicio de clínica de disnea y estridor al despertarse esa mañana. Asocia disfonía. No tos, no fiebre ni otra clínica asociada.

A la exploración física, presenta constantes estables con Saturación de O2 98% sin oxigenoterapia. Auscultación cardiopulmonar normal y exploración de cavidad oral sin alteraciones, aunque sí se aprecia estridor en reposo y sialorrea. Se le administra Urbason 120 mg intravenoso (iv) así como nebulización con budesonida y posteriormente con adrenalina, sin mejoría clínica.

La clínica del paciente progresa y presenta empeoramiento de la sialorrea, dificultad para articular palabras, sensación de adormecimiento de la boca y de hinchazón facial. Se administra entonces polaramine intravenoso y Actocortina 175 mg iv.

Se realiza interconsulta al servicio de otorrinolaringología, que realiza fibroscopia sin encontrar ninguna causa por su parte que justifique la clínica descrita. Se realiza también Tomografía computarizada (TAC) simple de cráneo y TAC con contraste de cuello-tórax, que también resulta normal.

Se explora de nuevo al paciente, se aprecia entonces paresia facial central derecha con componente superior, desviación de la lengua hacia el lado derecho con dificultad para moverla y disartria grave/anartria. Escala NIHSS 7 puntos. Ante la sospecha de origen neurológico de la clínica descrita se realiza protocolo de neuroimagen de Código Ictus, con TAC simple/perfusión/angiotomografía computarizada que descarta lesión isquémica aguda u oclusión/disección arterial. Ante la sospecha de infarto agudo bulbar se contacta con el servicio de Neurología de referencia que acepta traslado a la unidad de ictus.

CONCLUSIONES

El ictus bulbar afecta el bulbo raquídeo, lo que provoca una clínica variada y a menudo inespecífica debido a la afectación de múltiples núcleos nerviosos y vías. Los síntomas más frecuentes incluyen disartria, disfagia y paresia lingual, acompañados de voz nasal o disfonía por parálisis de las cuerdas vocales. También pueden presentarse sialorrea, hipo o estridor en casos graves, debido a la afectación del nervio vago o del centro respiratorio. El síndrome de Wallenberg (infarto bulbar lateral) es una de las presentaciones más típicas y se caracteriza por vértigo,

ataxia, hipoestesia facial ipsilateral y pérdida de la sensibilidad contralateral del tronco y las extremidades, junto con disartria y disfagia.
Este caso clínico destaca la complejidad diagnóstica de los ictus bulbares, que pueden presentarse con síntomas atípicos, simulando otras patologías. Nuestro paciente acudió al servicio de urgencias por disnea, estridor y disfonía, sin fiebre ni tos, lo que inicialmente llevó a sospechar un cuadro otorrinolaringológico o una posible reacción alérgica. A pesar del tratamiento con corticoides y adrenalina, la clínica progresó con empeoramiento de la sialorrea, adormecimiento facial y dificultad para articular palabras. La fibroscopia y el TAC inicial fueron normales, lo que dificultó aún más el diagnóstico.
La clave para la sospecha de ictus fue la reevaluación clínica, donde se evidenció paresia facial central derecha, desviación lingual y disartria, sugiriendo un posible origen neurológico. Ante estos hallazgos, se activó el protocolo de Código Ictus y se realizó neuroimagen avanzada.
Este caso resalta la importancia de la exploración física detallada y la reevaluación periódica, que permitieron detectar signos sutiles de afectación neurológica. El caso refleja la necesidad de incluir el ictus en el diagnóstico diferencial de síntomas como disfonía, estridor y disartria de inicio brusco, sobre todo en pacientes con antecedentes cardiovasculares, para evitar retrasos diagnósticos y optimizar el tratamiento.

P. #1883

NO ESTOY LOCA!!!

Irene García López De La Osa, Irene Arnanz González, Cecilia Carrasco Vidoz, Isabel Cornejo Mazzuchelli, Carlos Bibiano Guillén, Esther Rodríguez Adrada

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 22 años etnia gitana traída por SUMMA por sospecha de crisis comicial
Antecedentes personales No ramc, no fumadora ni tóxicos. Obesidad y dermatitis seborreica AP cesáreas (la última hace 9 meses)y en tto con depo-progevera Traída a urgencias por presentar en su centro de salud dos episodios presenciados descritos como desvanecimiento con pérdida de conciencia de aproximadamente 1 min, con recuperación espontánea sin periodo postictal y estable HD. Posteriormente tercer episodio de aparente crisis de ausencia, seguida de convulsión tónico-clónica de dos minutos de duración, con recuperación completa posterior. La paciente refiere intenso estrés psico-emocional asociado a la crianza de tres hijos con deprivación absoluta de sueño en las últimas 48h y cefalea tensional asociada.
Durante su estancia en urgencias, refiere nuevamente sensación de mareo, seguido de desconexión del medio, con cierre ocular de segundos de duración, con hiperventilación y movimientos de extensión corporal en tronco, no tónico-clónicos y taquipnea que ceden tras la administación de mascarilla con reservorio cerrado. No postcritico.
Ante la sospecha de síndrome conversivo se solicita interconsulta a psiquiatría, que tras valorar a la paciente es diagnosticada de probable crisis de ansiedad en contexto de estrés psicoemocional y se inicia tratamiento con lorazepam, siendo posteriormente dada de alta de urgencias.
La paciente acude de nuevo a urgencias a las 48h por misma clínica por lo que se solicita valoración por neurología, junto con TAC craneal y posteriormente EEG. En el TAC se describe hemorragia hipofisaria probablemente secundaria a necrosis y adenoma adenohipofisario derecho sin poder descartar otras causas. El EEG se observa una pseudocrisis tras fotoestimulación, y en el ECG solo leve taquicardia.
Con este diagnóstico es derivada a Neurocirugía, donde se completa estudio mediante RMN de hipófisis con diagnóstico de lesión hipofisaria con contenido hemorrágico agudo, concordante con apoplejía hipofisaria
La lesión abomba el diagrama selar aunque sin comprimir estructuras supraselares, incluyendo la vía óptica. Tras el diagnostico se inicia tto con corticoides a altas dosis, y posteriormente con hidroaltesona de mantenimiento.

CONCLUSIONES

Un aprendizaje que podemos obtener es que debemos ser muy exquisitos con la historia clínica que es la base para poder dirigir la solicitud de pruebas diagnosticas , tan importante son los antecedentes medico-personales como la sintomatologia que presenta el paciente Se destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario, involucrando diferentes especialidades médicas, para lograr un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado, como en este caso, donde se identificó una hemorragia hipofisaria y se administró el tratamiento correspondiente.

P. #1886

NADA COMO UNA BUENA FOTO A TIEMPO

Laura I. Tarrat Alcalde[1], M Teresa Benavent Company[1], María Cardells Peris[1], Ángela Soler Sanchis[2], Lucía Díaz Escrihuela[1], Andrea Cantós López[1]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandía, España
2. Universidad de Valencia Facultad de Enfermería y Podología, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

3:10 horas, mujer 86 años, acude a urgencias por caída desde su altura tras mareo, herida en zona occipital tras golpearse en la mesilla de noche. No pérdida de consciencia.
Tensión Arterial: 152/79; Frecuencia Cardiaca: 97; Saturación: 98%; Temperatura: 36.1; Glasgow: 15; Glucemia: 159
Antecedentes Personales: Prótesis valvular, sintrom
Exploración: Consciente y orientada en tiempo, espacio y lugar, pupilas isocóricas y normorreactivas, habla conservada y coherente, pares craneales íntegros. Fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas en las cuatro extremidades. No alteración de la marcha. No Romberg ni rigidez de nuca.
Herida inciso contusa de 0.5 centímetros en zona occipital en la que se aplica ágrafe.
Analítica anodina.
Se solicita TAC craneal para realizar por la mañana.
A las 3 horas de su estancia en urgencias (6:20 horas) inicia pérdida de visión brusca y posterior deterioro neurológico progresivo rápido.
Se realiza TAC craneal de urgencia apreciándose gran hematoma subdural agudo frontoparietotemporal izquierdo de hasta 3 cm de espesor máximo con desplazamiento de la línea media hasta 16mm con obliteración parcial del ventrículo lateral izquierdo y de las cisternas perimesencefálicas por herniación trastentorial.
Se realiza interconsulta con Neurocirujano de guardia que descarta cualquier actuación.

CONCLUSIONES

En este caso la pregunta sería ¿qué ha sido primero, la hemorragia subaragnoidea o el traumatismo craneoencefálico tras el mareo?
Es difícil de determinar.
En hospitales comarcales de 2° nivel (como es nuestro caso), es frecuente no poder realizar pruebas de imagen a partir de ciertas horas de la noche, a no ser que esté muy justificado, repercutiendo todo ello en el diagnóstico tanto diferencial como definitivo y por lo tanto en el adecuado tratamiento del paciente.
Es cierto, que en este caso en concreto la paciente no presentaba alteración neurológica que pudiera alertar, pero está en tratamiento con sintrom. Estos pacientes tienen un riesgo elevado de sufrir hemorragias, especialmente cuando la anticoagulación no se ajusta de manera adecuada, o cuando existen factores adicionales como enfermedades subyacentes, interacciones medicamentosas o incumplimiento del tratamiento.
Si hubiera habido la disponibilidad de realizar pruebas de imagen durante toda la noche ¿habría cambiado algo?

Es algo que no podremos saber, quizás habría acontecido el mismo resultado pero siempre nos quedará esa duda.
Por desgracia, con los tiempos que estamos viviendo cada vez es más difícil encontrar radiólogos dispuestos a realizar guardias en hospitales comarcales por las circunstancias que los rodean, lo que conlleva la frustración en el resto de profesionales al no poder realizar un diagnóstico correcto y en consecuencia a la peor atención del paciente.
¿Podremos solucionar en algún momento, estos problemas que sufre la sanidad española?

Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Elsevier (2014); Actualización en hemorragia subaragnoidea. Medicina general y de familia (2021); Anticoagulación crónica en pacientes con FA y hemorragia intracaneal espontánea. Carprimaria (2023)

P. #1899

FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Francisco José Niño Azcárate, Marta Cabrera Vera, Germán Pérez Fajardo, Ignacio Ayala Barroso

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 62 años, con antecedente de HTA, DM2, dislipemia, SAHOS, obesidad y episodio de miocarditis aguda hace cinco años y SCASEST tipo MINOCA hace dos años, además de múltiples episodios de emergencia hipertensiva con triada de cefalea, hiperglucemia e hipertensión. Es traída al servicio de urgencias por un cuadro de fluctuación del nivel de consciencia con tendencia a la somnolencia asociado a cifras tensionales elevadas (220/110 mmHg). No presenta dolor torácico ni clínica de insuficiencia cardíaca. No asocia otra focalidad neurológica.
Al llegar a la unidad de críticos, se monitoriza a la paciente persistiendo cifras tensionales elevadas y se realiza EKG y radiografía de tórax que son normales, así como una gasometría venosa que muestra lactato elevado (6 mmol/L) e hiperglucemia (660 mg/dL) con cetonemia negativa. Se extrae analítica de sangre donde destaca troponina ultrasensible positiva con amilasa elevada (246 U/L) y PCR negativa; iones y función renal normal, y en el hemograma destaca una leucocitosis 19.000/mm^3 (con 17.790 neutrófilos) con coagulación normal.
Se inicia perfusión de insulina endovenosa y control de la presión arterial con varios bolos de labetalol (100 mg en total) con escaso control de la misma. Se administra una dosis de urapidilo 25 mg con control momentáneo. Ante el estado de consciencia anormal de la paciente se realiza TC cerebral que no muestra hallazgos patológicos. Durante este tiempo, se solicita valoración por Medicina Intensiva que desestima ingreso, considerando que estamos ante una encefalopatía hipertensiva.
A las dos horas, se presenta un nuevo pico de presión arterial y se realiza seriación de troponina que está en ascenso (de 0,7 a 3 ng/mL), sin cambios electrocardiográficos y sin dolor torácico. No obstante, Cardiología valora a la paciente sin evidenciar hallazgos patológicos graves. Debido a la persistencia de la hipertensión se consulta con Nefrología que recomienda iniciar tratamiento con doxazosina 4 mg y nifedipino 30 mg por vía oral. Tras lo cual la paciente experimenta un cuadro de hipotensión mantenida asociado a hipoxemia. Ante la posibilidad diagnóstica de TEP, se realiza un angio-TC de tórax descartándose el mismo.
La paciente mantiene la misma clínica, con mejoría progresiva de las cifras tensionales, pero con el mismo bajo nivel de conciencia, lo que obliga a revisar las causas de hipertensión secundaria. Para descartar un feocromocitoma, una de las causas de hipertensión secundaria resistente a tratamiento antihipertensivo, se revisan los cortes inferiores del angio-TC realizado, identificando una lesión sospechosa en la glándula suprarrenal derecha.
Se realiza interconsulta con Endocrinología – Medicina Interna que ingresa a la paciente y lleva a cabo estudios analíticos que incluyen catecolaminas y metanefrinas en plasma, así como un

TC de glándulas suprarrenales, que confirman el diagnóstico de feocromocitoma.

CONCLUSIONES

El feocromocitoma es un tumor raro de las glándulas suprarrenales que se caracteriza por la producción excesiva de catecolaminas, lo que lleva a episodios de hipertensión paroxística. Aunque su prevalencia es baja, representa una causa importante de hipertensión secundaria resistente a tratamiento.
El diagnóstico de feocromocitoma puede ser desafiante debido a la variabilidad en la presentación clínica. Los síntomas como crisis hipertensiva, cefalea, sudoración, palpitaciones y ansiedad son inespecíficos y pueden confundirse con otros trastornos comunes, como la hipertensión primaria o el síndrome de ansiedad. Es vital la sospecha diagnóstica temprana para prevenir complicaciones graves como crisis hipertensivas severas con daño orgánico asociado. La resección quirúrgica del feocromocitoma es el tratamiento definitivo.
En conclusión, el feocromocitoma, aunque poco común, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de hipertensión secundaria resistente. Este caso ilustra la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado de la hipertensión para que no se escape ninguna causa potencialmente grave de la misma.

P. #1900

PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ: UN RETO EN URGENCIAS

Libertad Goya Arteaga[1], Belén Alemán Santana[1], Patricia Delgado Melchor[1], María Nayibe González Lorenzo[1], Héctor Cabrera Galván[2]

1. Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España
2. Servicio De Urgencias De Los Gladiolos, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

*MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 35 años sin alergias, consumo de tóxicos ni antecedentes de interés sin tratamiento domiciliario, salvo anticonceptivos orales, que acude por debilidad generalizada, alteraciones sensitivas en las cuatro extremidades e imposibilidad para cerrar los ojos, de curso progresivo de 2-3 semanas de evolución. Días atrás, la paciente había acudido al servicio de Urgencias por presentar un cuadro clínico febril, en el contexto de síntomas inespecíficos de las vías respiratorias superiores, con dolores musculares generalizados. Paralelamente, la enferma refiere debilidad generalizada acompañada de alteraciones sensitivas, a modo de hormigueos, principalmente en las extremidades superiores. Además, comenta problemas para cerrar los ojos y mover los labios, algún atragantamiento aislado y disgeusia, mencionando que algunos alimentos le sabían "salados". Niega síntomas similares previamente.
*EXPLORACIÓN FÍSICA: estable hemodinámicamente, afebril. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos patológicos, no lesiones cutáneas. Neurológica: consciente y orientada en las tres esferas, sin alteraciones en el lenguaje y/o del habla. MOEs sin limitaciones, no se observaron hemianopsias. Leve exoftalmos bilateral junto a una paresia facial periférica bilateral. Resto de pares craneales bajos normales. Balance motor 4+/5 de forma global. Reflejos musculares clínicos abolidos en las extremidades superiores e hipoactivos en las inferiores. No se documentaron hipopalestesias y marcha ligeramente inestable debido a mínima debilidad en los miembros inferiores.
*PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Hemograma, tiempos de coagulación y bioquímica sin hallazgos relevantes.
- Sistemático de orina: sin alteraciones y Tóxicos en orina: negativos.
- Radiografía de tórax postero anterior y lateral: ausencia de infiltrados parenquimatosos.
- TAC de cráneo sin contraste: no se aprecian anomalías ni diferencias interhemisféricas de significado patológico.

Ante clínica de déficit neurológico de curso subagudo, compatible desde el punto de vista semiológico con una alteración del sistema nervioso periférico, se amplía estudio con inmunoglobulinas, cadenas ligeras y proteinograma además de detección de anticuerpos y se contacta con el Servicio de Neurología, quienes, tras valoración de la paciente y misma sospecha diagnóstica deciden completar estudio con:
- Resonancia magnética cerebral: estudio dentro de los límites la normalidad.

- Electroneurograma-Electromiograma: se registran hallazgos compatibles con una polirradículoneuropatía sensitivo-motora, de carácter desmielinizante, con afectación de MMSS y MMII, longitud dependiente y simétrica. Probable polirradiculopatía desmielinizante aguda inflamatoria por la clínica y hallazgos neurofisiológicos que se confirma dado misma prueba de control a los 10 días.

*JUICIO DIAGNÓSTICO: SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ, SUBTIPO POLIRRADICULONEUROPATÍA AGUDA INFLAMATORIA DESMIELINIZANTE, PRESENTACIÓN DESCENDENTE.

*EVOLUCIÓN: ante la sospecha clínica de polirradiculopatía sensitivo-motora aguda se instauró en Urgencias tratamiento con inmunoglobulinas inespecíficas por vía intravenosa y se trasladó a planta de Neurología, donde se terminó de ampliar estudio con las pruebas complementarias mencionadas (resonancia magnética y electroneuromiograma) pudiendo confirmarse el diagnóstico de sospecha; resultados de laboratorio solicitados en Urgencias sin hallazgos patológicos salvo IgM Citomegalovirus dudoso. Clínicamente, la paciente experimentó una notable mejoría recobrando la sensibilidad gustativa en los dos tercios anteriores de la lengua y el balance muscular en las extremidades, así como la capacidad de ocluir por completo el ojo derecho y parcialmente el izquierdo. Finalmente la paciente pudo ser dada de alta con posterior control en consultas con evolución satisfactoria hasta alta de las mismas.

CONCLUSIONES

Esta patología presenta un alto rango de incidencia en nuestro medio diagnosticándose en su mayoría en su presentación típica con diagnóstico tardío o infradiagnóstico de sus variantes atípicas. La actualización de conocimientos de dichos patrones conlleva un aumento del umbral de sospecha clínica y mayor capacidad de detección precoz por nuestra parte desde su llegada a Urgencias, permitiendo el comienzo de tratamiento, aún a la espera de la totalidad de resultados de pruebas del protocolo diagnóstico, y una óptima recuperación de los pacientes.

P. #1901

NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS

Belén Alemán Santana[1], Héctor Cabrera Galván[2], Libertad Goya Arteaga[1], Patricia Delgado Melchor[1]

1. HUSNC, Santa Cruz De Tenerife, España
2. SNU Los Gladiolos, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 84 años con antecedentes de marcapasos por fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con acenocumarol, hipertensión arterial, depresión y síndrome de apnea del sueño e hipoacusia acude al servicio de urgencias por dolor lumbar. La paciente refiere que tras incorporarse de la cama comienza con dolor urente en región lumbar y paresia progresiva en ambos miembros inferiores con limitación completa de la marcha y la movilidad activa.

A su llegada estable hemodinámicamente: Tensión arterial 130/85 mmHg, Frecuencia Cardiaca 100 latidos por minuto, Saturación de oxígeno 100% basal, afebril. Auscultación cardiopulmonar con ruidos arrítmicos con soplo sistólico aórtico panfocal. Exploración neurológica: consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora, no disprosexia, pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales normales. No alteración del lenguaje ni del habla. No alteración de la sensibilidad. Reflejos conservados. Respuesta cutáneo plantar con flexor bilateral. Destaca balance muscular en miembro inferior izquierdo III/V y en miembro inferior derecho II/V. No dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsolumbares ni musculatura paravertebral lumbar. Lassegue y Bragard negativo.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hb:12´8g/dl, HTC:38´9%, Leucocitos:13´6 10E3/uL, Neutrófilos:11´73 10E3/u, TP:19´5s, INR:1´74, PCR:0´06 mg/dL, Creatinina:0´79mg/dL, Na+:136mmol/L, K+:3´14mmol/L, CK:42U/L, Mioglobina:52ng/ml.
- Radiografía lumbar: Artrosis de columna lumbar. No aplastamiento vertebral. Picos de loro. No líneas de fractura aguda.
- TAC dorso-lumbar: Hiperdensidad global de región posterior del saco tecal desde nivel dorsal alto (aprox. D3) hasta la charnela lumbosacra con preservación de la grasa epidural, que sugiere hematoma subdural espinal dorso-lumbar extenso desde D3 hasta L5-S1.
- Imposibilidad de realización RMN (portadora marcapasos).

CONCLUSIONES

El Hematoma Subdural del conducto raquídeo es una patología poco frecuente asociada a una gran variedad de factores predisponentes entre los que se incluyen: coagulopatías, tratamiento anticoagulante, Punción lumbar, Malformaciones vasculares y Traumatismos entre otros.

Es importante reconocerlo ya que conlleva a la compresión del cordón medular y debe ser valorado para decidir intervención lo antes posible, y así, evitar que ocurra un daño medular irreversible. Por lo que hay que incidir en realizar una adecuada anamnesis y exploración física para ayudar a orientar el diagnóstico, así como diagnósticos diferenciales y exploraciones complementarias posteriores ante lumbalgias y lesiones paraparéticas.

P. #1906

LA MANIA DE BAILAR

Alejandra Blanco García[1], Patricia López Tens[1], Luis Prieto Lastra[1], María Soledad Díaz-Rivavelarde Arozamena[1], Marlen Elena Guerra Hernández[2], Diana Fernández Torre[2]

1. Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander, España
2. Centro De Salud Castro Urdiales, Castro Urdiales, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años, con antecedentes personales de cirrosis hepática de origen OH Child A con varices esofágicas con gastropatía hipertensiva además de aplastamientos vertebrales con diagnóstico de osteoporosis.
Acude a urgencias remitida desde la residencia donde vive por confusión y agitación. No clinica
infecciosa a ningún nivel ni fiebre en días previos.
A la exploración agitada, orientada en persona. Eupneica en reposo con Sat O2 basal 99% Frecuencia cardiaca 74lpm, con tensión arterial 156/77mmHg, sin fiebre. Buena perfusión distal. Normocoloreada. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, sin dolor a la palpación. No signos de ascitis. Puño percusión bilateral negativa. Extremidades inferiores sin edemas, sin signos de trombosis
venosa profunda y con pulsos pedios presentes. A nivel neurológico la exploración dificultada por
agitación, pero presenta asterexis con movimientos involuntarios en hemicuerpo izquierdo.
Para valoración de la paciente, se solicita bioquímica con función renal, proteína C reactiva, pruebas de función hepática, amonio, hemograma y coagulación, además de elemental y sedimento, tóxicos en orina y etilglucurónido. Además, se solicitan hemocultivos y tac craneal.
La analítica pone de manifiesto aumento de pruebas de función hepática (similares a las basales), con reactantes de fase aguda negativos pero con amonio alto. El elemental y sedimento negativo, con tóxicos y etilglucurónido negativos. La tomografía axial computarizada (TAC) craneal no revela datos de isquémia o hemorragia aguda.
Fue valorada por Digestivo no considerando descompensación digestiva. Se realizó un vídeo de los movimientos para estudiarlos con más precisión y se decidió ingreso en Neurología para completar proceso diagnóstico.

CONCLUSIONES

La palabra corea viene de un término griego que significa “danza”. Se comienza a describir ya en la
Edad Media como “mania del baile”, aunque no fue hasta el siglo XIX cuando se describe un sindrome, la Corea de Huntington.
Se trata de movimientos incesantes e involuntarios. Puede ser de origen idiopático (primaria) o adquirida (secundaria). Las adquiridas suelen ser de rápida aparición y pueden ser asimétricas o unilaterales. Cuando hay una corea unilateral hay que descartar una lesión orgánica (vascular) aunque en general es debido a un desorden endocrino (como hiperglucemia), enfermedad autoinmune, síndrome antifosfolípido, policitemia vera, infecciones, tóxicos... La degeneración hepatocerebral crónica secundaria a enfermedades hepáticas podria ser una de las causas de corea secundaria.
La corea secundaria suele resolverse tras tratar la causa subyacente. Para mejorar los sintomas podrían emplearse neurolépticos primarios aunque no hay clara evidencia en su eficacia. Los neurolépticos atípicos pueden usarse y tienen mejor perfil de seguridad. Incluso en algunos pacientes los antiepilépticos podrían mejorar la sintomatología aunque no hay evidencia suficiente.
A nuestra paciente se le ingreso en la planta de Neurología para realizar estudio de la corea. Se solicitó perfil inmunológico, antifosfolípido y anticuerpos antineuronales, además de resonancia magnética cerebral. Todos los estudios fueron negativos excepto por el amonio que fue en descenso con tratamiento específico para la encefalopatía hepática (disacáridos no absorbibles, dieta baja en proteinas). Presentó evolución favorable y fue dada de alta a la residencia de nuevo con diagnóstico de corea aguda de probable origen metabólico.

P. #1909

DE GUINEA ECUATORIAL A FALLO MULTIORGÁNICO

Lucía Fernández Gutiérrez, Cristina Peña Busto, Manuel Alejandro Velasquez Gómez, M Isabel Álvarez Nozal, Noelia Vicario Jiménez, Javier Oraá Pérez

Hospital Santos Reyes, SACYL, Aranda De Duero, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 71 años es traído a Urgencias por el Soporte Vital Avanzado desde su domicilio por empeoramiento de su estado general tras cuatro días con náuseas, vómitos y deposiciones diarreicas.

A tratamiento con atorvastatina, edoxabán, bisoprolol y flecainida debido a fibrilación auricular paroxística y dislipemia, sin alergias medicamentosas.

A la llegada el paciente está deshidratado, importante palidez cutánea y livideces en decúbito, no responde a estímulos, presenta pupilas midriáticas arreactivas, sin pulso. Se traslada al paciente al box de reanimación, se monitoriza, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar y se realiza intubación orotraqueal y sondaje vesical. Tras la primera dosis de adrenalina el paciente sale de la parada cardiaca con visualización en el electrocardiograma de segmento QRS ancho, tensión arterial de 98/82 mm(hg), a 92 lpm, glucemia capilar de 88 mg/dl.

Su mujer cuenta que han estado en Guinea Ecuatorial 7 meses. El mes pasado, mientras se encontraban allí, el paciente requirió atención médica por cuadro gastrointestinal, se realizó una analítica sanguínea con gota gruesa y se le diagnosticó paludismo, salmonelosis y anemia, se inició tratamiento con Arteméter intramuscular, amoxicilina/ácido clavulánico y albendazol. Tres días después regresan a España y el paciente acude a revisión con su médico de Atención Primaria. En analítica se objetiva una hemoglobina de 11 g/dL y leve trombocitosis sin otras alteraciones. Una semana después de finalizar tratamiento, inicia sintomatología gastrointestinal que va empeorando hasta la llegada a Urgencias.

En analítica de Urgencias: hemoglobina 6,5 g/dL, plaquetas 27.000 uL, leucocitos 14.900 uL, glucemia 70 mg/dL, creatinina 3,69 mg/dL con CKD-EPI 16 mL/m/1.73, potasio 6,96 mEq/L, Proteína C Reactiva de 329,5 mg/L, procalcitonina de 178 ng/mL, bilirrubina total 4,10 mg/dL a expensas de la bilirrubina directa 2,41 mg/dL, troponina alta sensibilidad 162,3 y ácido láctico mayor de 17 mmol/L. En gasometría arterial: pH de 6,87, bicarbonato de 6,2 mEq/L. En gota gruesa se objetivan un 32% de parasitación de Plasmodium Falciparum (criterio de malaria grave).

Se inicia tratamiento intravenoso con bicarbonato, suero glucosado al 10%, gluconato cálcico 10%, perfusión de noradrenalina y concentrado de hematíes.

Se toman nuevas constantes: tensión arterial de 64/48 mm(hg) a 74 lpm, 35,4°C y glucemia de 27 mg/dl, se modifica tratamiento pasando a suero glucosado al 50%. Se comenta caso con Unidad de Cuidados Intensivos de hospital de referencia, se decide traslado inmediato en ambulancia medicalizada.

Gasometría arterial: pH 7,04 y bicarbonato de 11,1 mEq/L. Constantes: tensión arterial 66/55 mm(hg), glucemia capilar 194 mg/dl.

Tras 10 minutos de trayecto en ambulancia medicalizada, el paciente entra en nueva parada cardiorrespiratoria y la ambulancia decide regresar para intentar estabilización. Tras 25 minutos de reanimación cardiopulmonar sin respuesta se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos que desestima continuar con maniobras de reanimación. Fallecimiento del paciente por fallo multiorgánico en contexto de infección grave por Plasmodium Falciparum.

CONCLUSIONES

Plasmodium Falciparum es el parásito protozoo responsable de la forma más grave de malaria. Se transmite a través de la picadura de mosquito Anopheles. Su patogenicidad se basa en la adhesión de los eritrocitos parasitados al endotelio vascular provocando obstrucción capilar y disfunción tisular, que puede terminar en fallo multiorgánico y acidosis metabólica. Sus síntomas son inespecíficos, pudiendo retrasar el diagnóstico en zonas no endémicas.

El tratamiento de elección de malaria grave artesunato intravenoso en combinación con antibioterapia, si no hay acceso a tratamiento intravenoso existe una alternativa intramuscular,el Artémeter.

El tratamiento temprano reduce significativamente la mortalidad, el diagnóstico precoz es clave en pacientes con antecedentes de viaje a zonas de malaria, además se debe cumplir correctamente la profilaxis antipalúdica según el área endémica visitada.

P. #1914

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN VARÓN JOVEN

Cristina Guerra Feo[1][2], Guillermo Giménez Murcia[1], Miguel Martínez Barca[1][2], Patricia García Gómez[1][2], Yolanda Gómez López[1][2]

1. CS Dra Teresa Piqué- Son Pisà, Palma, España
2. UDMAFYC Mallorca, Palma, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 28 años, antecedentes de asma, DM2, depresión, taquicardia, abuso de alcohol y cocaína. Acude a centro de urgencias no hospitalario, por dificultad para la micción las últimas 10h. No fiebre ni patología previa urológica. En tratamiento actual con múltiples fármacos nuevos tras salida de centro de deshabituación de alcohol y cocaína, explica había dejado de tomar varios fármacos antiguos y hace 2 días ha vuelto a reiniciar diazepam a dosis más altas que previas (10 mg c/8h), alprazolam 0.5 mg día si pecisa, pregabalina 50 mg c/12h y topiramato 50mg c/8h que no tomaba previamente, además de Aripripazol desde hace 10 días, y crónicos: bisoprolol 5 mg, hidroxil, y Escitalopram 20 mg. También por reciente diagnóstico de diabetes tipo II, Metformina/Dapaglifozina c/12h. Niega consumo de tóxicos, no fiebre ni otros síntomas.
Contantes vitales en valores normales, en exploración destaca dolor en hipogastrio y sospecha de globo vesical. Se realiza en Urgencias ecografía abdominal que lo confirma y descarta alteraciones renales señalables. Se realiza sondaje productivo con mejoría sintomática. Se revisa analítica sanguínea realizada hacía 6 días con buena función renal y dada la mejoría clínica se decide alta y retirada del sondaje en 24h, además reducción de diazepam.
Orientación Diagnóstica: Retención Aguda de Orina (RAO) secundaria a fármacos. Efectos secundarios de sobredosificación con BZD asociado a otros fármacos.
Discusión: Las causas de RAO, por orden de frecuencia son: obstructivas, farmacológicas, inflamatorias/infecciosas (prostatitis/uretritis), nerológicas. Este caso, dada la anamnesis, exploración física y ecografía realizada, la causa más probable es la farmacológica, toma recientemente varios fármacos que describen en ficha técnica posible reacción adversa de retención urinaria tanto con benzodiacepinas como con Aripiprazol, Escitalopram y Pregabalina, si bien destaca dosificación más elevada de benzodiacepinas, y posible sinergia entre ellos.
Indicaciones de hospitalización serían: sepsis, insuficiencia renal (RAO de muchas horas de evolución), sospecha de malignidad, compresión medular y ancianos con eventos precipitantes (neumonía, accidente cerebrovascular, etc.).
Tiempo medio para retirada de la sonda de 1-3 días (en este caso vida media de benzodiazepinas 1-2 días) y dado el cambio en terapia se citó a las 24h. Se puede asociar alfa-1-bloqueadores al sondaje.

CONCLUSIONES

Conclusión: la RAO es la urgencia urológica más frecuente a nivel hospitalario (en Atención Primaria las infecciones de orina). A nivel de urgencias extrahospitalarias es posible su diagnóstico haciendo una buena anamnesis y exploración física sin otras pruebas complementarias. En el estudio de causas, destaca además el uso de la ecografía, ahora cada vez más disponible, pudiendo con ella descartar causas secundarias y complicaciones, si bien es necesaria la formación y experiencia. Su manejo y tratamiento puede ser en muchos casos inmediato pudiendo altar al paciente al domicilio y retirando el sondaje en 1-3 días, si bien hay que tener en cuenta las complicaciones y valorar todas las posibles causas.

Bibliografía:
-Glen W Barrisford, MD, MS, MPH, FACS, Graeme S Steele, MBBCh, FCS (2024). Acute urinary retention. Uptodate.
-Naval Pulido M, Lleal Barriga C. Retención aguda de orina. AMF 2016;12(3)

P. #1939

¿CÓMO ME QUITO ESTE DOLOR?

Ruth Nathaly Estupiñan Paredes[1], David Iglesias Pedemonte[1], Natalia Estefania Cachay Gómez[2], José Farith Serrano Rojas[1], Lorena María José Gauto Ibarrola[1], Sara Córcoles García[3]

1. Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España
2. Hospital Comarcal de Jarrio, Jarrio, España
3. Centro de salud de Llanes, Llanes, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 49 años, quien trabaja como transportista, extabaquismo, obeso y con antecedente de único episodio de engrosamiento de sigmoides hace 13 años. Consulta al servicio de urgencias por dolor en hemiabdomen inferior desde hace 48 horas, que empeora con la marcha y mejora al estar sentado, sin otra sintomatología asociada. Refiere haber ingerido metamizol sin mejoría.
En el examen físico se encuentra taquicárdico (frecuencia cardiaca 103lpm), abdomen blando, no distendido, doloroso en fosa iliaca izquierda e hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Durante estancia en urgencias se indica paracetamol intravenoso sin mejoría, se realiza analítica con evidencia de leve leucocitosis y neutrofilia, Proteína C Reactiva (PCR) levemente elevada. Por lo cual, se considera ampliar estudios con tomografía abdominal contrastada evidenciando así: "signos de diverticulosis sigmoidea con moderado engrosamiento mural segmentario, de desarrollo sustancialmente concéntrico y asociado a discretas alteraciones tomodensitométricas de características inflamatorias en el mesosigma, con presencia de claras burbujas aéreas en el seno del meso. Hallazgos que en conjunto permiten establecer el diagnostico de una sigmoidediverticulitis perforada, aunque el proceso inflamatorio se haya contenido en el seno del propio meso y sin colecciones organizadas ni liquido libre intraperitoneal".
Ante hallazgos se hospitaliza paciente y se realiza tratamiento conservador con reposo intestinal, hidratación y antibioticoterapia intravenosa, con adecuada respuesta.

CONCLUSIONES

Se debe tener en cuenta que los signos y síntomas inespecíficos en dolores abdominales, nos obligan a descartar enfermedad diverticular, puesto que, en los últimos años ha aumentado la frecuencia de diverticulitis aguda y aproximadamente el 12% de las personas presentan una enfermedad complicada. El diagnóstico oportuno es de gran importancia para la elección de tratamiento conservador o quirúrgico según sea el caso.

P. #1941

LA PIEDRA OCULTA

Manuel Artes Segura[1][2][3], Ana Belén Martínez Sánchez[3], Francisco Artes Segura[4], Rosalia Artes Navarro[5], José Carlos Martínez Sánchez[6], Raquel Egea Ros[3]

1. Universidad Internacional Universae, San Jose, Costa Rica
2. SUAP Lorca 2, Lorca, España
3. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
4. CS Sorbas (Almería), Sorbas, España
5. Hospital Poniente, El Ejido, España
6. Orthem, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 60 años que acude a nuestro centro por dolor abdominal de 5 días de evolución, ha sido valorada en otro centro con diagnostico de posible viriasis. La paciente acude por dolor abdominal, nauseas con vómitos y deposiciones diarreicas de 7 días de evolución, refiere fiebre de hasta 38°C. Mientras la paciente esta en sala de espera la paciente sufre sincope vasovagal por dolor con TCE y perdida de consciencia sin perdida de esfínteres.
Exploración física: abdomen blando y depresible, globuloso, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. No palpo masas ni organomegalias. Peristaltismo conservado con ruidos intestinales presentes. PPR bilateral negativa. Murphy positivo. Blumberg negativo. Mcburney negativo. Psoas negativo. Rovsing negativo.
En analítica sanguínea destaca leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva en 30 mg/l y procalcitonina de 5 ng/ml.
Se realiza TAC de cráneo donde se aprecia hematoma contenido en cuero cabelludo de 4 centímetros por 6 centímetros.
Se realiza ecografía abdominal: dudosa imagen con sombra acústica posterior en vesícula de difícil valoración por gas.
Se realiza TAC abdominal donde se visualiza voluminoso calculo en infundíbulo de la vesícula con signos de colecistitis aguda, resto normal.
Se realiza interconsulta con equipo de cirugía general y del aparato digestivo que procede a intervención de urgencia por colecistitis aguda litiásica y sepsis incipiente.

CONCLUSIONES

Se trata de un cuadro abdominal inicialmente infravalorado como virosis, pero que, dada la evolución y la clínica, requería una evaluación más profunda. El síncope probablemente fue secundario al dolor intenso y no tiene indicios de causa neurológica grave.
La colecistitis aguda litiásica es una inflamación de la vesícula biliar secundaria a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, lo que puede progresar a infección y sepsis si no se trata a tiempo.
El diagnóstico se basa en la clínica de dolor en hipocondrio derecho, fiebre y signo de Murphy positivo, junto con pruebas de imagen como la ecografía abdominal y, en casos de duda, la tomografía computarizada (TAC).
Los marcadores inflamatorios como leucocitosis con neutrofilia,

proteína C reactiva elevada y procalcitonina aumentada son indicadores clave de inflamación y posible sepsis en la evolución de la enfermedad.
El tratamiento incluye antibióticos de amplio espectro y, en la mayoría de los casos, la colecistectomía laparoscópica urgente para prevenir complicaciones graves como perforación, abscesos o sepsis avanzada.

P. #1946

PISTAS EN LA NIEBLA: DETECTANDO HIDROCEFALIA ENTRE SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

Eduardo Bajo Cardassay, Janire Villar Ramos, Carlos García Granados, Andrea Fernández Suárez

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: Paciente de 28 años presenta comportamiento extraño, mareos y vómitos recurrentes.
Antecedentes Personales: Sin alergias medicamentosas conocidas, libre de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia (DL). Sin hábitos tóxicos y con historial de trabajo en el ocio nocturno. Tratamiento actual incluye Ciclofalina, Zinosal y Tryptizol.
Historia Actual: Evolución de 30-40 días de episodios intermitentes de mareo con debilidad extrema, sudoración intensa, vómitos, cefalea leve y cambios de comportamiento. Sin factores traumáticos o psicológicos identificados. Evaluaciones previas sugirieron cefalea postraumática, cuadro sincopal, cefalea cervicogénica y posible hipotensión ortostática.
Exploración Física: Paciente consciente y orientado, con dificultad para colaborar. Sin adenopatías ni signos de foco infeccioso. Exploración cardiovascular y pulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y sin masas palpables. Exploración neurológica sin datos de focalidad ni otras alteraciones.
Pruebas Complementarias: análisis sanguíneo sin alteraciones clínicas significativas. TAC craneal revela masa de morfología irregular con unos diámetros de 36 x 30 x 30 mm localizada en la región supraselar/tercer ventrículo que condiciona hidrocefalia obstructiva con edema transependimario y edema cerebral supratentorial difuso.
Evolución y Comentarios: con el resultado de las pruebas complementarias se inicia tratamiento con dexametasona se contacta con Neurocirugía de hospital de referencia y se realiza traslado para continuidad de estudio y cuidados.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia crítica de una anamnesis detallada y una exploración física meticulosa en el diagnóstico de condiciones neurológicas complejas. A pesar de la presentación inicial con síntomas no específicos, la persistencia de signos clínicos y la utilización estratégica de pruebas complementarias permitieron identificar una hidrocefalia secundaria a masa supraselar, subrayando el valor de la sospecha clínica en el diagnóstico de patologías neurológicas graves. La intervención temprana y el manejo interdisciplinario son cruciales para mejorar los desenlaces en pacientes con cuadros clínicos complejos como este.

P. #1949

UNA CELULITIS QUE NO MEJORA: BIENVENIDO A UN SÍNDROME DE SÜDECK

Andrea Fernández Suárez[1], Carlos García Granados[1], Eduardo Bajo Cardassay[1], Isabel Rodríguez Fraile[1], Inés Trespalacios Álvarez[2], Janire Villar Ramos[3]

1. Hospital de Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital San Agustín, Avilés, España
3. Hospital Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés. Parto reciente hace un mes, eutócico, con secuela de afectación de nervio poplíteo ciático externo derecho secundario a infiltración epidural y clínica de hipoestesia en cara dorsal de pie.
Acude por segunda vez en diez días refiriendo clínica de dolor urente y sensación de calor intenso en dicho pie, que inicialmente comenzó hace dos semanas de manera esporádico, más bien relacionado con actividad física (tras caminar) y que calmaba con baños de agua fría. Desde hace 24 horas el dolor se ha vuelto continuo, acompañado de mayor edema a nivel del dorso del pie y calor. Ha terminado antibioterapia hace 24 horas por sospecha de celulitis, indicado por médico rehabilitador que lleva su patología neurológica periférica post-parto.
Exploración física:
Consciente, orientada colaboradora, afectada por el dolor, en silla de ruedas con imposibilidad de apoyo. TA 110/65, FC 71, auscultación cardiopulmonar normal. Edema localizado a nivel de antepie, con zona eritematosa, caliente, muy dolorosa al simple roce. Movilidad de dedos conservada, pulso pedio presente y vívido. Sensibilidad refiere que conservada y normal.
Pruebas complementarias:
Glucosa, iones, función renal normal. PCR 22
Hemograma normal.
Radiografía pie: no se objetiva patología ósea aguda.
Evolución: La analítica es anodina, no mostrando signos infecciosos a ningún nivel y dejando de lado la sospecha de celulitis previa. Se inició tratamiento analgésico antiinflamatorio y con opioides mayores (Tramadol) con leve mejoría. Dada la clínica tan llamativa, el antecedente de patología neurológica periférica, se sospecha síndrome de Südeck y se comenta el caso con Medicina Interna, quienes de acuerdo con el diagnóstico deciden ingreso a su cargo para tratamiento sintomático del dolor. Actualmente la paciente se encuentra de nuevo en rehabilitación, persistiendo gran limitación de movimientos.

CONCLUSIONES

El síndrome de Südeck es conocido como distrofia simpático refleja (DSR) o síndrome regional doloroso complejo (SRDC). El 50% se deben a un traumatismo previo pero hasta un 25% son de etiología desconocida. Como factores precipitantes se encuentran las lesiones neurológicas periféricas. Se caracteriza por un dolor constante, profundo, severo y quemante. El crecimiento rápido de las uñas es un signo patognomónico para su diagnóstico pero poco frecuente y en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace por exclusión y en base a la clínica. El tratamiento radica en movilizar la extremidad afectada pese al dolor intenso. Para ello facilitaremos el proceso con tratamiento sintomático del dolor a través de analgesia, antiinflamatorios, neuropáticos e incluso bloqueos a nivel del nervio.

P. #1950

HEPATITIS AGUDA SIN CLARA ETIOLOGÍA

Andrea Terrón Sánchez, Susana Ochoa Vilor, Judit Aranda Salom, Jaime Laureiro Gonzalo, Sara De Augusto Gil, Laura De Pedro Álvarez

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 25 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por ictericia, náuseas, coluria y malestar general, con gran astenia de 5 días de evolución, sin fiebre.
Niega relaciones sexuales de riesgo, consumo ocasional de alcohol y marihuana, sin otros tóxicos. No tatuajes ni piercings en los últimos meses y niega consumo de alimentos no adquiridos en supermercado. Solo destaca extracción dental hace un mes por parte del dentista, que realizó tratamiento con ibuprofeno y amoxicilina/clavulánico.
En la exploración física destaca ictericia, sin otros hallazgos.
Se solicita analítica sanguínea, en la que presenta elevación del perfil hepático de predominio citolóticio con transaminasas > 2000, bilirrubina de 14.5 y coagulopatía leve con TP 59%
Serologías urgentes negativa,
Rx sin infiltrados
Ecografía clínica: vesícula con capas de cebolla y colapsada, compatible con la sospecha de hepatitis aguda.
Se ingresa al paciente para continuar estudio.
Durante el ingreso, presentó empeoramiento analítico alcanzando analítica con niveles de bilirrubina de 27, deterioro del TP e INR asi como hipofibrogenemia.
Como sospecha diagnóstica de hepatitis aguda con datos de insuficiencia hepática, como posibilidad más probable tóxica (consumo de amoxicilina/clavulánico) vs autoinmune (IGG elevada), se realiza BTHY y se inicia tratamiento con corticoides de forma empírica.
En BTHY se observa intensa actividad inflamatoria portal y periportal, sin datos de fibrosis, con presencia de eosinófilos y neutrófilos, asi como ausencia de celulas plasmáticas, que aunque no son patognónicos, sospechan como primera posibilidad DILI no inmumediado (pendiente aun de HLA de hepatitis autoinmune y blot de autoanticuerpos hepatoespecíficos)
Dada la mejoria progresiva del paciente, se mantiene con pauta descendente de corticoides y se derivo a domicilio a la espera de resultados

CONCLUSIONES

El daño hepático inducido por fármacos (DILI) es una de las afecciones hepáticas más compleja debido a su capacidad de presentarse como cualquier otra enfermedad hepática aguda o crónica, potencial gravedad, y la ausencia de biomarcadores específicos para establecer la certeza diagnóstica que se sustenta en su sospecha y exclusión de causas alternativas.
El tratamiento principal para DILI es la retirada del fármaco y el seguimiento para garantizar que las pruebas hepáticas se normalicen. La recuperación ocurrirá en la mayoría de los pacientes, una vez que se suspende el medicamento que causa el daño.

Aunque no se ha probado el beneficio de los corticoides en la mayoría de las toxicidades hepáticas por fármacos, podrían tener un papel en las reacciones de hipersensibilidad. Los autores refieren que usan corticoides cuando los pacientes con reacciones de hipersensibilidad presentan colestasis progresiva a pesar de la suspensión del fármaco responsable o cuando los hallazgos de la biopsia se asemejan a una hepatitis autoinmune.

P. #1953

DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES SECUNDARIA A UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO ANTI-HU POSITIVO

Andrea Fernández Suárez[1], Eduardo Bajo Cardassay[1], Carlos García Granados[1], Isabel Rodríguez Fraile[1], Inés Fernández Peón[2], Janire Villar Ramos[1]

1. Hospital Cabueñes, Gijón, España
2. Hospital San Agustín, Avilés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años, sin alergias conocidas. Ex-fumador desde hace 10 años de 40 paq/año. Diabetes mellitus tipo 2. Hipertensión arterial. Lumbalgia crónica. No otros antecedentes de interés. Medicación: Enalapril, metformina, Sitagliptina e insulina.
Acude a Urgencias, derivado desde atención primaria tras valoración en dos ocasiones en los últimos diez días por debilidad de miembros inferiores y dolor, los cuales le impiden la deambulación más de 50 metros. Además asocia frialdad nocturna y pérdida de sensibilidad distal.
Exploración física: Consciente, orientado, colaborador. Buen estado general, normocoloreado y normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Exploración neurológica anodina salvo paresia de miembro inferior izquierdo 4/5 y miembro inferior derecho 3/5. ROTs hipoactivos de manera generalizada- Reflejos cutáneo-plantares flexores bilaterales.
Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones, salvo leve anemia normocítica normocrónica de 11.6 g/dl. Glucosa basal 154 mg/dl. Rx Tórax: elevación de hemidiafragma derecho no presente en estudio previo de 2017. Atelectasia basal derecha. Rx lumbosacra: normal. Serologías (Lúes, VIH, Lyme, etc): negativas. Proteinograma y líquido cefalorraquídeo normales. Anticuerpos onconeuronales en suero: anti-Hu positivo. TC body con contraste: No alteraciones significativas salvo granulomas milimétricos calcificados en el seno de una atelectasia de base pulmonar derecha, sugestivo de proceso inflamatorio crónico. Sin masas ni lesiones sospechosas de neoplasia. Eco testicular: normal. ECG: taquicardia sinusal a 112lpm.
Diagnóstico: Síndrome paraneoplásico anti-hu positivo.
Evolución: Tras la debilidad de miembros inferiores, no justificada por patología vascular crónica, ni estenosis de canal, tampoco como enfermedades infecciosas, se consulta con Neurología quienes deciden ingreso a su cargo para completar estudios llegando al diagnóstico de síndrome paraneoplásico anti-Hu positivo. Le administran inicialmente inmunoglobulinas intravenosas con leve mejoría, por lo que deciden plasmaféresis, sin resultados satisfactorios. Posteriormente comienzan tratamiento con Rituximab, tampoco sin mejoría. El PET-TC resultó normal. La búsqueda del tumor resultó infructuosa, por lo que se decide tratamiento sintomático neurológico. Actualmente, a dos meses del diagnóstico ha desarrollado elevación de ambos diafragmas que le condicionan una saturación basal de 86-875, precisando de ventilación BiPAP en unidad de ventilación.

CONCLUSIONES

Los síndromes paraneoplásicos son trastornos neurológicos que ocurren en pacientes con neoplasias ocultas.
Un 20% preceden hasta en un año al tumor, asociándose en un 80% a cáncer de pulmón de célula pequeña. De no encontrarse tumor, se sugiere el control frecuente del paciente, ya que se ha descripto detección de anticuerpos anti-Hu precediendo incluso en 7 años a la neoplasia.
Es importante tenerlos en mente ante debilidades generalizadas, pues un adecuado diagnóstico puede permitir identificar un tumor pequeño y potencialmente curable.

P. #1963

ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Santiago Diéguez Zaragoza, María Balboa Alonso, José García Aldave
Hospital Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años con antecedentes de palpitaciones en estudio por Cardiología, ecocardiogramas previos sin alteraciones significativas, prueba de esfuerzo y Holter normales. Diagnóstico de hipotiroidismo en seguimiento por Endocrinología, en tratamiento con levotiroxina y betabloqueantes.
Consulta a urgencias por cuadro de inicio súbito a las 5:00 AM de debilidad y alteración sensitiva en hemicuerpo izquierdo, que persisten al despertar por la mañana. A su llegada, se observa mejoría discreta.
Exploración: Paciente consciente, orientada, lenguaje fluente. Fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades. No signos de focalidad neurológica evidente. Tensión arterial elevada (189/108 mmHg), taquicardia sinusal (FC 120 lpm). ECG sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.
Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones relevantes.
TC cerebral sin signos de isquemia aguda.
Angio-TC de troncos supraaórticos: Estenosis significativa en carótida interna derecha en su segmento intracraneal y arteria cerebral media, con marcada colateralidad, compatible con síndrome de Moya Moya.
RM cerebral y Angio-RM: Confirma estenosis severa en carótida interna derecha y colateralidad leptomeníngea. Lesiones isquémicas en evolución sin transformación hemorrágica.
Arteriografía cerebral: Reducción progresiva de calibre de arteria carótida interna derecha con flujo dependiente de circulación colateral.
EVOLUCIÓN: Caso comentado con Unidad de Ictus, quienes desestiman intervención urgente dada la estabilidad de la paciente. Se ingresa en Neurología para seguimiento y estudio de enfermedad cerebrovascular. Durante el ingreso se confirma diagnóstico de enfermedad de Moya Moya mediante estudios de imagen avanzados. No se identifican nuevos eventos isquémicos durante la hospitalización.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Moya Moya es una patología cerebrovascular infrecuente caracterizada por estenosis progresiva de las arterias cerebrales con desarrollo de colateralidad. Su diagnóstico en urgencias es fundamental para evitar complicaciones isquémicas graves. En este caso, la angio-TC permitió la sospecha diagnóstica inicial, posteriormente confirmada por estudios de imagen avanzados. La paciente permanece estable bajo seguimiento neurológico con evaluación de posibles estrategias terapéuticas a largo plazo.

P. #1965

MALFORMACION VENOSA CEREBRAL

María Dolores Ferre Calabuig, Borja Pérez Pérez
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 22 años que acude a urgencias traída por SAMU con Glasgow de 4 en estado de coma, con pupilas mióticas bilaterales arreactivas con postura de descerebración tras pérdida de conciencia y ausencia de respuesta a estímulos tras cefalea intensa brusca tras episodio de tos por gripe y vómitos copiosos e incoercibles, posteriormente ha empezado a balbucear y ya no respondía a estímulos.
Se intuba a la paciente y con ventilación mecánica asistida se le realiza angio tac cerebral con contraste intravenoso que muestra hematoma en vermix cerebeloso abierto a ventrículos por posible sangrado de pequeña malformación arterio venoso. Se contacta con servicio de neurocirugía del hospital de referencia, que aceptan a la paciente y se traslada en samu. En dicho hospital se realiza cranetomía de descompresión de foco posterior con colección serohemática subocipital, con catéter de derivación en ventrículo derecho. La paciente permanece en unidad de reanimación lográndose el destete a los quince días. TAC cerebral de control a los dos días del ingreso mostraba craneotomía occipital con restos hemáticos en lecho dentro del sistema ventricular, edema y efecto masa sobre cerebelo, y IV ventrículo, hidrocefalia supratentorial (catéter de derivación en VL derecho), borramiento de cisternas basales y los surcos cerebrales. En TACS cerebrales del día 7, 9 y 11 no muestran signos de hidrocefalia ni hemorragia ni isquemia, pero la RNM muestra pequeños focos de HSA en folias cerebelosas izquierdas, persistiendo nivel hemático en región declive de ambas astas occipitales de predominio izquierdo, similares TACs previos. Lesión isquémica aguda/ subaguda de 1 cm en rodilla de cápsula interna izquierda, se evidencian otras dos lesiones puntiformes isquémicas en sustancia blanca profunda de lóbulo frontal izquierdo que muestra restricción focal de la difusión. Hematoma cerebeloso subagudo izquierdo centrado en vermix cerebeloso secundario a rotura de MAV de medidas aproximadas de 1.7x 2.9 cm sin signos de resangrado. El aporte arterial de la MAV procede de la PICA y PICA izquierda, que tienen origen independiente de la arteria vertebral izquierda (y no confluyentes con la arteria vertebral derecha) y con drenaje venoso al seno venoso transverso izquierdo.
Se realiza arteriografía: Se aprecia desde la parte superior de una de estas zonas hacia el lado derecho de la línea media la presencia de una malformación arterio venosa con aneurisma perinodales múltiples de pequeño tamaño probablemente venosos con drenaje único hacia el seno transverso. El tamaño de la MAV es menos de 1 cm.
El día 13 de ingreso presenta como complicación neumonía por Klebsiella Traqueostomizada.
El día 19 presenta 48 horas sin sedación, obedeciendo a órdenes sencillas con importante miopatía, iniciándose fisioterapia.
La paciente al cierre del artículo está pendiente de nueva arteriografía y de realizar cirugía definitiva de la malformación arteriovenosa.

CONCLUSIONES

1. Los angiomas venosos se consideran una anomalía del desarrollo asintomático y de curso benigno, aunque pueden ocasionar convulsiones y menos frecuentemente hemorragias; normalmente por malformación cavernosa asociada.
2. No es preciso tratamiento, salvo sangrado, clínica atribuible a la lesión, pero ocasionan convulsiones y menos frecuentemente sangrados, generalmente asociados a malformaciones cavernosas.
3. En1957, Russell y Rubistein clasificaron las malformaciones vasculares cerebrales en telangiectasias arteriovenosas, angiomas venosos y angiomas cavernosas. En 1963, Courville descubrió pequeñas malformaciones vasculares compuestas únicamente por estructuras venosas, identificando una vena dilatada de drenaje y un conjunto de vénulas que drenaban en ella. Fue en 1968, cuando Cotans elaboró la primera descripción radiológica de dos anomalías venosas del desarrollo (AVD).
4. Posibilidad de sangrado espontáneo, debido trombosis de las venas de drenaje por causa desconocida, por lo que deben incluirse en el diagnóstico diferencial de hemorragias espontáneas en situaciones atípicas.

P. #1968

CUIDADO CON LOS CÓLICOS RENALES

María Dolores Ferre Calabuig, José Vicente Ferrandis Alepuz
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 71 años hta, dislipémico y fumador de un paquete al dia. Acude a urgencias por presentar cuadro de dolor lumbar que irradia hacia hipogastrio/ ingles. Se le administra analgesia, no cediendo el dolor pese a tratamiento con mórficos. En analítica muestra creatinina de 2.54. Se le realiza ecografía abdominal y tac abdominal que muestra aneurisma de aorta abdominal infrarrenal aproximadamente de 46 mm del origen de la arterial renal derecha, el aneurisma mide 66 mm de diámetro máximo en el plano axial por 60 mm longitudinal y se aprecia trabeculación por contenido de alta densidad circundante a la pared lateral izquierda del mismo como signo de rotura.
Se contacta con el servicio de cirugía vascular del hospital la Fe para intervernirse. Se traslada al paciente, siendo intervenido de manera urgente, realizándose de manera urgente bypass aorto iliáco izquierdo y femoral derecho con trombectomía transfemoral derecha con malla abdominal. Durante el ingreso precisa soporte ventilatorio tras estimulación por hipoxemia, refractraria, iniciándose soporte VMNI con mala tolerancia por lo que se opta por ONAF, con evolución tórpida por ser paciente enfisematoso. Se da de alta para seguimiento en consultas externas de cirugía, siendo éxitos a los dos meses del alta.
Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico, isquemia mesentérica, pancreatitis, sigmoiditis y patología biliar.

CONCLUSIONES

1. Ante todo cuadro clínico sospechosa de cólico renal que no cede el dolor hay que descartar aneurisma abdominal.
2. Hasta un 75 % de los aneurismas abdominales son asintomáticos y suelen ser un hallazgo casual en ecografía (método diagnóstico de elección). Detectar un aneurisma para poder abordarlo rápida y adecuadamente, en la nueva línea de investigación de las sociedades científico sanitarias. Siguiendo dichas líneas de investigación hacia el diagnóstico de los aneurismas se ha visto que la sensibilidad de la exploración física oscilada entre el 32-100 %, la espefícidad del 75-100 % y le VPP DL 14-100 %.
3. El dolor es el único síntoma muy inespecífico y frecuentemente nos pone en estado de alerta según la localización e intensidad. El dolor abdominal, en concreto, es un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de urgencia, y al tratarse de un síntoma inespecífico hasta un 50 % de estos de estos dolores que acuden a urgencias quedan sin diagnóstico específico. No hay una correlación clara entre la intensidad del dolor y la gravedad del cuadro.
4. El dolor lumbar es muy subestimado en urgencias, se estima que hasta e 80% de la población padecerá esta dolencia al menos una vez en la vida. Este es un dolor que presenta una amplia gama de diagnósticos diferentes, entre ellos, el aneurisma abdominal, el 91% de los casos está asociado a lumbalgia. En cualquier caso un dolor prolongado de más de

6 semanas de duración (lumbalgia subaguda) o de más de 12 semanas (lumbalgia crónica) es un dolor que nos obliga a descartar un origen diferente del habitual osteomuscular, como una infección o neoplasia. El dolor lumbar de origen neoplásico es habitualmente debido a una metástasis. La destrucción ósea por causa neoplásica, el cáncer de próstata y la compresión neurovascular son otras de las principales causas de aparición del dolor lumbar.

5. Alta mortalidad (90%) en los pacientes intervenidos de urgencia por rotura aneurismática. La supervivencia al mes tras una rotura aneurismática es del 11%. El esfuerzo debe centrarse en el diagnóstico precoz y tratamiento electivo, destacando la necesidad de control periódico de los aneurismas asintomáticos y la importancia de la cirugía electiva oportuna.

P. #1986

¿COLECISTITIS PRECORDIAL CASUAL?, OBSTRUCCIÓN BILIAR POR SÍNDROME DE LEMMEL

Enrique Juan Salvador De La Rosa[1][2], Lucía Mora Del Oso[1], José Antonio Peña Doncel-Moriano[2], Juana María Alonso Pérez[1][2], Luis Felipe Gómez Andrade[1], Isabel Mercedes Pérez Carrión[1]

1. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España
2. Centro de Salud San Antón, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 82 años; procedente de otra comunidad autónoma, diabético tipo 2 y anticoagulado con Sintrom por recambio aórtico hace 6 años (En lista de espera para recambio mitral); que acude por dolor torácico precordial, escalofríos sin metrar temperatura, disnea progresiva hasta hacerse de reposo y náuseas con un vómito en la mañana que acude a urgencias. El cuadro se inició unas 14 horas previas a su llegada a las urgencias hospitalarias.

Las constantes eran: 36'3°C de temperatura, tensión arterial de 116/69, frecuencia cardiaca de 74 y saturación de oxígeno de 97%. A la exploración física el paciente presenta buen estado general, eupneico, coloración de piel y mucosas normal. La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos, con murmullo vesicular conservado con leves crepitantes en ambas bases pulmonares. En miembros inferiores se palpan pulsos distales, simétricos, sin edemas o signos de trombosis venosa. A nivel abdominal nos encontramos con dolor a la palpación en flanco y fosa ilíaca izquierdas, además de en hipocondrio derecho, con un signo de Murphy levemente positivo, y resto de exploración abdominal normal.

La radiografía de tórax, el electrocardiograma y la gasometría venosa no presentaron alteraciones patológicas. En la analítica destacaron unos niveles de potasio de 5'9, Bilirrubina 4'49 (A expensas de directa 3'52), Troponina ultrasensible 36 (Seriación 36 y 29), Péptido natriurético 2599, Alanina aminotransferasa 129, Amilasa 54, Proteína C reactiva 2'70, Urobilinógeno +, Leucocitos 8420, Ratio tiempo protrombina 2'26 e Índice internacional normalizado de 2'33.

Ante los resultados analíticos y la exploración física se decide solicitar ecografía abdominal para descartar colecistitis aguda. Radiología realiza ecografía en la que no logran valorar la vía biliar completa, por lo que se decide realizar escáner abdominal, con el hallazgo de varias colelitiasis múltiples, sin signos de colesistitis aguda, con vía biliar extrahepática de calibre normal, colédoco de hasta 10mm, con pequeño divertículo en segunda porción duodenal que reposa sobre el tramo final de la vía biliar, a valorar posible Síndrome de Lemmel, siendo el resto del abdomen normal, sin hallazgos patológicos.

Tras analgesia con Paracetamol y Metamizol, además de Amoxicilina-Clavulánico, intravenosos el paciente refiere encontrarse asintomático, por lo que habiendo descartado patología urgente en ese momento, dado que el paciente volvía a su comunidad autónoma ese mismo día y deseaba ser tratado allí, se decidió alta con los diagnósticos de dolor torácico sin signos de isquemia coronaria en ese momento y Síndrome de Lemmel, por lo que consensuado con el paciente se indicó

tratamiento con actitud conservadora, se le entregaron signos de alarma para volver a acudir a urgencias hospitalarias y se recomendó acudir a su médico de familia, o a las urgencias hospitalarias en caso de presentar los síntomas/signos indicados, con el informe entregado al volver de vacaciones a su comunidad autónoma para estudio y seguimiento.

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemmel es una entidad infrecuente, que causa obstrucción biliar debido a la compresión del conducto colédoco por un divertículo duodenal periampular. Puede manifestarse como un cuadro de colangitis aguda y, a menudo, suele ser infradiagnosticado. El tratamiento es habitualmente conservador con antibioterapia en caso de presentar datos de infección, aunque también se puede tratar por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, realizando una esfinterotomía y colocación de prótesis de ser necesario.
Cuándo se trata del diagnóstico en un servicio de urgencias hospitalarias, no siempre los síntomas y signos que presentan los pacientes, junto con las pruebas complementarias y la evolución, concuerdan con nuestras expectativas diagnósticas iniciales, es por ello que debemos saber adaptarnos durante el estudio de cada paciente, teniendo en cuenta todos los datos que se vayan recogiendo para descartar o indicar las actuaciones urgentes tomadas por nuestra parte.

P. #1988

DOCTOR VEO DOBLE

Yolanda Álvarez Colmenero, Irene Ursúa Sánchez, Marco Aurelio Alfaro Mora, Ana Paula De Almeida Sobrinho
HURH, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 62 años, que acude a nuestro servicio de urgencias por visión doble de dos días de evolución, no pérdida de la agudeza visual, no visión de telón ni de miodesopsias, no dolor. Niega otra clínica asociada, sin clínica catarral días previos. Afebril.
Como antecedentes personales presenta:
HTA, en tratamiento con enalapril 20 mg cada 24 horas.
Exfumador desde hace 10 años. Niega ingesta de alcohol de manera habitual.
Patología osteodiscal lumbar.
Intervenciones quirúrgicas: adenoma próstata. Hallux valgus.
A la exploración física:
Constantes: tensión arterial 140/89, 85 lpm, stauración 99%.
Conciente, orientado y colaborador, normohidratado y normoperfundido, buen estado general, eupneico en reposo.
Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos.
Auscultación pulmonar: murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes y normales.
Neurológica: obedece órdenes simples y complejas. Pupilas isocóricas, simétricas y normorreactivas. No déficits campimétricos por confrontación. No nistagmo. No dismetrías. Motilidad ocular extrínseca conservada, aunque refiere diplopía horizontal a la mirada lateral derecha desapareciendo la imagen más cercana al ocluir OI. Pares craneales conservados. Sensibilidad y fuerza por grupos musculares conservada y simétrica. No signos de focalidad neurológica. Coordinación conservada. Marcha conservada. Romberg negativo. Reflejos osteotendinosos conservados.
En el servicio de urgencias le realizamos una analítica con hemograma, coagulación, bioquímica, siendo todos los resultados normales. También solicitamos TC craneal en el que no se identifican signos de isquemia aguda, hemorragia intra ni extraaxial ni lesiones expansivas intracraneales. Estructuras de la línea media centradas. Cisternas basales y peritronculares preservadas. Resto del parénquima supra e infratentorial visualizado sin hallazgos significativos. Marco óseo sin hallazgos significativos.
Se deriva al paciente para valoración por parte de oftalmología que tras exploración normal derivan para estudio por neurología. Se solicita Resonancia Magnética y cita en consultas externas. Se inicia tratamiento con adiro 100 mg 1 comprimido cada 24 horas, se optimiza tratamiento antihipertensivo enalapril-hidroclorotiazida 20/12.5 mg 1 comprimido cada 24 horas. Oclusión alternante de ojos si diplopía afecta la calidad de vida. Diagnóstico principal: diplopia horizontal en probable relación con paresia VI par derecho de probable etiología isquémica.

CONCLUSIONES

La diplopía supone un motivo de consulta frecuente pudiendo asociarse a diferentes patologías benignas, idiopáticas o que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Una detallada anamnesis (inicio, uni o binocular, horizontal o vertical, dolor asociado…) y exploración física nos pueden facilitar el diagnóstico temprano y evitar complicaciones graves en nuestros pacientes. el pronóstico del paciente depende de la causa subyacente y puede cronificarse en el tiempo requiriendo de intervención quirúrgica.

P. #1992

ICTUS TALÁMICO IZQUIERDO SECUNDARIO A EMBOLISMO PARADOJICO POR FOP

José García Aldave, Ana Herrería Palazuelos, Santiago Diéguez Zaragoza

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 46 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a urgencias por episodio de visión borrosa (diplopia), mareo y pérdida de equilibrio tras despertarse. El paciente refiere que su mujer observó desviación ocular en el momento del episodio. No presentó pérdida de conciencia, aunque sí una disminución en la respuesta verbal. El paciente refiere antecedentes de vasectomía sin complicaciones relevantes.
A la exploración física, se encuentra consciente y orientado en las tres esferas del espacio, con un Glasgow Score (GCS) de 15. Presenta disartria leve, sin signos de meningismo, y la fuerza y sensibilidad en las extremidades son normales. No se aprecian alteraciones en la motricidad ni en la sensibilidad termoalgésica.
Se realizan pruebas complementarias que incluyen un ECG que muestra bradicardia sinusal (42 lpm) y bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado. El hemograma, la coagulación y la bioquímica son normales, con glucosa en 94 mg/dL y CRP baja. El TAC cerebral en urgencias no muestra alteraciones agudas, pero la RM encefálica durante el ingreso revela una lesión isquémica reciente en el tálamo izquierdo.
Un ecocardiograma muestra un septo interauricular aneurismático con paso de burbujas a través del foramen oval permeable (FOP). Además, la ecografía Doppler de los troncos supraórticos y el Holter ECG resultan dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de ictus talámico izquierdo secundario a embolismo paradójico por FOP resalta la importancia de considerar esta causa en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo clásicos para ictus. Los ictus secundarios a FOP son relativamente poco frecuentes, pero en aquellos pacientes sin comorbilidades o factores predisponentes evidentes, el FOP debe ser considerado como una posible causa de embolismo paradójico. En este caso, la identificación del FOP fue clave para la correcta clasificación del ictus como de origen cardioembólico.
Los servicios de urgencias desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana de estos casos, ya que los síntomas neurológicos agudos pueden ser confusos y de difícil diagnóstico. La exploración física detallada, junto con pruebas complementarias como la RM encefálica, el ecocardiograma y los estudios de doppler, son herramientas esenciales para llegar a un diagnóstico certero. Además, el seguimiento adecuado de estos pacientes, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio, es crucial para evitar recurrencias y guiar el tratamiento adecuado, como el cierre percutáneo del FOP en casos seleccionados.
La elevada incidencia de ictus de origen embolígeno secundario a FOP en pacientes jóvenes, sin factores predisponentes evidentes, refuerza la necesidad de que los profesionales de

urgencias mantengan un alto índice de sospecha y soliciten pruebas complementarias específicas que permitan identificar esta causa tratable. En este contexto, los servicios de urgencias no solo deben abordar la atención aguda, sino también tener en cuenta la importancia de un diagnóstico etiológico exhaustivo, lo que puede tener un impacto directo en la prevención de futuros eventos neurológicos

P. #1996

AUTOMEDICACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS: UN CASO DE HEPATITIS FULMINANTE

WAEL Humaid Alqadoumi, Myriam Barcina Rodríguez, Vanessa Heras Fernández, María Ángeles López López, Javier Fidalgo López

Hospital universitario príncipe de Asturias, Alcala De Henares (madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 84 años derivado a urgencias por bajo nivel de consciencia y hemiparesia izquierda de 1 hora de evolución. A su llegada a urgencias se realiza glucemia con el resultado de glucemia baja. Se inicia tratamiento inmediatamente con glucosa intravenosa a la espera de los resultado de las analíticas, recuperando el nivel de consciencia y mejorando el cuadro neurológico con la mejoría de los niveles de Glucemia.
Como antecedentes personales destaca deterioro cognitivo incipiente, una estenosis duodenal con obstrucción duodenoyeyunal, realizandose plastia intestinal en Y de Roux y adhesiolisis intestinal, además de Pancreatitis Crónica (probablemente alcohólica) lo que ha derivado en un dolor abdominal crónico que requiere analgesia de forma crónica.
Analítica Compatible con Insuficiencia Hepática Grave
Hemograma: LEUCOCITOS: 7.5 10^3/µl, HB: 9.6 gr/dL, PLAQUETAS: 108 10^3/µL,
Hemostasia APTT: 41.2 segundos; Tiempo de protrombina: 62.7 segundos ; INR: 5.48 (ratio) ; Activ.protrombina: 14.0 %
Bioquímica: Glucosa: 10 mg/dl, Creatinina: 2.75 mg/dl, FGE (CKD-EPI): 20.24 ml/min/1,73m^2 ,); Albúmina: 3.4 g/dl, GPT: 2206 U/l, GOT: 3589 U/l, LDH: 2307 U/l, CK: 473 U/l, Procalcitonina: 35.93 ng/ml, Bilirrubina Total: 4.00 mg/dl, Lipasa: 36 U/l, Sodio: 118 mmol/l, Potasio: 5.7 mmol/l, Cloro: 86 mmol/l, Lactato en plasma: 8.4 mmol/l, Paracetamol (Acetaminofen) (*): 28 µg/ml.
Gasometría Venosa: pH (venoso): 7.27, pCO2 venoso: 31 mmHg, HCO3-v (Bic.- v calculado) (*): 14.0 mmol/l
Tóxicos en Orina Negativos
Serología VHA, VHB, VHC, CMV, VEB Negativos
Ante los hallazgos clínicos y analíticos se confirma el diagnostico de HEPATITIS FULMINANTE (de causa a filiar)
Se realiza AngioTAC para descartar una causas vasculares de la hepatitis, queda descartado.
El paciente ha sido valorado por la unidad de cuidados intensivos desestimando medidas agresivas dada la edad y la situación basal del paciente.
A posteriori la familia del paciente nos comenta la sospecha de que podía haberse automedicado (analgesia), ya que el paciente es médico jubilado (pediatra) y podía haber autorecetado algún analgésico (ej: Paracetamol), sumandole el antecedente de deterioro cognitivo incipiente, no se podía descartar intoxicación por Paracetamol, aunque los niveles plasmáticos de Paracetamol en este momento eran normales, pero podía haber sido hace 72 hs.
Ante esta sospecha se inicia perfusión intravenosa de N-Acetilcisteina.
En las analíticas posteriores se objetiva claramente el deterioro progresivo de la función hepática y la función renal, con

importante deterioro de la coagulación, falleciendo a las 72 hs de su llegada a urgencias.

CONCLUSIONES

Este caso clínico ilustra los graves riesgos asociados a la automedicación, en particular con el uso inadecuado de paracetamol, un fármaco ampliamente disponible y percibido como seguro por la población general. La hepatotoxicidad inducida por paracetamol es una causa prevenible de hepatitis fulminante, y su manejo requiere un diagnóstico temprano y la administración oportuna de N-acetilcisteína. Este caso subraya la importancia de educar a los pacientes, e incluso a los profesionales de la salud, sobre los peligros de la automedicación y el respeto a las dosis máximas recomendadas. Además, refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de complicaciones graves como la hepatitis fulminante, donde el trasplante hepático puede ser la única opción terapéutica en casos avanzados. La prevención, mediante la concienciación y el uso responsable de medicamentos, sigue siendo la estrategia más efectiva para evitar desenlaces fatales como el presentado en este caso.

P. #2000

MANEJO DE TAQUICARDIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, ¿ES SIEMPRE CARDIOLÓGICA?

Rayna Catalina Ramírez Bernal, Anaura Carrasquel Regalade, Alejandra Sánchez Arias

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años de edad con AP de FRCV de bocio multinodular normofuncionante en seguimiento por Endocrino, que acude al servicio de urgencias por disnea y palpitaciones de 48 horas de evolución. No dolor torácico, no mareos, no sudoración. No otra sintomatología. Al examen físico: Temperatura: 35,8°C; TA: 100/80 mmHg; FC: 150 lpm; FR: 27 rpm; SatO2 basal: 97%.
Normocoloreada,normoperfundida,normohidratada. Eupneica en reposo. Auscultación cardíaca: taquicardia, resto de exploración de órganos anodina. A su llegada se solicita: analítica con marcadores cardíacos, Rx de tórax y ECG donde se evidencia taquicardia supraventricular rítmica a 140lpm, QRS ancho por BCRIHH (no conocido).Se realiza ecocardiograma clínico sin alteraciones. Analítica sanguínea: Dímero D 1172. Resto de analítica dentro de la normalidad
Rx de tórax: sin hallazgos significativos
Angio TC arterias pulmonares: sin signos de TEP agudo. Tras no clara causa cardíaca ni trompetica se solicita perfil tiroideo (por antecedente), con los siguientes resultados: TSH: 0.002 uUI/MI; T4 libre > 5.00 ng/dL; T3> 20.00 pg/mL. Con estos resultados, se inicia tratamiento con: Propanolol 10 mg (se aumenta con dosis total de 60 macada 6 horas,Tirodril 15 mg,Hidrocortisona 75 mg/ 8 horas, con el juicio clínico de probable crisis tirotóxica (puntuación 35 escala de Burch), se solicita ingreso en endocrinología. Tras refractariedad en el tratamiento se consulta al servicio de cirugía que realiza tiroidectomía completa.

CONCLUSIONES

La crisis tirotóxica supone el 1-2% de los ingresos por hipertiroidismo, desarrollándose más frecuentemente en mujeres jóvenes. No se sabe la fisiopatología subyacente, pero sí, que no es simplemente por un aumento de secreción o formación de hormonas, aunque siempre bajo un estado hipertiroideo. Puede estar ocasionado por las infecciones víricas, el trauma, la radiación o estar influenciado por determinados genes, como el HLA-B351,3, siendo raro su desarrollo tras la tiroiditis subaguda. La clínica deriva de la interacción entre las hormonas tiroideas y catecolaminas, ocasionando taquicardia, ansiedad, hiperreflexia, temblor, fibrilación auricular, que sin tratamiento puede ocasionar fallo cardiaco, incluso en personas sin enfermedad cardiaca1–3.
El diagnóstico es clínico y no difiere analíticamente de un hipertiroidismo no complicado. En 1993, Burch y Wartofsky idearon una escala para la identificación de la crisis tirotóxica , según la posibilidad o no de presentarla. Una vez tengamos la puntuación estimada, valoraremos iniciar el tratamiento en caso de un puntaje superior a 25, ya que sugiere una crisis de manera inmediata, y si es superior a 45, nos encontraremos ante una tormenta tiroidea, y por tanto iniciaremos su tratamiento.

Recientemente, la Asociación Japonesa de Tiroides propuso nuevos criterios para establecer el diagnóstico de tormenta tiroidea. En este sistema de puntuación la presencia de tirotoxicosis es un prerrequisito para considerar el diagnóstico de esta patología y la confirmación se realiza cuando el incremento en la forma libre de T3 y T4 se combina con al menos tres de las siguientes variables: fiebre, taquicardia, insuficiencia cardíaca y manifestaciónes neurológicas, gastrointestinales o hepáticas.
El objetivo del tratamiento es, no solo el control del eje tiroideo por medio de medicamentos como el Lugol, betabloqueadores,PTU, sino controlar la noxa precipitante del caos hormonal que el paciente presenta, todo esto bajo vigilancia estricta.La importancia de la evaluación clínica para el diagnóstico de crisi titóxica debe realizarse de manera rápida en un paciente gravemente tirotóxico con evidencia de descompensación sistémica. Aunque la incidencia de crisis tirotoxica es baja sobretodo en personar por encima de los 60 años, el médico de urgencias debe conocer esta condición para ofrecer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con la finalidad de disminuir las complicaciones y la alta mortalidad.

P. #2017

"LA TORMENTA PERFECTA" CEFALEA EN TRUENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Robles Albero, Fiorella Leyva Romero, Ana Soriano Gallo, Verónica Campos Andreo, Pedro Fuentes Gómez, María Elena Santamaría Hernández

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

La cefalea en trueno es un tipo de cefalea primaria que aparece de forma repentina y brusca, como un trueno, soliendo alcanzar el punto máximo de dolor en menos de un minuto, aunque su duración posterior es variable. Es una Urgencia médica.
El paciente es un hombre de 59 años, camionero en activo, sin factores de riesgo cardiovascular, deportista, no fumador, no obeso, no diabético, no dislipémico y no consumidor de tóxicos. Refiere que presentó cefalea occipital intensa breve que cedió espontáneamente mientras conducía su camión por la autovía. Alarmado por la intensidad del dolor, detuvo el camión y avisó a su jefe quien lo trasladó al hospital.
A su llegada a Urgencias se encuentra "bien", sin dolor intenso. Solo comenta una pequeña molestia occipital que coincide con unas cifras tensionales ligeramente elevadas, no alarmantes, aunque refiere no ser hipertenso.
Las exploración física y neurológica es anodina, sin ningún hallazgo relevante, excepto una tensión arterial de 170/77 mmHg. Se realizan pruebas complementarias con electrocardiograma, analítica sanguínea y un TAC craneal simple, sin hallazgos de interés.
Se inicia tratamiento hipotensor y permanece en sala de tratamientos bajo la vigilancia de enfermería.
Refiere sentirse "raro", sin dolor, pero mareado. Presenta un vómito alimentario en la sala de tratamientos.
Ante esta situación su médico decide pasarlo a camas para observación y, mientras le informa, observa que al intentar ponerse en pie se cae hacia el lado.
Al re-evaluar al paciente se aprecia inestabilidad de la marcha con caída al lado izquierdo, ampliación de la base de sustentación y leve disfonía, sin otras alteraciones neurológicas.
Se activa Código Ictus: se contacta con neurólogo de su hospital de referencia quien indica repetir TAC simple y punción lumbar, que son normales. Los tóxicos en orina también son negativos.
Se traslada a su hospital de referencia y es valorado por el neurólogo, quien decide realizar angio-TAC que informa de probable disección del segmento V4 de la arteria vertebral izquierda. Se procede a realizar una trombectomía basilar con aspiración, trombectomía de arteria cerebelosa superior derecha con stent y aspiración, trombectomía y angioplastia con posterior colocación de stent definitivo en placa con disección V4 izquierda sin estenosis residual y angioplastia con posterior colocación de stent definitivo en estenosis crítica en origen V1.
El paciente queda ingresado la Unidad de Ictus del hospital de referencia donde es dado de alta con secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES

- La disección de la arteria vertebral es una de las causas más frecuentes de accidente cerebrovascular en pacientes jóvenes sin patología previa. Debido al territorio que irriga la sangre de estos vasos sanguíneos, como consecuencia de la disección, se puede producir un accidente isquémico en la arteria cerebelosa postero-inferior y en las arterias espinales anterior y posterior, con consiguiente afectación del tronco encefálico, el cerebelo e incluso la médula espinal. Es por ello que la clínica puede ser variada y evolucionar según avanzan los territorios afectados por la isquemia.
- Ante una consulta por cefalea súbita e intensa debemos estar alerta y tener en cuenta la cefalea en trueno y sus posibles diagnósticos diferenciales por su potencial gravedad.
- La activación precoz del Código Ictus ante la sospecha de un accidente cerebrovascular puede ser vital para el paciente y fundamental para prevenir secuelas neurológicas.
- La simplificación de los trámites requeridos para activar dicho Código Ictus es importante y vital sobre todo en aquellos hospitales carentes de Unidad de Ictus propia y que precisan derivar a los pacientes a otros hospitales.
- Debemos priorizar la valoración clínica del paciente ante pruebas complementarias no concluyentes, porque todo proceso evoluciona, siendo fundamental la observación y vigilancia del mismo.

P. #2028

NUNCA OLVIDES EL COLLARÍN CERVICAL

Violeta Arelis Tejerina Linares, Kilian Griñan Ferre, María Belén Pozzi Don

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 con antecedentes de hipertensión arterial que reconsulta por debilidad de miembros superiores de un mes de evolución que inició posterior a traumatismo craneocervical por caída accidental mientras deambulaba en la montaña, sin pérdida de conocimiento previo, ni posterior a la caída. Con clínica inmediata de tetraparesia con duración breve y recuperación casi completa. Se movilizó solo previo a la llegada de los bomberos, quienes lo evacuan sin control espinal en sedestación. En las urgencias cercanas se realiza TC craneal que no evidencia lesiones, indicando alta médica. Desde entonces el paciente presentó fasciculaciones y paresia en ambos miembros superiores, que exacerba al realizar esfuerzo. Además, dificultad para coger objetos con ambas manos y para la extensión de dedos de predominio derecho. Añade estreñimiento, perdida de sensación miccional, sin urgencia ni incontinencia y disfunción eréctil que previamente no tenía. Consultó en su centro de atención primaria, donde realizaron interconsulta con su servicio de Neurología, que descarta clínica a causa de trauma craneal. Debido a la persistencia de la clínica, acude a nuestro servicio de urgencias. A su llegada, hemodinámicamente estable con examen neurológico que destaca: fuerza disminuida en miembro superior derecho 3/5 de predominio distal en flexores de dedos, miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho 4/5 con dificultad a la dorsiflexión del pie. Sensibilidad con hiperestesia a nivel de antebrazo izquierdo. Hiperreflexia rotuliana bilateral, Babinski derecho positivo. Comentamos el caso con el servicio de Neurología, concluyendo paresia de evolución subaguda y piramidalismo a predominio de hemicuerpo derecho. Orientando probable etiología central, posible causa traumática a descartar mielopatía. Se decide realizar tomografía axial computarizada craneal que no evidencia cambios significativos y resonancia magnética cervical (RM Cervical) que acaba orientando como discartrosis C5-C6 con una extrusión discal postero central, que condiciona disminución del diámetro anteroposterior del canal raquídeo en un 50% con consecuente compresión medular focal y con signos de mielopatía focal asociada. También se aprecia estenosis severa foraminal lateral con cierto predominio derecho, con probable compromiso radicular bilateral.

CONCLUSIONES

Ante un paciente que ha sufrido un accidente es muy importante en la atención extrahospitalaria con una correrta valoración, inmovilización y transporte utilizando elementos como collarín cervical y tabla rígida para lograr prevenir daños a nivel medular. En el caso clínico presentado, la sintomatología del paciente junto con la exploración física ha sido un importante orientador de probable daño compresivo medular.
La RM Cervical es la prueba estándar para el diagnóstico de lesiones a nivel medular, permitiendo visualizar la compresión de

la médula espinal.
La debilidad, alteraciones sensoriales y dolor pueden presentarse en trastornos medulares estructurales como, (tumores, hernias o espondilosis) y enfermedades sistémicas (infecciones, esclerosis múltiple, mielitis transversa) por lo que, en este caso ha sido muy importante el contexto del paciente.
Al tener un evento traumático relativamente reciente y sin asociar ninguna otra clínica que orientara un proceso infeccioso como fiebre. Añadiendo que no había tenido la clínica previo accidente, descartamos enfermedades sistémicas. No había tenido síndrome tóxico por lo que sería poco probable una lesión tumoral.
Al evidenciar en la RM cervical dicartrosis en C5 y C6 con extrusión discal que ha condiciona disminución del canal raquídeo llegamos a la conclusión de mielopatía compresiva postraumática.
La primera propuesta de tratamiento previa intervención quirúrgica será orientada a controlar dolor e inflamación, inmovilización cervical, corticoides y fisioterapia.
Al realizar interconsulta con el servicio de Neurocirugía se ha propuesto intervención quirúrgica descompresiva y fijación con microdiscectomía + artrodesis discectomia anterior cervical y fusión de C5-C6.

P. #2035

ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A SINUSITIS COMPLICADA: DIAGNÓSTICO PRECOZ Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Erika María Camacho Da Silva, Anna Carolina De Paola Prato, Alejandro Gutiérrez Medina, Carmen Cid Moreno, Sara García Mateo, Cristina Bejarano Roma

Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 26 años, procedente de Colombia, con antecedente de accidente de tráfico a los 20 años que resultó en un traumatismo craneoencefálico. Acude a urgencias por cefalea frontal opresiva de un mes de evolución, la cual en los últimos días se ha localizado en la región occipital con irradiación cervical, sin mejoría con analgesia habitual.
Previamente, el paciente consultó en urgencias por un episodio de gastroenteritis aguda con fiebre de hasta 38°C. En ese momento, la exploración física fue normal y la analítica sanguínea mostró leucocitosis de 12.490/µL con proteína C reactiva (PCR) negativa. Fue dado de alta con tratamiento sintomático.
Al ingreso actual, la exploración física fue nuevamente normal. Se realizó una analítica sanguínea que reveló leucocitosis de 34.760/µL con un 86% de segmentados, hemoglobina de 14,6 g/dL, función renal y hepática normales, y PCR negativa.
Durante su estancia en urgencias, el paciente presentó un episodio confusional progresivo y severo, acompañado de afasia global y disminución de la fuerza muscular en la mano izquierda. Ante esta situación, se indicó la realización urgente de una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral, que evidenció una masa frontal izquierda de 50x40 mm, hipodensa en condiciones basales, con realce en anillo tras la administración de contraste intravenoso. Se observó un marcado edema vasogénico perilesional, con obliteración de los surcos cerebrales y leve desplazamiento de la línea media hacia la derecha, siendo sugestivo de absceso cerebral.
Debido al deterioro del estado general, ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se realizó intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia. Se inició tratamiento con dexametasona, meropenem y ampicilina.
La resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral confirmó una lesión frontal izquierda compatible con absceso, probablemente secundario a sinusitis frontal izquierda y maxilar derecha. Un electroencefalograma (EEG) mostró un trazado lentificado generalizado en frecuencia delta, indicativo de encefalopatía moderada-grave.
El cultivo del exudado y biopsia de los senos paranasales identificó Staphylococcus epidermidis, lo que motivó un cambio en la antibioterapia a linezolid, metronidazol y ceftriaxona por un periodo de dos semanas.
El paciente evolucionó favorablemente, logrando la extubación y, posteriormente, el alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio a base de levofloxacino y metronidazol. Los controles analíticos y de imagen mostraron una evolución compatible con la resolución del absceso cerebral.

CONCLUSIONES

El absceso cerebral secundario a sinusitis complicada es una entidad poco frecuente, pero potencialmente grave, que requiere un abordaje precoz y multidisciplinario. En este caso, la presencia de cefalea persistente con signos neurológicos focales motivó la realización de neuroimagen, lo que permitió un diagnóstico oportuno y la instauración de un tratamiento antimicrobiano dirigido.
La evolución favorable del paciente subraya la importancia del reconocimiento temprano de signos de alarma en cefaleas de curso prolongado y la necesidad de un manejo integral que incluya antibioterapia de amplio espectro, corticoides para el control del edema cerebral y soporte en unidades de cuidados intensivos cuando sea necesario. Este caso destaca el papel crucial de la correlación clínico-radiológica en la toma de decisiones terapéuticas y enfatiza la importancia de considerar infecciones intracraneales en el diagnóstico diferencial de síntomas neurológicos agudos en pacientes con antecedentes de infecciones ORL.
El diagnóstico diferencial debe centrarse en infecciones intracraneales, como abscesos cerebrales, así como en enfermedades neurodegenerativas o secuelas traumáticas. No obstante, una historia clínica detallada y una correcta interpretación de las imágenes de diagnóstico permitieron determinar que la causa más probable fue un absceso cerebral secundario a sinusitis complicada.
Este caso resalta la importancia de una evaluación integral y un enfoque exhaustivo ante síntomas neurológicos agudos.

P. #2036

NI GUILLAIN NI BARRÉ, PERO NO SE TIENE EN PIE

Carlos Mario Cardozo García, María Isabel Álvarez Nozal, Natalia Alfonso Zuluaga, Almudena García Santibañez, Cristina Peña Busto, Lucía Fernández Gutiérrez

Hospital Santos Reyes, Aranda De Duero (Burgos), España

HISTORIA CLÍNICA

Niña de 14 años que acude a urgencias de hospital comarcal porque, tras una faringitis aguda febril ,tratada por su pediatra con azitromicina, comienza con cuadro de debilidad progresiva en extremidades inferiores(EEII) , de predominio matutino, que la impide andar con normalidad.Niega fiebre,disfagia y/o disnea.
Exploración Física: Glasgow 15/15 con pares craneales(PC) conservados y pédida de fuerza EEII 2/5 con ROT abolido en pierna derecha.
Solicitamos PCR virus respiratorios que dan negativos e incluimos CK en analítica que da valores normales.Ante la sospecha de Guillain-Barré,se deriva a neurología de hospital de referencia ,que da alta al considerar la exploración neurológica normal.
A los cuatro días reconsulta por persistencia de la clínica ,derivándose de nuevo para valoración por neurólogo quien decide ingreso.
Completan a la exploración neurológica ,en la sólo objetivan leve pérdida de fuerza 3/4 en EEII , resonancia magnética cerebral y electromiograma que son normales.
Analítica con estudio de autoinmunidad negativo a la espera de los resultados de los Anticuerpos antiacetilcolina.
Alta con diagnóstico de MIOSITIS VIRAL AGUDA.

CONCLUSIONES

La miositis aguda benigna infantil (BACM) es un síndrome pediátrico que se caracteriza por la aparición repentina de dolor muscular durante o después de la recuperación de una enfermedad viral.
La mioglobinuria y los niveles muy elevados de creatina fosfoquinasa son poco frecuentes, pero deben considerarse. Las alteraciones clínicas y de laboratorio suelen normalizarse rápidamente.
El tratamiento se basa en hidratación y analgesia,teniendo un pronóstico excelente.
Se pueden excluir patologías graves como Síndrome Guillaim-Barré ,con una historia clínica y examen clínico con análisis de sangre y orina sencillos, lo que evita investigaciones diagnósticas innecesarias.
Este caso pone en evidencia la importancia de una buena anamnesis con examen físico adecuado, además de las limitaciones de los profesionales de urgencias en hospitales comarcales ,donde no se disponen de todas las especialidades.

P. #2042

A PROPÓSITO DE UN CASO: UN CÓDIGO ICTUS QUE OCULTABA UNA MIGRAÑA CON AURA

Paula Vela Vela, Claudia Del Carmen Fernández Ruíz, Marta Amaya Guerrero, Macarena Godoy Gandía

AGS Serranía de Ronda, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años. Antecendentes de hipertensión, dislipemia, migraña, incontinencia urinaria, fibromialgia y trastorno ansioso-depresivo. En tratamiento con simvastatina, losartan, amitriptilina, sumatriptan, trazodona, sertralina, lormetazepam y clorazepato. Acude a urgencias del centro de salud por cuadro de cefalea, mareos y sudoración acompañado de episodio sincopal sin pérdida de control de esfínteres. Desde entonces refiere aturdimiento y parestesias en miembros derechos. Sin disnea ni dolor torácico.

Exploración física: Aceptable estado general, eupneica en reposo, afebril, rítmica sin soplos con murmullo conservado sin ruidos patológicos. TA: 135/95 mmHg.

Neurológicamente: glasgow 15/15, pupilas isocóricas normoreactivas. Durante la exploración la paciente comienza con desviación de la comisura bucal con hemiparesia facial izquierda, así como debilidad de hemicuerpo derecho 4/5 con claudicación de miembro superior derecho en menos de 10 segundos sin tocar la camilla y claudicacion de miembro inferior derecho en menos de 5 segundos. Sin disartria sin dismetrías. NIHSS 4 puntos. Escala RACE 4 puntos. Cincinatti 2/3. Rankin 0 puntos.

ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, PR constante a 140 ms, sin alt en repolarización.

Glucemia: 102 mg/dL. FC: 70 lpm. Sat O2 basal: 98%.

Evolución y Desenlace:

Se activa código ictus informando al equipo médico coordinador para traslado a hospital comarcal, pero tras los datos clínicos aportados, se decide activar vía aérea para traslado a hospital de referencia sin prueba de imagen previa dada la gran posibilidad de afectación de gran vaso subsidiario de trombectomía.

La paciente ingresa en la unidad de Ictus donde se le realizan TAC de cráneo con TSA y TC de perfusión sin datos de isquemia ni oclusión de gran vaso. Ecocardiograma Eco-Holter sin alteraciones. Angio-Resonancia de cráneo sin hallazgos patológicos.

Durante el ingreso la paciente presentaba una fluctuación de la clínica junto con cefalea y sensación de aturdimiento. Finalmente fue dada de alta con resolución de los síntomas.

CONCLUSIONES

- Activación Justificada del Código Ictus: La paciente presentaba síntomas neurológicos focales (hemiparesia facial, debilidad en hemicuerpo derecho y parestesias), junto con antecedentes cardiovasculares como la hipertensión y dislipemia, lo que justificaba la activación del código ictus. La clínica y la rápida evaluación con escalas clínicas (NIHSS, RACE, Cincinnati) indicaban un posible ictus isquémico con afectación de gran vaso, lo que motivó su traslado urgente a un hospital de referencia.
- El código ictus debe activarse ante cualquier sospecha para garantizar el tratamiento precoz si se confirma un evento cerebrovascular. Sin embargo, no todos los déficits neurológicos focales son ictus, por lo que es fundamental considerar diagnósticos diferenciales, especialmente en pacientes con antecedentes de migraña. La evaluación clínica y la imagen son claves para diferenciar entre ictus, migraña con aura hemipléjica y otras patologías neurológicas transitorias.
- Importancia del Diagnóstico Diferencial: A pesar de la presentación sugestiva de ictus, las pruebas de imagen (TAC de cráneo, TC de perfusión y Angio-Resonancia) no mostraron signos de isquemia ni oclusión de gran vaso, lo que llevó a considerar diagnósticos alternativos. Entre ellos, la migraña con aura hemipléjica es una entidad que puede simular un ictus, generando síntomas neurológicos transitorios sin daño estructural.
- Conclusión Final: Se trató de un falso positivo de código ictus, probablemente debido a migraña con aura, una condición benigna pero que puede imitar un evento cerebrovascular. La rápida actuación permitió descartar patología grave y evitar tratamientos innecesarios como trombectomía o fibrinólisis.

P. #2048

SÍNCOPE TUSÍGENO

Xavier Xipell Font, Ma Paz Ortega Mercader, Juan Carlos Rivero Pigne, Jorge Blanco Briones, Miguel Cuesta De Diego
Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1. Motivo de consulta: Síncope tusígeno y traumatismo craneoencefálico.
Varón de 69 años, con antecedentes patológicos de: fumador activo de 70 paquetes/año, ex-enólico, cirrosis hepática con hipertensión portal CHILD B9 MELD 12 secundaria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tipo enfisematoso centrolobulillar.
2. Episodio actual
Acudió a urgencias refiriendo cuadro de dos semanas de evolución de tos con expectoración blanquecina y aumento de disnea basal hasta hacerse en reposo. Además, refirió episodio de síncope tusígeno esa mañana en el supermercado, con traumatismo craneoencefálico asociado. Asímismo, también refirió debilidad de mano izquierda que le limitaba funcionalmente, sin otra clínica asociada.
3. Exploración física
- Constantes: Tensión arterial 140/62 mm/Hg, frecuencia cardíaca 75lpm, saturación de oxígeno: 95%, afebril.
- Auscultación cardiopulmonar anodina, salvo crepitantes bibasales.
-Exploración neurológica: destacó pérdida de fuerza en mano izquierda y desviación de comisura labial a la izquierda que corregía levemente con la sonrisa. Resto sin alteraciones.
4. Pruebas complementarias
- Analítica sanguínea: destacaba trombopenia y coagulopatía con alteración del perfil hepático ya conocido previamente en el contexto de su enfermedad de base.
- Tomografía computarizada urgente: se observó lesión isquémica en región temporal posterior derecha, con hemorragia subaracnoidea temporal bilateral, de predominio derecho.
Se cursó ingreso para estudio de hallazgos radiológicos y de clínica de focalidad neurológica.
- Resonancia magnética cerebral: se describieron múltiples lesiones focales milimétricas con realce en anillo, compatibles con depósitos secundarios, sin poder descartar completamente que se tratara de microabscesos.
- Microbiología: resultados negativos para mycoplasma, toxoplasma, criptococo, borrelia, brucella, citomegalovirus, tuberculosis, treponema, Epstein Barr, herpes simple y virus hepatotropos, entre otros.
- Tomografía computarizada de tórax: se describieron atelectasias consolidativas perihiliares derechas con márgenes espiculados y engrosamiento intersticial interlobulillar, que se acompañan de adenopatías hiliares derechas y mediastínicas, sugerentes de origen tumoral.
- Fibrobroncoscopia: se describieron hallazgos de adenocarcinoma de origen primario pulmonar (TTF1+) en bloque celular y extensiones.
- PET-TAC: se observaron datos afectación tumoral pulmonar derecha, ganglionar supra e infradiafragmática, metástasis cerebrales de predominio supratentorial y probables depósitos secundarios en las vértebras C1 y D7, además de en ápex de ambos lóbulos prostáticos de predominio derecho así como en ganglio iliaco externo izquierdo y descompensación hidrópica con progresión de la ascitis de cuatro cuadrantes y de los derrames pleurales derecho y pericárdico.
5. Tratamiento
Inició tratamiento con radioterapia holocraneal con intención paliativa el que se suspendió a los 10 días por escaso beneficio clínico y rentabilidad tras 7/10 sesiones.
6. Evolución
Al mes del diagnóstico oncológico de adenocarcinoma de pulmón T4N2aM1c1 (Estadío IVB), el paciente volvió a consultar por episodios de repetición de síncope tusígeno con traumatismo craneoencefálico asociado. Se volvió a realizar tomografía de control donde se informó de una nueva imagen sugestiva de sangrado en uncus temporal derecho, no vista en la resonancia previa y que sugería nuevo foco de sangrado agudo o subagudo, además de focos de sangrado en los depósitos tumorales. Tras desestimarse indicaciones terapéuticas por parte de neurocirugía y oncología radioterápica el paciente fue ingresado para valorar progresión de la enfermedad y tratamiento médico paliativo. Se volvió a solicitar nuevamente una resonancia magnética donde se apreció un empeoramiento radiológico con leve crecimiento de las lesiones ya conocidas y aumento de edema perilesional en muchas de ellas. Además, se observó aparición de realce pseudonodular en vermis cerebeloso de nueva aparición.

CONCLUSIONES

Finalmente, el paciente presentó un deterioro súbito del estado clínico y falleció durante el transcurso del ingreso a consecuencia de la evolución de la enfermedad.

P. #2058

"PARECE QUE ESTOY DROGADO", NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Irene Palacios Aceña, Yolanda Benito Merino, Susana María Ortego Martín, Mónica García Fernández, Cristina Morillas Ramiro, Cristina Montero Sánchez

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 19 años que acude al SUH derivado por facultativo, traído por SVA. Anamnesis con familiar debido al bajo nivel de consciencia del paciente. Refieren, mientras trabajaba, haber referido mareo y tinnitus llegando a perder la consciencia. No movimientos tónico clónicos, no pérdida de control de esfínteres. No dolor torácico. No fiebre. No cefalea. Niega consumo de tóxicos. Niega TCE.

Al ser valorado por AP paciente consciente y orientado con pupilas midriáticas. En el traslado de la ambulancia tres vómitos alimentarios abundantes y tendencia a somnolencia con hipotensión (78-99/43-72). Según informe de derivación pupilas mióticas a las 21:00 h con bajo nivel de consciencia.

Exploración física: TA 116/78 mmHg, FC 77 lpm, Sat O2 99%, glucemia 104 mg/dl.

Somnoliento. Hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico. Escasa colaboración

Tórax:- AC: Tonos rítmicos. No soplos. No roce ni extratonos.- AP: MVC en ambos campos

Abdomen: Blando y depresible. Sin signos de irritación peritoneal. No doloroso a la palpación. RHA: normal. No masas ni visceromegalias.

Extremidades: No edemas. No signos de TVP.

Exploración neurológica: tendencia al sueño, algo de disartria. Obedece órdenes. Apertura ocular a la llamada. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Hemiplejia derecha. Marcha y coordinación no explorada.

Glasgow: 14 Individuales: O3M6V5

Analítica normal, alcoholemia negativa, tóxicos en orina negativos.

TC craneal: Marcada hiperdensidad del top de la arteria basilar en una longitud de aproximadamente 7mm con extensión a su bifurcación y al segmento P1 de la ACP izquierda (aproximadamente 6mm), datos sugestivos de trombosis.

Angio TC: Se identifica defecto de repleción del top de la arteria basilar, de su bifurcación y del segmento precomunicante de la ACP izquierda (P1), compatible con trombosis. La extensión del trombo congruente con lo descrito en el TC basal.

El paciente es trasladado en UVI móvil a Hospital de Salamanca donde bajo anestesia general se realiza arteriografía cerebral y trombectomia mecánica con buen resultado angiográfico.

En estudio complementario con ETE se detecta foramen oval permeable procediendo a su cierre mediante cateterismo.

CONCLUSIONES

La oclusión de la arteria basilar es una condición grave que afecta las áreas cruciales del cerebro, responsables de funciones vitales como el control del equilibrio, la respiración y la conciencia. Este tipo de ictus puede llevar a consecuencias devastadoras si no se trata rápidamente. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, que puede incluir terapias trombolíticas, anticoagulantes o procedimientos quirúrgicos, son fundamentales para restaurar el flujo sanguíneo y limitar el daño cerebral. Además, la identificación rápida de los síntomas es esencial para mejorar los resultados a largo plazo para el paciente. En algunas ocasiones el diagnóstico diferencial con otras entidades que presentan clínica similar como la intoxicación por drogas puede ser desafiante pero es importante establecer una sospecha diagnostica precoz para evitar un retraso en el inicio de tratamiento.

P. #2075

ICTERICIA CONJUNTIVAL EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

Jorge Blanco Briones, Noelia Arroyo Pardo, Xavier Xipell Font, Juan Carlos Rivero Pigne, Pablo Trigo Millan, Luis Saenz Casco
Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:
Ictericia conjuntival.
Antecedentes personales:
No reacciones alérgicas a medicamentos
FRCV: no HTA, no DL, no DM2.
Hábitos tóxicos: Ex-fumador de 8-10 cig/d desde hace 2 meses. Niega consumo enólico. Niega antecedente de usuario de drogas pro vía parenteral.
Antecedentes médicos: Episodio de "hepatitis por VHB" en Santo Domingo en 2004. No recuerda el tratamiento.
Antecedentes quirúrgicos: Safenectomía izquierda octubre 2024, pendiente de intervención del otro miembro.
Enfermedad Actual:
Varón de 47 años, natural de Santo Domingo, que vive en España desde 2002, convive con su pareja, que le ha recomendado acudir a Urgencias al notarle las corneas amarillentas. Además, el paciente refiere pérdida de 9 kg de peso en los últimos 3 meses de forma involuntaria.
Exploración Física:
Constantes: TA: 113/64 mmHg. FC: 91 lpm. Tª: 36,2 °C. SatO2: 98%
AC: rítmico sin soplos ni ruidos patológicos.
AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: RHA presentes, blando y depresible, no doloroso, hepatomegalia de aproximadamente 2cm por debajo del último arco costal. Signo de Murphy negativo. Signo de Blumberg negativo.
Ecografía en Urgencias:
Hígado de tamaño aumentado con LHD AP 185 mm de bordes nodulares y ecogenicidad muy heterogénea. Se observa una lesión ocupante de espacio heterogénea y de 11,8x11,6cm, que desplaza y parece infiltrar la vena suprahepática media. En LHI se observa una segunda lesión hiperecogénica y bien delimitada de 14,5mm. Vía biliar sin alteraciones objetivables. Se observa leve derrame pleural derecho, así como líquido libre a nivel abdominal.
Pruebas Complementarias:
• Análisis 5/12/2024:
PCR 8,47 mg/dl
Hemoglobina 14.60 g/dl.
Leucocitos 4,39 x10^3/µl.
GGT 1883 U/L con FA 973 y LDH de 347 U/L, Bilirrubina 1.70 mg/dL a expensas de bilirrubina directa, GOT 430 U/L,GPT 94 U/L.
Evolución:
Ante los hallazgos de las pruebas radiológicas, se realiza interconsulta a S. de Oncología Médica, que valora al paciente y programa intervención quirúrgica urgente para valoración pronóstica y posibles tratamientos.
TAC TÓRACO ABDOMINAL 11.12.2024:
Hallazgos sugestivos de hepatocarcinoma multicéntrico con masa dominante de 21 cm que ocupa la práctica totalidad del lóbulo derecho. Asocia:
- Trombosis tumoral de todo el eje venoso portal y la vena cava inferior, alcanzando la aurícula derecha.
- Ascitis de predominio perihepático.
- Nódulo pulmonar de 8 mm en el lóbulo superior izquierdo
- Derrame pleural derecho moderado.

Serología durante el ingreso
- Carga viral VHB 09/12: 1577179 UI/ml
- Log Carga viral VHB 09/12: 6.20
- IGRA 10/12: Positivo

Se decide iniciar terapia con de IO-antiVEFG (atezolizumab + bevacizumab), previo tratamiento contra virus de hepatitis B. Se procede a altar al paciente con seguimiento ambulatorio.
Juicio Clínico:
Hepatocarcinoma
Reagudización virus Hepatitis B.

CONCLUSIONES

- La ecografía de urgencias es una herramienta importante que ayuda en el diagnóstico precoz de la patología hepática.
- Las pruebas de imagen tienen un papel fundamental en el diagnóstico precoz del hepatocarcinoma, especialmente en hígado con patología previa.
- La historia clínica es fundamental para poder orientar el caso y solicitar las pruebas complementarias necesarias para un diagnóstico precoz. En este caso el antecedente de hepatopatía previa, ictericia conjuntival, síndrome constitucional y la hepatomegalia palpable, orientaron el diagnóstico.
- Importancia del abordaje multidisciplinar para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patología.

P. #2083

ESTE PACIENTE ESTA SOSO

Miriam Barcina Rodríguez, Vanessa Heras Fernández, Wael Humaid Alqadoumi, María Ángeles López López, Javier Fidalgo López

Hospital Príncipe De Asturias, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca, HTA en tratamiento con hidroclorotiazida
Acude a urgencias por episodio de disartria y desviación de comisura bucal izquierda desde hace 2 horas
A su llegada pasa box vital, familiar que le acompaña (hija), refiere que hace dos horas comienza con dificultades para articulación del lenguaje y desviación de comisura bucal izquierda.
Constantes Tensión arterial (TA) : 140/70 mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 65 lpm, Saturación oxígeno basal: 98%
A la exploración neurológica: Consciente. Asimetría facial con disartria. Fuerza y sensibilidad conservada en cuatro extremidades. No dismetrías ni diadococinesias. Marcha no explorada.
Se activa código ictus y se comenta con Neurología. Se solicita analítica de sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax.
Valorada por Neurología, que tras exploración de la paciente, no les impresiona de patología isquémica cerebral aguda por lo que permanece en servicio de urgencias para continuar estudio.
Se solicita TAC craneal basal urgente sin datos de patología aguda intracraneal.
Posteriormente la paciente presenta episodio de crisis tónico-clónica que precisa administración de 5 mg de diazepam intravenoso con el posterior cese.
En analítica de sangre 11.200 leucocitosis, Hemoglobina: 13.5 mg/dl, Creatinina: 1.00, plaquetas: 145.000, Proteina C reactiva: 20, Sodio: 113, Potasio : 3.8, Gasometría venosa sin alteraciones
El cuadro clínico impresiona de focalidad neurológica y crisis comiciales secundarias a alteración metabólica por hiponatremia severa.
Interrogando a familiar refiere aumento reciente de diuréticos en las ultimas semanas e ingesta hídrica de 3 litros de agua al día.
Se inicia reposición con suero salino hipertónico 3% con mejoría de 2 miliequivalente cada 3 horas.
Se realiza control seriado durante 12 horas objetivándose mejoría paulatina hasta control de sodio en 125 con desaparición y mejoría de la clínica neurológica.

CONCLUSIONES

Este caso clínico de hiponatremia severa con afectación neurológica destaca la importancia de reconocer y tratar rápidamente los trastornos electrolíticos, ya que pueden tener consecuencias graves y potencialmente mortales.
La hiponatremia, especialmente cuando se desarrolla de manera aguda, puede provocar edema cerebral y manifestaciones neurológicas como alteración del estado de conciencia, convulsiones o incluso herniación cerebral.
El manejo adecuado requiere una corrección cuidadosa y controlada de los niveles de sodio para evitar complicaciones como el síndrome de desmielinización osmótica. Este caso refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario, con monitorización estrecha así como identificar y tratar la causa subyacente de la hiponatremia
La educación sanitaria y de los pacientes sobre los factores de riesgo y síntomas tempranos es fundamental para prevenir complicaciones graves y mejorar resultados clínicos.

P. #2086

UN DESPERTAR EXTRAÑO

Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], Luis Adrián Molero Gil[1], María Del Carmen Morante Navarro[2], Sonia Albarran Barez[2], Gresby Carolina Luzardo López[1], María Martín Sánchez[1]

1. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
2. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 66 años de edad con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II y dislipemia. Tratamiento habitual con Metformina/Sitagliptina y gemfibrozilo. Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias por incapacidad para ponerse de pie al levantarse de la cama por "fallarle ambas piernas" sobre todo la izquierda y por "no saber dónde poner el pie" . No pérdida de fuerza clara ya que refiere que ha podido caminar hasta el coche, no desviación facial o incapacidad para la emisión de la palabra. Explica que se levantó al baño sobre las 4 de la madrugada asintomático. No síncope o cefalea. No dolor torácico ni disnea. Niega otros síntomas en anamnesis por aparatos y sistemas. A la exploración física : afebril, eupneico en reposo SatO2: 95% basal, TA: 179/81mmHg , FC: 67 l.p.m . Consciente y orientado . Glasgow 15/15 puntos. Lenguaje coherente en curso y contenido , comprende , nomina y repite . Campimetría por confrontación: cuadrantonopsia en campo temporal inferior de ojo izquierdo (ojo derecho afáquico) . Pupilas isocóricas y normorrecativas a la luz. No nistagmo. No signos meníngeos. Fuerza global sin claudicación , disminuida 4/5 en extremidad inferior izquierda sobre todo de predominio proximal. Dismetría dedo-nariz y talón -rodilla izquierda, Babinsky positivo izquierdo. Marcha atáxica. NIHSS 4 puntos. Resto de exploración física sin alteraciones. Se realiza analítica sin alteraciones y electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Se solicita TC craneal y de arterias supraórticas como código Ictus donde se observa pequeña y leve hipoatenuación focal en núcleo lenticular derecho y corona radiada izquierda de posible etiología isquémica. Dado que se trata de un ictus del despertar se solicita RM urgente en secuencia DW y Flair mostrando infarto lacunar agudo en región tálamo -capsular derecha. Lesión isquémica crónica en corona radiada izquierda. Se administró 100 mg de Adiro, clopidrogel 75mg, Clexane 40 mg subcutáneo, 50 mg de captopril.
El paciente no fue candidato a tratamiento de reperfusión en fase aguda debido a que el Angio TC no mostró oclusión de gran vaso.

CONCLUSIONES

Los infartos lacunares representan del 15 al 26 por ciento del accidente cerebrovascular isquémico. Al igual que otros subtipos de accidentes cerebrovasculares, la prevalencia de accidentes cerebrovasculares lacunares aumenta con la edad. El principal factor de riesgo está relacionado con la hipertensión Otros posibles factores de riesgo para el infarto lacunar incluyen la diabetes mellitus, el tabaquismo, la edad y dislipemias.
Clínicamente presentan en común una serie de características neurológicas (ausencia de déficit visual y oculomotor, buen nivel de conciencia y ausencia de convulsiones), neuropsicológicas (ausencia de afasia, apraxia, agnosia, negligencia, trastornos dismnésicos y deterioro de funciones superiores) y clínicas generales (ausencia de vómitos y síntomas vegetativos).
Los síndromes lacunares habituales, clásicos o típicos son el síndrome motor puro, el síndrome sensitivo puro, la hemiparesia atáxica, la disartria-mano torpe y el síndrome sensitivo motriz .
La fibrinólisis intravenosa es el tratamiento de elección del ictus isquémico en territorio anterior, en ausencia de criterios de exclusión, en pacientes con síntomas de cronología inferior a 4.5 horas desde el inicio. La existencia de dicha ventana terapeútica tiene por objeto disminuir la incidencia de complicaciones hemorrágicas y mejorar los resultados del tratamiento fibrinolítico. Sin embargo, el criterio tiempo supone una importante restricción en el número de pacientes tratables, pues en un 14-27% de los casos el inicio de los síntomas es desconocido, tratándose en muchas ocasiones de ictus del despertar.

P. #2087

MAREO Y DIABETES: IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS APROPIADA

Gabriela Herranz Álvarez, José Javier Noceda Bermejo, Sonia Marquina Dasi

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 62 años, exfumador, sin antecedentes médicos, acude por presentar desde 18 horas antes, dos episodios de mareo. Fueron episodios agudos, episódicos, de minutos de duración, desencadenados por movimientos de la cabeza o al levantarse, asociadas a náuseas sin vómitos y con remisión completa posterior. Acude al centro de salud donde presentó una glucemia capilar de 325 mg/dL, por lo que se le administró insulina cristalina y suero fisiológico y fue dado de alta con glucemia de 238 mg/dL y mejoría sintomática. Sin embargo, a lo largo de la tarde presentó un nuevo episodio de vértigo rotatorio por la que acudió al servicio de urgencias. Adicionalmente refiere polidipsia durante 3-4 meses previos. No habían síntomas neurológicos, hipoacusia o acúfenos. Por otro lado, no presentaba pérdida de peso, polifagia o poliuria. A la exploración física estaba hemodinámicamente estable, consciente, orientado, lenguaje conservado, sin rigidez de nuca, Romberg negativo, no dismetría ni adiadococinesia, deambulación autónoma, Barany negativo, HIT: sin movimientos sacádicos correctores. Ausencia de nistagmo espontáneo ni con el seguimiento. Dix-Hallpike: Ligero nistagmo horizontal a la izquierda. McClure positivo a la izquierda con nistagmo horizontal izquierdo y náuseas.
Glicemia 306 mg/dL. Resto de analítica sin alteraciones destacables.
Se realizó la maniobra de Gufoni para reposicionamiento de otolitos y se inició Metformina derivando a primaria para seguimiento.

CONCLUSIONES

La relevancia clínica de este caso radica en la importancia de un interrogatorio adecuado y dirigido para llegar a un diagnóstico certero. Principalmente cuando nos enfrentamos a un síntoma tan inespecífico como el mareo, que puede ser descrito por el paciente de muchas maneras, incluyendo "mareo", "vértigo", "embriaguez", "desmayo" que se utilizan indistintamente. El diagnóstico de uno u otro se basa en la anamnesis y el examen físico adecuados. El vértigo periférico es el más frecuente, constituyendo el 85% de los casos con una prevalencia estimada del 5% anual. Es un caso interesante porque el paciente acude por mareo. El síntoma se atribuyó por primera vez a la hiperglicemia en un paciente no diagnosticado previamente de diabetes. Detallando en el interrogatorio, el diagnóstico se dirigió al VPPB por la sensación de girar objetos, sin foco neurológico, con inicio agudo y episódico, presencia de gatillo (movimientos de cabeza o cambios posturales), mejoría completa y maniobras positivas (Dix Hallpike y McClure) Describe una presentación típica de vértigo posicional paroxístico benigno y el diagnóstico incidental de Diabetes mellitus. No fue necesario realizar más investigaciones y el paciente no presentó recurrencia de los síntomas.

P. #2099

HARTO DE ARQUEAR CUATRO DOLORES ABDOMINALES

Elena López De Las Heras[1], William David Gawn Martínez[1], María Teresa García Muñoz Alhambra[1], Elena Marazuela Fuentes[2], Noemí Martín Soler[3], Marta Casas Martín[4]

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
2. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
3. Hospital Torrejón de Ardoz, Madrid, España
4. Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años independiente para actividades básicas de la vida diaria y con antecedentes de asma en tratamiento con salbutamol a demanda y apendicectomizada que acude a urgencias por dolor abdominal. En anamnesis dirigida la paciente comenta que las características del dolor son similares a dolor abdominales que ha presentado previamente. Refiere que el dolor suele aparecer a nivel postprandial y en ocasiones con el ejercicio es un dolor de tipo cólico que no asocia náuseas ni vómitos ni alteración en las deposiciones. Añade que en esta ocasión el dolor abdominal es de mayor intensidad a los dolores que había presentado previamente.
A su llegada a urgencias se encuentra taquicárdico (FC 120 lpm) y taquipnea (22 rpm) con resto de constantes en rango. Se extrae gasometría venosa donde presenta alcalosis respiratoria con lactato de 3,2 mmol/L. En exploración física destaca dolor a la palpación abdominal con signos de irritación peritoneal y pulsos femorales rítmicos y simétricos. Se solicita analítica donde destaca leve leucocitosis con neutrofilia sin anemización, no alteración en la función renal ni el ionograma. En el perfil abdominal destaca elevación de LDH con valor de 983 U/L y elevación de PCR 10,5 mg/dl con procalcitonina normal. Radiografía de tórax sin infiltrados pulmonares y senos costofrénicos libres y radiografía de abdomen sin signos de obstrucción intestinal. Se administra analgesia de primer escalón y se deja en dieta absoluta. En un principio el dolor abdominal se controla pero de manera repentina comienza nuevamente con dolor abdominal de mayor intensidad de características similares a cuando llegó a urgencias. Sin embargo, en la exploración abdominal en este momento presenta irritación peritoneal.Por tanto, ante abdomen agudo se solicita un TAC abdominal donde se observa probable síndrome del ligamento arcuato medio o síndrome de compresión del tronco celíaco. Dado el mal control analgésico se solicita valoración por Cirugía General quienes ingresan al paciente para cirugía abdominal programada.

CONCLUSIONES

El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM), también conocido como síndrome de compresión de tronco celiaco, se origina por la compresión externa del ligamento arcuato medio, así como de bandas fibrosas y tejido ganglionar alrededor de la aorta. Aunque a menudo no presenta síntomas, pero puede manifestarse con dolor abdominal después de las comidas o durante la actividad física, junto con náuseas o vómitos. La

pérdida de peso es también común y se ha relacionado con miedo al dolor originado al comer. La técnica gold standard para el diagnóstico del SLAM es la arteriografía aórtica lateral; los principales signos angiográficos son la compresión del tronco celiaco en las fases espiratoria e inspiratoria finales. En muchos casos, el síndrome no requiere tratamiento quirúrgico; sin embargo, en situaciones más severas, se opta por una intervención quirúrgica. La liberación laparoscópica del ligamento arcuato en el SLAM es técnicamente factible y segura, siendo una opción mínimamente invasiva respecto a la cirugía abierta. Este enfoque permite aliviar la compresión del tronco celiaco y mejorar la calidad de vida del paciente. La identificación y el diagnóstico del síndrome del ligamento arcuato medio es todo un reto clínico ya que una adecuada anamnesis nos puede ayudar mucho a un adecuado diagnóstico.

P. #2115

UNA FOCALIDAD NEUROLÓGICA COMPLETA Y EN BUENA POSICIÓN

Miren Arginzoniz Garai, Maider Cámara Garmendia, Miren Arrieta Bernaras, Lelia Del Carmen Frometa Castro

H. Zumárraga, Zumarraga, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: disartria y debilidad de extremidad superior derecha (E.S.D.) intermitente de diez días de evolucion. Hoy presenta caída por debilidad de extremidad inferior derecha (E.I.D.).
Historia clinica: mujer 60 años, los últimos 10 días presenta disartria y torpeza de E.S.D., intermitente, precedidos en la mayoría de casos, de cambios posturales de decubito a posiciones de sedestacion y bipedestación, de escasos minutos de duración. No refiere cefalea, no alteraciones visuales ni fiebre. No nauseas ni vómitos.
Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Dislipemia en tratamiento.
Exploración en urgencias:
Constantes generales: 164/100 (tensión arterial) T.A., 102 (frecuencia cardiaca) F.C. 98% (saturación de oxígeno) Sat O2, temperatura 36,2° (T°). Buen estado general. Eupneica. Normocoloreada y bien perfundida.
Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular.
Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, rítmico sin soplos.
Abdomen: Blando y depresible. No dolor a la palpación.
Extremidades inferiores: no edemas. Pulsos conservados.
Exploración neurológica: Glasgow 15. No signos meníngeos. Leve disartria. No déficits sensitivo-motores. Reflejos conservados normales. Romberg negativo. Equilibrio y marchas normales. Tándem cauteloso. No ataxia.
Pruebas complementarias: analítica sanguínea normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 67 latidos por minuto.
TAC sin contraste: tras los hallazgos de completa estudio con angioTAC troncos supra Aórticos. Conclusión: 5 focos de pérdida de diferenciación corticosubcortical sugestivos de corresponder a focos de isquemia establecida en área pre y postrolandico y frontal superior y medio. Defecto de repleción del segmento M1 de arteria cerebral media (A.C.M.) con posterior repermeabilización a nivel subsilviano de M2 que sugiere patologóa tromboembolica versus estenosis muy severa. Placas de ateroma en ambas bifurcaciones carotideas que condicionan estenosis muy severa.
Juicio clínico: accidente cerebrovascular agudo y subagudo.
Tratamiento: trombectomia. Dilatación de estenosis con balón angioplastia.
Evolución: A las hora y media de su estancia en urgencias, al realizar la transferencia del TAC a la camilla y adoptar postura de sedestación presenta afasia completa y hemiparesia de extremidades derechas que recupera ligeramente en decubito a 0°. Se activa código ictus y trasladamos en decúbito completo a hospital terciario, realizándose trombectomía. No se consigue recanalización completa con estenosis crítica subyacente, se completa tratamiento con balón angioplastia.

A las 24 horas se hace angioTAC control evidenciándose infarto establecido y y evolucionado en áreas ya descritas previamente. A los siete días la RMN, presenta transformación hemorrágica que se trata de manera conservadora.

CONCLUSIONES

1- Ante sospecha de A.C.V.A y sus razones, debemos tener en cuenta la fisiopatología del accidente cerebrovascular agudo se clasifica en cuatro grupos; anormalidad anatómica de vasos, embolismo, disminución de la perfusión del área cerebral y ruptura de vasos. Aunque puedan coincidir más de uno de ellos como desencadenantes del cuadro, en esta paciente se presentan todos ellos, no siendo lo más frecuente por otra parte.
2- Uno de los puntos de manejo inmediato en el A.C.V.A. es la posición corporal. Varios informes apuntan y un estudio objetivó que en A.C.V.A. isquémico grave de A.C.M, la velocidad media de A.C.M. Medida por Doppler trasncraneal aumentó un promedio del 20% cuando cabecera pasó de 30° a 0° y 12% de 30° a 15°. Ensayo controlado HeadPost 11.000 de dos grupos aleatorios en posición decubito completo y sentado al menos 30°, no hubo diferencias de discapacidad, mortalidad o eventos adversos graves. Recomendaciones generales con evidencia grado 1.C; pacientes que corren peligro de complicaciones como aspiración, hipoxia, HTIC… se recomienda elevacion de 30°. En el resto de los pacientes la posición que más cómoda resulte. Sin duda, para esta paciente el decúbito completo fue la posición idónea de cara a mejorar la perfusión cerebral y por lo tanto la clínica.

P. #2121

ESO LO PREGUNTABAN EN EL MIR

Rocío García-Gutiérrez Gómez, Raquel Torres Gárate, María José Hernández Martínez, Cristina Iglesias Frax, Miguel Ángel Cuesta Espinosa

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 52 años, hipertensa y diabética, no fumadora, con antecedentes de fractura de tibia derecha traumática que precisó intervención años antes, y que fue dada de alta por S° de Traumatología por consolidación completa y buena recuperación, sin otros antecedentes de interés, consulta en urgencias refiriendo un cuadro de torpeza con tropiezos del miembro inferior izquierdo (MII) y dolor en la pantorrilla simultáneo de dos días de evolución que le han obligado a guardar reposo; a esta sintomatología se le suma desde el día de la consulta debilidad y torpeza de la mano izquierda, manteniendo la clínica en MII. Niega cefalea ni mareo. No fiebre. No clínica sensitiva, tampoco visual u otra focalidad neurológica. Ampliando la anamnesis descubrimos que había tenido fallos en su MII en ocasiones anteriores autolimitados que relacionaba con sobreesfuerzos de esa extremidad respecto a la contralateral (en ocasiones tenía dolor que atribuía a la fractura que tuvo años antes).
Se realiza exploración física y neurológica, solo pudiendo destacar: Claudicación piramidal de miembro superior izquierdo sin tocar plano en 10 segundos, balance muscular 4/5 en movimientos distales de esa mano. Claudicación de MII tocando plano en menos de 5 segundos.
Ante estos hallazgos, se activa código ictus, y se decide realizar tomografía computerizadad de cráneo con contraste intravenoso (angioTC), descartando lesiones vasculares, pero advirtiéndose una lesión intraparenquimatosa (41 x 34 mm), adyacente al ventrículo lateral derecho con crecimiento hacia la luz ventricular y hacía el cuerpo calloso. La tumoración es heterogénea (iso-hiperdensa con áreas hipodensa en su interior). Tras la administración de gadolinio capta contraste observando importante vascularización. No se observan otras lesiones intra ni extraparenquimatosas que capten contraste. No se advierte signos de herniación.

CONCLUSIONES

En el diagnóstico diferencial valoramos las lesiones intraparenquimatosas cerebrales que captan contraste: tumoración glial de alto grado, linfoma y metástasis secundarias a otros tumores primarios.
Los pacientes con gli ma de alto grado suelen presentar signos y síntomas neurológicos subagudos que evolucionan en días o semanas y varían según la localización del tumor en el cerebro. Las imágenes por resonancia magnética (R) del cerebro proporcionan pruebas confirmatorias de una lesión masiva, pero en última instancia se requiere un diagnóstico tisular para distinguir los gliomas de alto grado de otros tumores cerebrales primarios y metastásicos, y así fue como se realizó en este caso en diagnóstico, tras hacerse una resección de la tumoración por

el S° de Neurocirugía.
La paciente en este momento se encuentra ingresada y se está valorando tratamiento y seguimiento.
A pesar de que la paciente ya presentaba sintomatología los días previos, la aparición de nueva focalidad impulsó a los médico de urgencias a realizar angioTC urgente en el seno de un Código Ictus para descartar que dicha focalidad fuera provocada por una patología vascular aguda, potencialmente tratable en las primeras horas de sintomatología.

P. #2130

DEBÚT NO TAN FRECUENTE DE MIELOMA MÚLTIPLE: SERIE DE CASOS

Irati Salazar Pérez[1], Irati Oregi Belaustegi[1], Alba Ramos García[2], Sheila Susan Condor Pineda[2], Ana Rengifo Martínez[2], Lorea Gómez Berasategui[2]

1. Osakidetza. Hospital Mendaro, Mendaro, España
2. Osakidetza. Hospital Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

El Mieloma Múltiple (MM) es un tumor relativamente poco común que representa aproximadamente entre el 1 y el 2 por ciento de todos los cánceres y un poco más del 17 por ciento de las neoplasias malignas hematológicas. Incidencia anual de aproximadamente 7 por 100.000 hombres y mujeres por año. A continuación dos casos de Mieloma Múltiple diagnosticados a raíz de nuestra valoración en urgencias en los últimos dos meses. Caso 1: Mujer de 58 años sin antecedentes de interés salvo HTA e diabetes en tratamiento con manidipino y simvastatina. Acude por malestar general, refiere tiritona con tos sin expectoración 10 días antes. Sin fiebre termometrada. Asocia vómitos diarios por lo que no ha estado tolerando dieta líquida ni sólida. Sin dolor abdominal. Sin alteraciones en las heces ni clínica miccional. Constantes estables, exploración física anodina. ECG en RS a buena frecuencia, en la analítica se observa una creatinina de 7.24 y FG de 6 (previas normales) urea 147, PCR 25. Gasometría venosa normal, hemoglobina 9.2, plaquetas 125.000, coagulación normal. Repito la analítica y se mantiene la insuficiencia renal. Orina normal diuresis de 300cc orina clara, ecografía abdominal sin signos obstructivos. Se le pauta ondasetrón y S Fisio y se contacta con Nefrología para ingresar a su cargo. Durante el ingreso, se observa en el proteinograma un componente monoclonal IgG lambda (alta carga tumoral) por lo que realizan un aspirado de medula ósea y se confirma el diagnóstico de mieloma. Es trasladada a planta de Hematología. Caso 2: Mujer de 82 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, gammapatía monoclonal en seguimiento por hematología. Acude por astenia, hiporexia y malestar de una semana de evolución. Sin otra clínica añadida, exploración física normal, ECG en ritmo sinusal, rx tórax sin hallazogos, analítica con cr 6.75 y FG de 6, urea 195, hemoglobina 8.5, plaquetas 132.000, sin leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda. Orina sin hallazgos, diuresis en bolsa de 300cc. Tras resultados de las pruebas complementarias, se habla con Nefro quien a la vez habla con Hematología por sospecha de insuficiencia renal aguda con posible relación a progreso de gammapatía monoclonal. Durante su ingreso, se observa en el proteinograma un componente monoclonal conocido de IgA-Lambda sobre la freacción beta. Sospecha diagnostica de FRA en paciente con CM IgA lambda en aumento progresivo, tras aspirado de médula ósea se confirma diagnóstico de mieloma múltiple.

CONCLUSIONES

El mieloma múltiple (MM) se caracteriza típicamente por la proliferación neoplásica de células plasmáticas que producen inmunoglobulinas monoclonales. Las células plasmáticas proliferan en la médula ósea y pueden provocar una destrucción esquelética extensa con lesiones osteolíticas, osteopenia y/o fracturas patológicas. Los síntomas y signos de presentación suelen ser los siguientes: anemia 73%, dolor de huesos 58%, creatinina elevada 48%, fatiga/debilidad generalizada 32%, hiperalgesia 28% y pérdida de peso >9kg.

P. #2132

BAJO EN POTASIO, ALTO EN RIESGO: HIPOPOTASEMIA CRÓNICA POR UN HÁBITO INESPERADO

Javier Martín Murillo[1][2], Ana María Albaladejo Rubio[2], Silvia Alfaro García[2], José Ramón Esteve Ruzafa[1][2], Luis Edward Sierra Bernal[3][2], María Brú Benedito[3][2]

1. CS Mariano Yago, Yecla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. CS Francisco Palao, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual:
Varón de 57 años se presenta con palpitaciones, astenia y dolor torácico que han persistido durante varios días. Se encuentra afebril y niega cualquier síntoma relacionado con infecciones respiratorias. No presenta disnea y ha experimentado diarrea durante varios meses sin episodios de vómitos ni otros síntomas adicionales. La paciente tiene hipertensión arterial controlada con un ARA II pero sin seguimiento médico regular y sin antecedentes médicos relevantes.
Exploración física:
A su examen físico se observa un buen estado general; está normohidratada y normocoloreada. Hemodinámicamente estable con auscultación rítmica y taquicárdica; no se auscultan soplos. El murmullo vesicular es conservado sin ruidos adicionales. No dolor abdominal. Se realiza un electrocardiograma que muestra taquicardia sinusal a 125 lpm, PR de 120 ms y QRS estrecho con eje izquierdo acompañado de ondas T picudas generalizadas sin posibilidad de comparación con estudios previos. Tras la realización de pruebas complementarias se obtiene una radio-grafía de tórax normal; no obstante, el análisis sanguíneo revela un nivel crítico de potasio (K+) a 1.2 mEq/l mientras que la función renal y las enzimas cardíacas permanecen dentro del rango normal. Por ello se decide iniciar la reposición de potasio tanto por vía parenteral como enteral tras la canalización de una vía venosa central a razón de 20 mEq ClK en 500 cc de solución salina fisiológica administrados en el transcurso de una hora, estableciendo como objetivo máximo entre 2-3 mEq/kg/día. También se amplían los parámetros analíticos para incluir magnesio cuyos valores resultan normales. Dado el estado hemodinámico estable del paciente se decide su ingreso bajo supervisión del servicio de Medicina Interna para evaluación adicional y control periódico de los niveles iónicos plasmáticos.

CONCLUSIONES

Una posible causa subyacente a la hipopotasemia es el uso de diuréticos (tiazídicos, de asa e inhibidores de la anhidrasa carbónica). En este caso particular se identifica una hipopotasemia crónica evidenciada por la respuesta inadecuada a las reposiciones realizadas hasta ese momento. La paciente fue ingresada para el manejo sintomático y reposición electrolítica considerando que podría estar relacionada con la ingesta prolongada de antihipertensivos orales junto al abuso habitual de laxantes debido a un historial intestinal estreñido

desde hace aproximadamente seis meses.
Es importante tener presente que en muchos casos los pacientes con hipocalemia también presentan hipomagnesemia; por lo tanto, puede ser beneficioso administrar entre 20-60 mEq/24 horas de Mg +2 para mejorar la reabsorción tubular del potasio y contrarrestar los efectos proarritmicos asociados.
Los signos de hipopotasemia suelen manifestarse cuando las concentraciones séricas alcanzan 2.5 mEq/L, lo que puede incluir hipertensión, hipotensión ortostática, disritmias, exacerbación de la toxicidad por digitalis, malestar general, hiporreflexia, calambres musculares, parestesias, parálisis, náuseas y vómitos, así como íleo. Sin embargo, estos síntomas pueden presentarse debido a una disminución rápida en las concentraciones o incluso más tarde en contextos de niveles crónicos.

P. #2134

CUIDADO CON LA GLUCOSA

Yéssica Julia Expósito Cutillas, Alberto Gil Gómez, María Rodríguez Romero
Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 55 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 10 años, en tratamiento con metformina (850 mg cada 12 horas) y empagliflozina (10 mg diarios). Refiere haber presentado malestar general, poliuria, polidipsia y disminución del apetito en los últimos dos días que se han acompañado de nauseas y vómitos en el día de hoy. No refiere fiebre ni síntomas respiratorios. Niega omisión de dosis de sus medicamentos.
Al ingreso a urgencias, el paciente se encuentra con ligera deshidratación de mucosas y con taquicardia (FC: 110 lpm) . La presión arterial es de 100/65 mmHg, con una frecuencia respiratoria de 26 rpm.
Se realiza análisis de sangre y de orina: Glucosa plasmática: 240 mg/dL; pH arterial: 7.12; Bicarbonato: 13 mEq/L; Cetonemia: Positiva; Anión gap: 20; Osmolaridad plasmática: 295 mOsm/kg (normal).
Diagnóstico:
Se establece el diagnóstico de cetoacidosis diabética isoosmolar, secundaria al uso de iSGLT2, lo que explica la ausencia de hiperglucemia severa.
Tratamiento:
-Hidratación intravenosa con solución salina al 0.9% para corregir la deshidratación.
-Insulinoterapia intravenosa en infusión continua, ajustando la dosis según evolución.
-Reposición de electrolitos, con especial atención al potasio, ya que puede descender con la administración de insulina.
-Monitoreo metabólico estrecho, control de glucosa y gases arteriales.
-Suspensión del iSGLT2 y ajuste del tratamiento antidiabético tras la estabilización del paciente.
Evolución:
El paciente mostró mejoría progresiva tras 48 horas de tratamiento, con corrección del pH y normalización de la cetonemia. Fue dado de alta con recomendaciones sobre el uso seguro de antidiabéticos y seguimiento en consulta de endocrinología.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética isoosmolar es una variante atípica de la cetoacidosis diabética (CAD), caracterizada por acidosis metabólica con anión gap elevado y cetonemia, pero con niveles de glucosa plasmática que no superan los valores extremadamente altos típicos de la CAD clásica. En esta condición, la osmolaridad plasmática se mantiene dentro de límites normales (< 300 mOsm/kg), lo que puede retrasar el diagnóstico.
Causas principales:
Uso de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), que favorecen la cetogénesis al aumentar la excreción de glucosa por la orina.

Ayuno prolongado o dietas cetogénicas, que inducen un estado de cetosis exacerbado en pacientes con diabetes.
Deficiencia de insulina en diabetes tipo 1 o 2, lo que aumenta la lipólisis y la producción de cuerpos cetónicos.
Factores de estrés metabólico, como infecciones, cirugía o enfermedades agudas, que incrementan la resistencia a la insulina.
Diagnóstico:
Se basa en la identificación de acidosis metabólica con pH < 7.3 y bicarbonato < 18 mEq/L, cetonemia o cetonuria positiva y glucosa plasmática relativamente normal o solo moderadamente elevada (< 300 mg/dL). Es importante tener una alta sospecha diagnostica pese a no tener una glucemia muy elevada.
Tratamiento:
Incluye hidratación intravenosa con solución salina, insulinoterapia para corregir el déficit de insulina y reposición de electrolitos, especialmente potasio. También se recomienda la suspensión de iSGLT2 si el paciente lo usa y la vigilancia estrecha para evitar complicaciones.

P. #2136

DOCTORA ESTA PIERNA ESTA DORMIDA

Miguel Ángel Morante Ledezma, María Del Carmen Morante Navarro, Paola Esther Veliz Terceros, Sonia Albarrán Bárez, Cristina Fradejas Rosado, Patricia Araujo Gonzaléz
Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 20 años, sin antecedentes patológicos, quirúrgicos ni tóxicos.
Refiere desde hace 48 horas parestesias en pierna derecha con pérdida de sensibilidad térmica y dolorosa, acompañado de disminución de flexión dorsal, no cefalea ni otra focalidad neurológica.
Exploración física: Signos vitales TA121/70, Tª 37.8 °C, FC; 88lpm Auscultación cardiaca rítmica y sinusal no ruidos añadidos, auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Exploración Neurológica: Función cerebral superior normales, lenguaje normal, pares craneales normales. Agudeza visual normal. Extremidades izquierdas 5/5. Miembro inferior derecho: Claudicación distal en maniobra de Barré 4+/5 de predominio en flexión dorsal del pie, reflejos osteotendinosos disminuidos de forma generalizada pero rotuliano derecho más vivo que izquierdo, reflejo cutáneo plantar izquierdo claramente flexor, derecho en ocasiones indiferente, tono normal, no Hoffman. Marcha normal, posible de puntas y talones, talón derecho menos elevado que izquierdo. Cerebelo y extrapiramidal normal. Analítica normal.
Diagnóstico: Esclerosis múltiple.
Paciente ingresada en Neurología con tratamiento de dexametasona y pantoprazol. Solicitan resonancia magnética nuclear de cráneo, columna cervical y dorsal: Los hallazgos cumplen criterios radiológicos y son altamente sugestivos de enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple con afectación cerebral supratentorial y medular y signos de actividad.

CONCLUSIONES

La esclerosis múltiple afecta más a las mujeres que a los hombres. El trastorno se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad, pero se puede observar a cualquier edad. Es causada por el daño a la vaina de mielina, la cubierta protectora que rodea las neuronas. El daño al nervio es causado por inflamación, la cual ocurre cuando las células inmunitarias del propio cuerpo atacan el sistema nervioso. Esto puede ocurrir a lo largo de cualquier área del cerebro, el nervio óptico o la médula espinal. Las causas exactas son desconocidas. Puede presentar una serie de síntomas que aparecen en brotes o que progresan lentamente a lo largo del tiempo.

P. #2141

DE UN SÍNCOPE VASOVAGAL A UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Núñez Ocaña, Génesis Villarreal Ludeña, Carolina Merino Pardo, Alexandra Junco Carreño
Hospital del Sureste, Arganda Del Rey, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 90 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y estenosis aórtica severa que requirió implantación de válvula aórtica transcatéter (TAVI) en 2023. A pesar de la edad de la paciente y las comorbilidades, realizaba una vida independiente, viviendo sola en domicilio.

Acude a Urgencias por presentar mareo de tipo inestabilidad llegando a presentar un episodio de síncope al incorporarse con pródromo, que impresiona de vasovagal. Además, asociaba vómitos de tipo alimenticio y una deposición abundante, maloliente y oscura.

A la exploración física la paciente se mantenía estable hemodinámicamente, aunque destacó una palidez de piel y mucosas, un abdomen doloroso sin defensa y lo que nos orientó más el diagnóstico, que fue un tacto rectal con confirmación de heces negras, que impresionó de melenas.

Se realizaron distintas pruebas complementarias, destacando en la analítica sanguínea una Hemoglobina (Hb) de 7 mg/dL (siendo la previa de unos meses antes de 12 mg/dL) con un hematocrito de 21.2%, es decir, una anemia de nueva aparición, con resto de valores que indicaban que se trataba de una anemia normocroma y normocítica.

Ante estos datos se decidió dejar a la paciente en Observación, se inició perfusión de omeprazol, se pautaron 2 concentrados de hematíes (CH) y se realizó interconsulta a Digestivo ante la alta sospecha de Hemorragia Digestiva (HD).

El servicio de Digestivo realiza gastroscopia y colonoscopia de Urgencia sin objetivar puntos de sangrado activo que justificaran la clínica y anemia marcada de la paciente. Deciden mantener en Observación para nueva valoración si mayor anemización y/o nuevos episodios de melenas.

Durante ese día vuelve a presentar 2 episodios de melenas muy abundantes y en la analítica de control presenta una Hb de 6.5 mg/dL a pesar de la transfusión de 2 CH, por lo que se decide la realización de angio-TC abdominal. Aquí se evidencia un punto de sangrado a nivel de yeyuno que les impresiona de posible foco arterial, por lo que se contacta con el Servicio de Radiología Intervencionista para valoración.

De este modo, se realiza arteriografía donde se identifica punto de sangrado activo como pseudoaneurisma de escasos milímetros en rama distal de yeyuno. En mismo procedimiento se cauterizó supraselectivamente dicha rama y se embolizó con cianoacrilato/lipiodol.

Tras esta intervención la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente, sin nuevos episodios de melenas y recuperó su Hb habitual de manera progresiva.

CONCLUSIONES

Las hemorragias digestivas son patologías urgentes que se ven de manera habitual en los servicios de Urgencias, por lo que es imprescindible reconocer signos y síntomas de alarma que nos orienten hacia las mismas. En este caso se identificaron rápidamente algunos de ellos, por ejemplo, la presencia de palidez mucocutánea o el relato de heces oscuras y malolientes. La anamnesis y la exploración física dirigida fueron claves para llegar al diagnóstico de la paciente, y, por tanto, para asegurar su supervivencia y evitar la morbilidad asociada, dado que se trata de una HD de origen arterial que podría haber sido potencialmente mortal.

P. #2143

ENTRE LA DESESPERACIÓN Y LA ADICCIÓN: UN CICLO DE AUTODESTRUCCIÓN

Laura Tarrat Alcalde[1], María Cardells Peris[1], M. Teresa Benavent Company[1], Ángela Soler Sanchis[2], Andrea Cantós López[1], Lucía Díaz Escrihuela[1]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandía, España
2. Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 40 años, remitido a Urgencias desde Atención Primaria por dificultad en la deambulación, Traumatismo cráneo encefálico (TCE), ebriedad y autoingesta de 5 comprimidos de Valium 5 (vía oral).
Administran Haloperidol y Tiaprizal Intramuscular en Atención Primaria
Necesaria la presencia de seguridad por tendencia a la huída y a tirarse de la silla. Verbaliza insultos a los profesionales.
Pasa a observación para contención mecánica ante la dificultad para exploración neurológica tanto por la intoxicación etílica como por el TCE.
Antecedentes Personales: fumador 10-20 cigarros/día. Consumo crónico de alcohol, abuso de benzodiacepinas (Bzd).
Consumo ocasional de Cannabis.
Trastorno esquizofrénico con mala adhesión al tratamiento tanto en Unidad de Conductas Adictivas (UCA) y Unidad de Salud Mental (USM), ingresos recurrentes por ideación autolesiva movilizada sobre rasgos Custer B de personalidad y clínica sugestiva de psicosis tóxica/afectiva por abuso recurrente de psicotrópicos sedantes.
Orden de alejamiento de su padre.
Exploración física: Tensión Arterial: 137/104, Frecuencia Cardíaca: 96, Temperatura 35.8, Glucemia Capilar: 101
Exploraciones complementarias: Urea 8, CPK 891, GPT/ALT 210, INR 0.83, Alcoholemia 2.80
Tóxicos orina : Benzodiacepinas
Resto sin alteraciones
Tomografía Axial Computerizada craneal (TAC): pequeño hematoma de partes blandas frontal derecho.
Tras tratamiento intravenoso para rehidratar y el consumo crónico de alcohol es valorado por Psiquiatra. Está confuso e inquieto, imposible realizar exploración psicopatológica. No es capaz de responder a preguntas ni tan siquiera de manera dirigida.
Se recomienda despistaje orgánico.
Mantiene estado confusional, tembloroso, sudoroso y febril (38.3)
Se realiza ingreso en Medicina Interna por posible cuadro de Síndrome de abstinencia aguda.

CONCLUSIONES

No es necesario destacar lo estigmatizada que está la salud mental y mucho más si va relacionada con el consumo de sustancias tóxicas, sobre todo con el alcohol.
Estos pacientes son vistos como una carga para la sociedad y el sistema, llevando en la mayoría de los casos a una discriminación y marginación social.
En el contexto de la atención en urgencias, los pacientes psiquiátricos y aquellos con adicciones representan un desafío significativo tanto para los profesionales de salud como para el sistema de salud en general. La naturaleza compleja de sus condiciones requiere un enfoque integral y multidisciplinario, en el que la estabilización física y psicológica debe ir de la mano con una evaluación adecuada del contexto psicosocial que les rodea. En el servicio de urgencias, estos pacientes a menudo se presentan con situaciones de crisis que pueden desencadenarse por una descompensación de su trastorno psiquiátrico o una recaída en su adicción, lo que puede complicar su manejo.
La falta de recursos para la atención de estos pacientes en muchos hospitales y servicios de urgencias contribuye a un abordaje insuficiente. Las salas de urgencias suelen no estar adaptadas para manejar las necesidades particulares de los pacientes con trastornos psiquiátricos o adicciones, lo que puede llevar a la reactivación de episodios de crisis o al incremento de situaciones de violencia, en las que el personal sanitario (sobre todo Enfermeras y Técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería) son los más afectados, ya que son los que están más próximos al paciente.
Es fundamental promover la capacitación de los profesionales de urgencias para poder ofrecer un trato más humano, empático y especializado ya que en ocasiones a los profesionales se nos pueden pasar por alto casos como el de este paciente. Vemos su agitación, las malas formas, su enolismo y no nos paramos a valorar las circunstancias que lo rodean, dejando de lado posibles diagnósticos que sean importantes en ese episodio concreto.
Patología Psiquiátrica asociada al alcoholismo, Adicciones vol 14 (2002); Trastornos psiquiátricos y alcoholismo. Información psicológica (2012); Enfermería en la atención del paciente psiquiátrico. Universidad Nacional Cuyo (2012)

P. #2144

UN SANGRADO "PELIAGUDO"

Ricardo Deza Palacios[1], Juan Martín Pilares Barco[1], Rubén Soriano Arroyo[1], Pablo Rodríguez Fuertes[1], Rosalía Cadenas Chamorro[2]

1. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
2. Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años con antecedentes personales de institucionalización por trastorno bipolar avanzado, esofagitis péptica, hernia de hiato, HTA y FA anticoagulada.
Es derivada a Urgencias por vómitos oscuros y dolor abdominal. La paciente niega síntoma alguno. A su llegada pálida, con tensión arterial 70/40, frecuencia cardiaca 130 y saturación 93%. Abdomen blando y depresible, levemente doloroso en epigastrio, con tacto rectal negativo. Radiografía de abdomen anodina. Gasometría venosa con hemoglobina 7 (previa 12). Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta se indica perfusión de inhibidor de la bomba de protones y transfusión de 4 concentrados de hematíes y se indica endoscopia digestiva alta urgente: se objetiva tricobezoar gigante con úlceras esofágicas por decúbito sobre una base de esofagitis de alto grado. Se procede a la disolución de bezoar con refresco de cola sin evidenciarse otros hallazgos patológicos. Tras transfusión , estabilización hemodinámica y reinicio dieta la paciente es dada de alta a residencia.

CONCLUSIONES

La paciente del caso que nos ocupa presentaba antecedentes de patología esofágica erosiva crónica, por lo que ante la clínica se sospechó una hemorragia digestiva aguda de origen ulceroso. Sin embargo, el origen de la hemorragia se encontraba en ulceraciones por presión por un gran tricobezoar que la paciente se había producido voluntariamente en el contexto de clínica psicótica por su enfermedad de base. Revisando la historia clínica, la paciente había sido derivada a Urgencias una semana antes por vómitos oscuros, y tras realización de analítica y radiografía se diagnosticó de síndrome emético secundario a estómago de retención, siendo dada de alta tras resolución del cuadro con reposo digestivo y tratamiento sintomático. A la vista de la evolución posterior, cabe pensar que los síntomas que motivaron la primera derivación a Urgencias ya se debían a la ingesta de cuerpo extraño.
El bezoar es una entidad poco frecuente en nuestro medio que pude manifestarse sintomáticamente de diferentes maneras, y que frecuentemente no se incluye en el diagnóstico diferencial de los paciente con patología digestiva. Este caso debe hacernos reflexionar acerca de la importancia de esta patología.

P. #2146

DE LO VISCERAL A LO NEUROLÓGICO

Saida Macho Fillat, Leyre Reclusa Broto, José Peinado Pérez, Marta Castejon Rabinad, Marta Morera Harto, Teresa Mahave Carcelen

HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años con EPOC leve, pancreatitis, hemorragia digestiva baja en relación con toma de AINEs, trombosis venosa profunda, colecistectomizada y pendiente de cirugía de eventración umbilical y hernia inguinal derecha.
Acude a urgencias por náuseas y dolor abdominal hipogástrico de 2 horas de evolución (inicio 16:00h). Asocia cefalea bitemporal opresiva sin focalidad neurológica. Ha realizado un vómito escaso sin productos patológicos. Refiere deposiciones blandas y febrícula el día anterior (37'4°) en contexto de cuadro catarral.
Exploración física:

- Exploración neurológica y por aparatos dentro de la normalidad.
- Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación de eventración y zona mesogástrica e hipogástrica.

Pruebas complementarias y manejo:

- La analítica sanguínea resulta anodina, pero a la extracción de la muestra la paciente comienza con mareo y cefalea de nuevo. Asocia fasciculaciones en mano izquierda que ceden con la administración de Valium 10 mg IV. A los 15 minutos reaparecen las fasciculaciones de 3 mins de duración y posteriormente el dolor abdominal. Se pauta 2'5 mg de midazolam consiguiendo el cese de las fasciculaciones y apareciendo rigidez importante en mano izquierda.
- Se solicita TC craneal y se deriva a Hospital Universitario Miguel Servet para realizarlo. A su llegada al HUMS muestra mioclonías generalizadas en hemicuerpo izquierdo con afectación facial y paresia posterior de extremidad inferior izquierda.
- En TC craneal no se objetivan alteraciones por lo que se solicita interconsulta a neurofisiología y neurología.

Neurología diagnostica de 4 crisis parciales motoras simples con debilidad proscritica y se aumenta dosis de tratamiento anticonvulsivante con bolo de levetiracetam 2000 mg y 1000-0-1000 basal. Se solicita electroencefalograma y pasa a sala de observación durante la noche. Durante la noche presenta varios episodios similares por lo que se ingresa a cargo de neurología con el diagnostico de crisis focales motoras hemisféricas derechas a estudio y hemiparesia izquierda persistente.
En planta de Neurología la paciente vuelve a presentar náuseas, vómitos y disminución de nivel de consciencia por lo que se contacta con cirugía general que decide manejo antibiótico por sospecha de colitis isquémica. Se contacta también con UCI por acidosis metabólica con hiperlactacidemia y fracaso renal en contexto de fracaso multiorgánico de origen infeccioso.
Tras mejoría clínica se solicita TC toracoabdominal que objetiva bronquiolitis infecciosa bilateral e íleo enterocolitico difuso con discreta colitis transversa remanente y resolución de estigmas abdominales de shock hipovolémico preexistente. Además, había presentado diarreas liquida con coprocultivo positivo para Aeromona hidrophyla que fue tratada con Meropenem

+ linezolid y posteriormente con cefepime + ciprofloxacino (microorganismo causante de la colitis).
Tras estabilización en UCI donde no presentó nuevos episodios comiciales, pasa a Medicina interna para rehabilitación que se continua en HSJD, manteniendo tratamiento anticomicial y ambulatorio por parte de neurología.

CONCLUSIONES

Las crisis focales motoras son un tipo de crisis epiléptica que se originan en una región específica de la corteza motora y se caracterizan por movimientos involuntarios como fasciculaciones, mioclonías o rigidez en un área localizada del cuerpo. Estas crisis pueden mantenerse limitadas a un grupo muscular o progresar a una crisis focal bilateral tónico-clónica.
Su etiología es variada y puede incluir causas estructurales (lesiones cerebrales, tumores o accidentes cerebrovasculares), metabólicas (hipoglucemia, hipoxia, acidosis) o inflamatorias/infecciosas. En algunos casos, pueden ser el primer signo de una patología neurológica subyacente.
El diagnóstico se realiza mediante la exploracion detallada y estudios de neuroimagen y electroencefalograma (EEG) para determinar la causa y el foco epileptógeno. El tratamiento se realiza con anticonvulsivantes y tratamiento de la causa subyacente.
Es fundamental una aproximación integral que considere tanto los factores neurológicos como las condiciones sistémicas del paciente, ya que alteraciones metabólicas, infecciones o fallos orgánicos pueden ser desencadenantes o agravantes de estas crisis.

P. #2157

DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA POR ALTERACIÓN IÓNICA

Ana Ordóñez Pastor, Andrea Cacabelos Dios, Eduardo Sánchez Fernández, Patricia Martínez Galán, Sergio Gutiérrez Velasco, Gregorio Fernández Calleja

Urgencias Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años sin alergias medicamentosas, con antecedentes de hipertensión, obesidad, cardiopatía isquémica, ictus isquémico cerebeloso bilateral y psoriasis. Ingresado hace tres años en unidad de medicina intensiva por arteritis de la temporal intracraneal. En tratamiento con mastical D, tiazidas y retinoides.
Es traído al servicio de urgencias por Unidad de Soporte Vital Avanzado ante sospecha de posible cuadro séptico/ictus. Los días previos comenzó con empeoramiento del estado general, debilidad generalizada, tendencia a cifras de tensión arterial bajas, disminución de apetito y dificultad para hablar. Desde hace menos de 12 horas, cuadro de alteración del nivel de conciencia, fluctuante con imposibilidad para deambulación. No ha presentado fiebre, ni vómitos, no cuadro catarral ni dolor abdominal.
A la exploración: TA 90/50 mmHg. FC 109 lpm. Saturación oxígeno basal 97%. Afebril. Consciente, desorientado. Regular estado general, piel eritematosa descamativa y pustulosa. PICNR. Moes conservados. Debilidad generalizada de miembros, fuerza 2/5. Sensibilidad conservada. Imposibilidad para la marcha. No rigidez de nuca. Resto de exploración no valorable. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservada sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales presentes simétricos.
Se administra sueroterapia y tratamiento antibiótico previa administración de pruebas complementarias.
En analítica sanguínea: glucosa 99, Crea 1.93, Sodio 133, Cloro 95, Potasio 2.6, Calcio iónico 19.9 (en gasometría venosa 8.6), magnesio 1,7 leucocitos 13.2x1000 sin neutrofilia, proteina C reactiva 23, procalcitonina 0.16. Coagulación sin alteraciones.
TAC cerebral, torax y abdomen sin contraste sin hallazgos de patología aguda.
Tras resultado analítico de hipercalcemia severa, hipopotasemia e hipomagnesemia se administra fluidoterapia intesiva mediante vía venosa central y zoledrónico, así como furosemida con control diurético y reposición de potasio/magnesio.
Se realiza EEG basal no se registran anomalías de perfil epileptiforme, si bien presenta frecuentes brotes lentos difusos Delta sin claro predominio, subclínicos, con moderada prevalencia, impresionando de encefalopatía metabólica.
El paciente es ingresado en nefrología con mejoría. Tras pruebas complementarias (PTH <6, TSH en rango, albumina normal), descartar posible neoplasia y otras causas frecuentes, se determina que la causa son la toma de calcio oral y las tiazidas.

CONCLUSIONES

La hipercalcemia es la concentración sérica de calcio corregido superior a 10,5 mg/dL. Su desarrollo agudo provoca confusión y coma. Los más frecuente es presentar fatiga y debilidad generalizada, letargia, poliuria y polidipsia, así como náuseas y vómitos. Sus principales causas son: neoplasias (carcinoma pulmón, mama y riñón), hiperparatiroidismo primario, intoxicación por vitamina D, hiperparatiroidismo, mieloma y fármacos como diuréticos, entre otras causas. El tratamiento específico tiene como objetivos principales restaurar el volumen intravascular con adecuada hidratación, aumentar la eliminación del calcio por el riñón, inhibir o reducir la actividad osteoclástica y disminuir la absorción intestinal de calcio. Se debe mantener diuresis 100-150 mL/h mediante administración de 1.000 ml + 5 mEq de cloruro potásico y furosemida 20 mg/4 horas y administrar de forma urgente ácido zoledrónico. Se aconseja canalización de vía venosa central. En aquellos casos que pese a tratamiento persiste hipercalcemia con sintomatología grave y enfermedad renal crónica se aconseja diálisis. El tratamiento final dependerá de la etiología estudiada.

P. #2158

ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON HIPONATREMIA SEVERA

Yéssica Julia Expósito Cutillas, Alberto Gil Gómez, María Rodríguez Romero

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia en tratamiento. Consulta en el Servicio de Urgencias porque refiere que sus encuentra con mareos (no precisa si hay sensación de giros de objetos) de 12 horas de evolución. Ha consultado en su Centro de Salud esta mañana y su médico ha pautado sulpirida para domicilio.
Consulta porque refiere empeoramiento con nauseas y vómitos de contenido alimentario en la última hora.
- Analítica: Sodio sérico: 116 mEq/L (hiponatremia severa); Glucosa plasmática: Normal; Función renal: Normal.
- Pruebas de neuroimagen (TAC cerebral): Sin lesiones estructurales agudas
- Estudio de LCR: Pleocitosis moderada, hiperproteinorraquia, sin evidencia de infección viral o bacteriana.

Durante su estancia en Urgencias, la paciente presenta una crisis convulsiva generalizada, con alteración del estado de conciencia, por lo que se decide intubación orotraqueal y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos.
Se le realizo el siguiente tratamiento:
1. Corrección controlada de la hiponatremia con suero hipertónico, evitando correcciones rápidas para prevenir mielinolisis pontina.
2. Manejo de crisis convulsivas con antiepilépticos de amplio espectro.
3. Inmunoterapia con corticoides y/o inmunoglobulinas intravenosas.
4. Monitoreo neurológico intensivo y manejo en UCI hasta la estabilización.
5. Búsqueda de neoplasias asociadas a encefalitis autoinmune paraneoplásica.
Evolución
La paciente presentó mejoría progresiva tras el tratamiento inmunomodulador y el control electrolítico. Fue extubada tras mejoría neurológica y trasladada a planta para seguimiento. Posteriormente, se inició rehabilitación neurológica y fue dada de alta con seguimiento estrecho en neurología e inmunología.

CONCLUSIONES

Definición:
La encefalitis autoinmune es un trastorno inflamatorio del sistema nervioso central causado por una respuesta inmunitaria anómala que ataca las proteínas neuronales. Puede ser idiopática o asociada a neoplasias (encefalitis paraneoplásica). Se manifiesta con alteraciones cognitivas, convulsiones, trastornos psiquiátricos y disfunción autonómica.
Etiología:
Se clasifica en dos grandes grupos:
Encefalitis con anticuerpos contra antígenos de superficie

neuronal, como la encefalitis por anticuerpos anti-NMDAR, LGI1 o CASPR2.
Encefalitis paraneoplásicas, relacionadas con tumores (como teratomas ováricos, timomas o cáncer de pulmón de células pequeñas) y anticuerpos contra antígenos intracelulares (Hu, Ma2, CV2, entre otros).
Prevalencia
La encefalitis autoinmune es menos frecuente que la infecciosa pero ha ganado relevancia diagnóstica en los últimos años. Se estima una incidencia de 5 a 10 casos por millón de habitantes al año, afectando a cualquier edad, con predominio en adultos jóvenes en casos anti-NMDAR y en personas mayores en variantes como la anti-LGI1.
Diagnóstico
El diagnóstico es clínico y se apoya en:
Neuroimagen (RM cerebral): Puede mostrar lesiones en hipocampo o corteza cerebral.
Líquido cefalorraquídeo (LCR): Pleocitosis leve, aumento de proteínas y bandas oligoclonales.
Electroencefalograma (EEG): Actividad epileptiforme o patrón delta rítmico extremo.
Anticuerpos específicos en LCR o suero: Confirma la etiología autoinmune.
Tratamiento
Primera línea: Corticoides, inmunoglobulina intravenosa (IGIV) o plasmaféresis.
Segunda línea: Rituximab o ciclofosfamida en casos refractarios.
Soporte sintomático: Manejo de crisis convulsivas y trastornos psiquiátricos.
El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno mejoran significativamente el pronóstico.

P. #2161

EPIGASTRALGIA EN URGENCIAS: CLAVES PARA SU MANEJO Y DIAGNÓSTICO RÁPIDO

José Miguel Molina Rodríguez, Osbelin Cristina Salazar Salazar, Cristina López Mayoral, Ekaterina Liubchik, Nieves Gil Gómez, Juan González Abreu

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años de edad, fumador; con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, que acude a urgencias tras 6 horas de dolor epigástrico, sudoración y náuseas que no ceden con tratamiento antiemético.
Explotación física.
Tensión arterial: 171/96 mmHg Frecuencia cardíaca: 113 lpm. Temperatura: 36,3°C
Auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad.
Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en epigastrio.
Resto de exploración anodina.
Se realiza electrocardiograma donde se aprecian alteraciones inespecíficas de la repolarización ventricular sin disponer de registros previos para comparar.
Por lo que se decide pasar a sala de reanimación, se realiza analítica de sangre con troponina de alta sensibilidad dentro de valores normales; pero se constatan cifras elevadas de amilasa y lipasa séricas de hasta cuatro cifras, por lo que se realiza ecografía abdominal y se confirma el diagnóstico de pancreatitis aguda.
Juicio clínico: Pancreatitis aguda
Diagnóstico diferencial: infarto agudo de miocardio, úlcera péptica, colecistitis.
Ingresa en planta de digestivo con dieta absoluta, sueroterapia con ringer lactato y glucosado al 5% hiposódico 0,33%. insulina.
Anticoagulación con enoxaparina a dosis profilácticas, pantoprazol, analgesia y antieméticos vía intravenosa.
Se consigue la estabilización del paciente.

CONCLUSIONES

La pancreatitis aguda se diagnostica principalmente a través de la evaluación clínica, que incluye síntomas como dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos, junto con pruebas de laboratorio que muestran niveles elevados de amilasas y lipasas. En urgencias, el manejo inicial se centra en la estabilización del paciente, lo que incluye la administración de líquidos intravenosos, control del dolor y, en algunos casos, la corrección de desequilibrios electrolíticos. Es fundamental monitorizar al paciente de cerca y, si es necesario, realizar estudios de imagen como una ecografía o una tomografía computarizada para evaluar complicaciones. La identificación y tratamiento de la causa subyacente, como la litiasis biliar o el consumo de alcohol, también son pasos clave en el manejo.

P. #2178

HIPOACUSIA SÚBITA, CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN

Alejandro Castillo Carrasco, Noelia Arroyo Pardo, Pablo Trigo Millan, Xavi Xipell Font, Luis Saenz Casco

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1- Motivo de consulta: Hipoacusia
2- Antecedentes personales: No reacciones alérgicas conocidas, Migraña, G1P1A0 (parto 3 semanas antes del cuadro). Amigdalectomía en infancia. En tratamiento con Hierro y ácido fólico.
2- Episodio actual: Mujer de 39 años que acude a Urgencias refiriendo pérdida de audición por el oído derecho, de aparición súbita, asociando acúfeno en mismo lado. No otra sintomatología
3- Exploración física:
- Buen estado general, normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Consciente y orientada, atenta y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos.
- Otoscopia: sin alteraciones bilateral
- Acumetría: Rinne +, Weber indiferente
- Exploración neurológica sin alteraciones

4- Evolución: Se deriva a otorrinolaringología (ORL), quienes realizan acumetría, observando curva tipo AD en oído derecho y tipo A en oído izquierdo, y audiometría con hipoacusia severa para todas las frecuencias en oído derecho (izquierdo normal). Realizan diagnóstico de sordera isquémica transitoria, inician pauta corticoides IV (500mg/24 - 5 días) e indican ingreso a su cargo.
5- Juicio clínico: Sordera súbita neurosensorial
6- Plan: Se ingresa a cargo ORL para vigilar evolución.
7- Resolución: Se realiza audiometría de control tras finalizar corticoide IV sin grandes cambios. Se continúa corticoterapia oral (Zamene 1mg/kg VO) y Omeprazol 20mg/24h. En el segundo día de ingreso comenzó con Vértigo desencadenado por cambios posturales, que no responde a tratamiento con maniobras recolocación otolitos. Por lo que se solicita RMN y PIC a Neurología con resultados. En RM se observan varías hiperintensidades subcorticales y periventriculares en secuencia T2 FLAIR, sin realce con el contraste intravenoso. Neurología amplía pruebas complementarias alcanzando finalmente un diagnóstico de esclerosis múltiple de alta actividad e iniciando tratamiento con Mavenclad 10mg e hidroferol.

CONCLUSIONES

Se observa la gran importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial, disminuyendo así los errores diagnósticos

P. #2194

INFARTO MEDULAR: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Blanca Ruata Laclaustra, Miriam Sánchez Vicente, Ester Miravalles Fernández, María Cruzate Aparicio, María Isabel Puca Briones, Rosa Nieto Ortiz

HU La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

El infarto medular es una entidad infrecuente y con elevada morbimortalidad. Se suele presentar en pacientes en torno a 60 años, la mayoría con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La etiología es variada, pero las causas más frecuentes son patología aórtica o disección de arteria vertebral. Hasta en un 70% de pacientes puede no llegarse a un diagnóstico final; el diagnóstico diferencial es amplio e incluye mielopatía compresiva, enfermedades infecciosas o autoinmunes y otras enfermedades vasculares de la médula. En cuanto a las manifestaciones clínicas, la más frecuente es el déficit sensitivo, seguida del dolor. La severidad del déficit neurológico al inicio es el factor pronóstico más importante.
Se presenta el caso de una paciente de 59 años con antecedentes personales de tiroiditis de Quervain, neuropatía del trigémino y síndrome ansioso depresivo.
La paciente comienza con dolor constante localizado en región dorsolumbar, irradiado en cinturón hacia abdomen y hacia miembro inferior derecho (MID), iniciado de forma brusca mientras se encontraba en domicilio, sin haber sufrido traumatismo ni sobreesfuerzo previos. Horas más tarde comienza a asociar alteración de la sensibilidad termoalgésica consistente en disestesias localizadas en hemiabdomen inferior, región lumbar (siempre inferiores a región umbilical) y MID, así como dificultad para la micción.
Ese mismo día acude a Urgencias de otro centro, donde se realiza analítica de sangre y TAC abdominal, con único hallazgo de paniculitis mesentérica; es dada de alta con tratamiento analgésico.
Al día siguiente, inicia con alteración sensitiva en miembro inferior izquierdo (MII) y dificultad para la deambulación, sufriendo dos caídas en domicilio como consecuencia. Persistencia del dolor dorsolumbar, aunque de menor intensidad que inicialmente. No fiebre ni clínica infecciosa a ningún nivel.
La paciente decide reconsultar en Urgencias de nuestro centro. A su llegada presenta constantes vitales normales; en exploración neurológica destaca pérdida de fuerza en flexoextensión de caderas y rodillas de forma bilateral ( ), así como hipoestesia inferior a D10, con Hoffmann positivo bilateral, marcha inestable y ROTs vivos y simétricos en MMII. Se realiza ECG y TAC cerebral, sin hallazgos relevantes.
Dado el cuadro de debilidad en MMII y alteración sensitiva a estudio, se gestiona la realización de una resonancia magnética (RMN) urgente para descartar un síndrome medular. En ella se observa posible mielopatía compresiva secundaria a hernia discal T8-T9. Es valorada por Neurocirugía, quienes teniendo en cuenta la forma de presentación (inicio súbito) así como la prueba de imagen (pequeña hernia con presencia de espacio retromedular), no plantean cirugía descompresiva.

Finalmente, es ingresada en Neurología para completar estudio, durante el cual se realiza nueva RMN dorsal y lumbosacra con secuencia de difusión, en la cual se evidencian hallazgos compatibles con isquemia medular aguda dorsal que se extiende desde D6 hasta D8-D9 con afectación del territorio vascular de la arteria espinal anterior, presentando hernia discal T8-T9 que impronta sobre cordón medular pero sin mielopatía compresiva asociada. Para completar estudio etiológico se realizan angioTAC de aorta, ETT y DTSA, todos ellos sin alteraciones significativas. Durante el ingreso la paciente presenta completa resolución de paraparesia y alteración esfinteriana, con persistencia de déficit sensitivo. Es dada de alta con diagnóstico de infarto medular antero-lateral a nivel de T6-T9 de etiología indeterminada, pendiente de completar estudio a nivel ambulatorio.

CONCLUSIONES

El infarto medular es una patología con etiología variada y supone un desafío diagnóstico. Actualmente la RMN es la herramienta más útil para confirmar el diagnóstico, pero puede ser normal en las primeras horas del inicio de los síntomas. El pronóstico funcional a largo plazo es malo y depende de las características basales del paciente y de la forma de presentación clínica. El tratamiento óptimo sigue siendo controvertido.

P. #2197

SÍNDROME DE PRES A PROPÓSITO DE UN CASO

Pilar María González Romero, Carmen Beatriz Domínguez Gill, Virginia González Romero, Elvira García Castro, Martina Dácil Pérez León, Ana Ramírez Skrbe

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 40 años, con factores de riesgo cardiovascular; diabético tipo I, retinopatía diabética leve. El día del proceso asistencial, inicia desde el despertar con inatención y torpeza, así como alteración del lenguaje progresivo, con brusco empeoramiento sobre las 18:30h tras tomar paracetamol, tramadol y ciclobenzaprina, por una lumbalgia.

Como la anamnesis es imposible con el paciente, se realiza anamnesis la madre con quién convive. La madre refiere "que desde que se levanta por la mañana está "torpe", como "ido", refiriendo que se le caían las cosas de las manos y que parecía que no sabía caminar. Días previos ha estado con una lumbalgia importante por lo que se tomó entorno a las 18h analgesia tras lo que empeora de manera llamativa". " Niega fiebre o semiología infecciosa previa. Niega consumo de tóxicos. La madre no refiere déficit visuales previos"

A la exploración física se objetiva una ensión arterial sistólica de 220/115.Glu:573. Auscultación cardiopulmonar y abdominal anodina. Neurológicamente está consciente, orientación no valorable, inatento, impresiona de ceguera cortical por reflejo de amenaza. Responde a la la llamada, pero no fija la mirada. Habla normal, con monosílabos. Nominación no valorable por ausencia de visión. No repite. Obedece ordenes simples, pero no semicomplejas. Movimientos oculoexternos sin limitaciones. No paresia facial. Resto de pares craneales indemnes. Pronación y claudicación de extremidad superior derecha, con BM 3/5. Claudicación de la extremidad inferior ipsilateral. Reflejo cutáneo plantar flexor. Resto no valorable.

Se realiza analítica completa en la que se objetiva insuficiencia renal agua con una creatinina de 2,34mg/dl, Ña: 131mmo/L, Osmolalidad de 306mOsm/kg. Glucemia de 556mg/dl. Orina con glucosuria y tóxicos negativos. Se realiza punción lumbar con con líquido normal. En la tomografía computerizada (TC) craneal se objetiva área de encefalomalacia parietal derecha.

Se solicita un angio TC craneal venoso donde se descarta trombosis venosa central.

En urgencias el paciente se maneja como una encefalopatía hipertensiva con furosemida y labetalol mejorando las cifras tensionales, sin embargo persiste el deficit neurológico.

Además presenta hiperglucemia sin cetoacidosis por lo que se pauta tratamiento para ello.

Se decide ingreso en el servicio de Neurología con diagnóstico de Déficit focal hemisferico izquierdo sospecha de PRES (encefalopatía posterior reversible) para completar estudio.

CONCLUSIONES

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), engloba un conjunto de características clínicas como son: cefalea, crisis epilépticas , alteración del nivel de alerta , pérdida visual u otros

déficit focales y radiológicas como alteraciones reversibles en la sustancia blanca de edema vasogénico, especialmente en regiones parieto-temporales-occipitales. Se ha asociado a hipertensión arterial entre otros factores.
Se desconoce su incidencia debido a una presentación muy diversa, que complica su diagnóstico diferencial, en muchos casos llegando al diagnóstico clínico tras excluir otras causas. El diagnóstico de confirmación debe ser a través de resonancia magnética.
El PRES es un proceso de buen pronóstico, reversible, cuando la causa desencadenante se corrige, pero hay casos en la literatura de elevada morbimortalidad debido a complicaciones como hemorragia secundarias o vasoespamo.
El médico de urgencias debe tener en mente esta entidad ante un deterioro neurológico inexplicado con perdida visual, sobre todo en el contexto de hipertensión, y no retrasar el diagnóstico radiológico de confirmación, ya que un tratamiento inmediato y agresivo es significativo para el pronóstico.

P. #2208

LA BELLE INDIFFÉRENCE

ALBA Ramos García[1], IRATI Oregi Belaustegi[2], SHEILA SUSAN Condor Pineda[1], LOREA Gómez Berasategui[1], JON Gil Barreiro[1], Ana Lucía Rengifo Martínez[1]

1. OSAKIDETZA, Irun, España
2. OSAKIDETZA, Mendaro, España

HISTORIA CLÍNICA

Los trastornos conversivos, sobre todo hasta su diagnóstico, pasan desapercibidos en los servicios de urgencias. Se desconoce su prevalencia exacta, pero se estima que el 5% de las derivaciones a neurología corresponden a esta entidad.
Se caracterizan por una evidenciable incongruencia entre la clínica y la organicidad, habitualmente con pruebas complementarias anodinas. Típica asociación con el signo de belle indifférence o falta de preocupación por la clínica.
CASO CLÍNICO 1. Mujer de 38 años sin antecedentes personales de interés, consulta por parestesias en zona trigeminal izquierda, que comenzaron como una molestia peribucal. El cuadro se inició tras remitir una cefalea intensa con vómitos.
Estable hemodinámicamente en la exploración neurológica se objetiva la focalidad descrita con sensibilidad tactoalgésica conservada. Resto de exploración neurológica normal con funciones superiores conservadas. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones.
Se realizan ECG, analítica con hormonas tiroideas y vitamina B12 normales. En el TAC cerebral se visualiza una imagen hipodensa en la sustancia blanca subcortical, y posteriormente se realiza punción lumbar (PL) pendiente de resultados.
Durante su estancia en urgencias el cuadro empeora presentando una hemihipoalgesia izquierda con pérdida de fuerza, motivo por el cual se inicia corticoterapia y se ingresa a cargo de neurología en el hospital de referencia, con RM craneal, resultados de PL y serologías pendientes.
Tras varios días de estudio, alta domiciliaria descartando cuadro ictal, enfermedad desmielinizante y migraña. Tras valoración por neurología y neurocirugía se deriva a psiquiatría con sospecha de síndrome conversivo mejorando en los meses posteriores el cuadro con ISRS.
CASO CLÍNICO 2: Hombre de 34 años sin patología previa, que acude a urgencias por lesión penetrante en antebrazo derecho con introducción de un cuerpo extraño que se produjo en accidente laboral.
Estable hemodinámicamente, en la exploración se palpa un objeto extraño en borde medial del antebrazo, de consistencia dura aproximadamente de 10-12cm que se confirma mediante rayos. Bajo anestesia local se procede a extraer el mismo sin incidencias. Se comprueba después la integridad neurovascular de la extremidad con fuerza y sensibilidad conservadas.
Varios días después acude a urgencias de nuevo por aparición de parálisis de la mano con cierre palmar, "en garra", retracción proximal del antebrazo, alodinia e hiperestesia.
Se realizan RM de antebrazo y mano y ecografía de muñeca donde se objetivan mínima atrofia y leve edema de masas musculares de los flexores de los dedos con tenosinovitis distal asociada. SE realiza también EMG de flexores y extensores sin

encontrar daño axonal periférico.
En las siguientes semanas por empeoramiento se realizan varios bloqueos anestésicos y tratamiento rehabilitador sin mejoría del cuadro, por lo que se sospecha de síndrome doloroso regional complejo versus síndrome conversivo.

CONCLUSIONES

En los servicios de urgencias el ritmo es vertiginoso por la sobrecarga asistencial. Por eso hay que tener un cuidado especial con este tipo de cuadros con síntomas neurológicos tan floridos, ya que los pacientes que los sufren son susceptibles de caer en un bucle de repetición de pruebas invasivas y/o radiación innecesaria.
Muchas veces los pacientes hiperfrecuentadores por mismo motivo físico, suelen esconder otros motivos de consulta.

P. #2209

CUADRO ADENOPÁTICO A ESTUDIO

Alejandro Castillo Carrasco, Helena Serrano Llop, Pablo Trigo Millan, Luis Saenz Casco
Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1- Motivo de consulta: Exantema torácico y bultoma cervical
2- Antecedentes personales: hipertensión, diabetes, ex-fumador.
2- Episodio actual: Mujer de 82 años que es traída a Urgencias por su hija, la paciente refiere aparición rápida de un bulto en cuello, que ha comenzado a ser doloroso, impidiendo la movilización y deglución por dolor. Refiere fiebre de predominio nocturno, astenia y malestar general. Niega pérdida de peso (aunque ha abandonado tratamiento ponderal con Ozempic). Niega hábitos tóxicos, viajes recientes o ambiente epidemiológico positivo.
3- Exploración física:
- Constantes: TA: 110/75mmHg, FC: 85 lpm, SatO2: 98% basal, FR: 12rpm, T°: 37.7°C
- REG, normohidratada, normocoloreada y normoperfundida. Consciente y orientada, atenta y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso. Cabeza y cuello: Adenopatías submandibulares bilaterales dolorosas a palpación leve y movilización cervical. Adenopatía supraclavicular izquierda no dolorosa. No otras adenopatías palpables manualmente. Exantema pruriginoso que se extiende por tórax y abdomen y ligeramente en raíces de miembros inferiores. No edemas ni signos de TVP en MMII.

4- Pruebas complementarias
- AS: Glucosa 114, Creatinina 1.38, Na 137, K 4.3, PCR 8.6, PCT 1.02, Hb 10, VCM 87, CHCM 35, Leucocitos 12.000, Neutrófilos 9.000, Linfocitos 1100, Monocitos 1300, Plaquetas 100.000, AST 83, ALT 102, GGT 66
- Rx tórax: No se observan alteraciones pleuro-pulmonares agudas ni alteraciones en partes blandas u óseas.
- PCR virus respiratorios: negativos
- Se solicitan Hemocultivos y serologías

5- Evolución: Durante su estancia en urgencias, permanece clínica y hemodinámicamente estable en todo momento, realiza pico febril de hasta 38.5°C, momento en el que se sacan los hemocultivos y que tiene buena respuesta a Paracetamol. Comienza con náuseas, que se controlan con granisetrón.
6- Juicio clínico: Cuadro poliadenopático a estudio: Neoplasia hematológica como opción más probable vs Síndrome mononucleósido.
7- Plan: Se ingresa a cargo de medicina interna para continuar estudio.
8- Resolución: Durante el ingreso se realiza TC body, encontrando adenopatías múltiples a nivel cervical y supraclavicular, además también se encuentran adenopatías a nivel abdominal y esplenomegalia. Se realiza biopsia de la adenopatía cervical que confirma diagnóstico de Linfoma de células T.

CONCLUSIONES

Resaltar la gran importancia de una buena anamnesis y exploración física, dado que la paciente ya había consultado por el mismo exantema días antes, y no se interrogo por más síntomas ni posibles causas.

P. #2211

HIPONATREMIA Y DESORIENTACIÓN

Ángela Lara López[1], Rafaela Martínez López[2], Marta Cepeda Zamorano[2], Jesús Monllor Méndez[1]

1. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España
2. Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años con antecedentes personales (AP) de hipotiroidismo, síndrome ansioso-depresivo y cáncer de mama en 2022 (tumorectomía mama derecha + RT adyuvante) en tratamiento actual con eutirox, paroxetina, letrozol y lorazepam, que acude al SUH por sensación de debilidad de 24h de evolución asociada a 8 vómitos, cefalea hemicraneal izquierda pulsátil y mialgias generalizadas. Exploración física (EF) sin alteraciones. Analítica sanguínea (AS) únicamente destaca sodio (Na) 133. Mejoría clínica tras antiemético, paracetamol y fluidoterapia, por lo que es dada de alta. Consulta de nuevo a las 48 horas por desorientación. EF: Temperatura 36.7°C Tensión arterial 135/70 mmHg Frecuencia cardiaca 83 lpm Saturación oxígeno 97% con FiO2 21%. Desorientada en espacio y tiempo, confusa, inquieta, con auscultación cardiopulmonar (ACP) y EF abdominal sin alteraciones, no focalidad neurológica. AS destaca únicamente Na 128. Tóxicos en orina negativos. Radiografía (Rx) tórax y abdomen sin alteraciones. Pasa a observación. AS control Na 121 Osmolaridad suero 265, Na Orina 46 Osmolaridad urinaria 150. Se solicita TAC craneal: Hipodensidad córtico-subcortical temporal anterior derecha que impresiona de artefactual, no sangrado intra ni extra axial. Se realiza punción lumbar (estudio líquido cefalorraquídeo (LCR): proteínas 73 Glucosa 66 leucocitos 90 cels/mm3, PMN pendientes; se realiza GRAM y cultivo pendiente de resultados). A las 4 horas y tras administración de hipertónico, Na 125. Realiza pico febril por lo que se recogen hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica con Aciclovir, vancomicina y ceftriaxona intravenosos (IV). La paciente ingresa en planta de medicina interna con diagnóstico de síndrome confusional a estudio con sospecha de meningitis e hiponatremia moderada-grave por SIADH.
Posteriormente reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de LCR positiva para virus herpes simple tipo 1 (VHS-1). Se suspende vancomicina y ceftriaxona.

CONCLUSIONES

1. La encefalitis por VHS-1 es la causa más común de encefalitis esporádica mortal. La infección se presenta en todos los grupos de edad y un tercio de todos los casos se dan en niños y adolescentes. Los pacientes suelen presentar alteración del estado mental y del nivel de conciencia durante más de 24 horas, fiebre, convulsiones de nueva aparición y/o déficits neurológicos focales.
2. La RMN es el estudio de elección para evaluar la enfermedad, siendo anormal en la mayoría de casos. Las lesiones del lóbulo temporal son predominantemente unilaterales y pueden tener un efecto de masa asociado. Si la resonancia magnética no está disponible o no es factible, la TC (con y sin realce de contraste) es

una alternativa aceptable, en particular en la evaluación inicial.
3. El estándar de oro para establecer el diagnóstico es la detección del ADN del VHS en el LCR mediante PCR. Su examen muestra típicamente una pleocitosis linfocítica con recuentos que van desde 10 a 400 células/microL, un nivel elevado de proteínas y un número aumentado de eritrocitos. Sin embargo, un perfil de LCR normal puede ocurrir en el curso temprano de la enfermedad. La glucosa baja es poco común y puede sugerir un diagnóstico alternativo.
4. Se recomienda terapia empírica con aciclovir IV (10 mg/kg IV cada 8 horas con ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal) tan pronto como se considere el diagnóstico. La terapia antiviral temprana puede reducir la mortalidad y limitar la gravedad de los deterioros cognitivos y conductuales postencefalíticos crónicos.
5. El caso destaca la importancia del estudio de la hiponatemia en los servicios de urgencias hospitalarios. Cualquier trastorno del sistema nervioso central (SNC), incluidos los accidentes cerebrovasculares, las hemorragias, las infecciones, los traumatismos y la psicosis, puede aumentar la liberación de ADH.

P. #2215

ICTUS HEMORRÁGICO SIGUIENDO EL ABCDE

Yojanny Zorrilla Nieves, Esther Garrido López
Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral De La Mata, España

HISTORIA CLÍNICA

Son las 5:00h de la madrugada y la UME (112) traslada a la urgencia de nuestro hospital de primer nivel a un varón de 61 años de edad, tras aviso en su puesto de trabajo (panadería). Ha perdido la consciencia bruscamente, cayendo desde su propia altura y golpeándose en la cabeza con una garrafa de lo que parece gasolina (por el olor característico en la ropa).
Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Diabetes tipo 2. Retinopatía y nefropatía diabética. Dislipemia. IAM revascularizado. Fibrilación auricular en tratamiento con Rivaroxaban.
Exploración física:
Mal estado general, no sangrados externos evidentes, inconsciente. Vía aérea con restos de vómito en la cavidad oral con cánula orofaríngea. Respiración preservada a 20rpm, pulso carotídeo presente aunque con mala perfusión distal. No lesiones craneales ni en el resto del cuerpo. TA 142/73 con perfusión de labetalol con FC entorno a 40lpm, SaO2 98%. Escala de Glasgow: No apertura ocular, no respuesta verbal, retira al dolor (6 puntos). ACP: Arrítmico a 40 lpm., no soplos audibles, MVC, sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. MMII: No edemas ni signos de TVP. Hemiplejia derecha, PIN, desviación de la mirada hacia la izquierda que vence línea media, reflejos oculocefálicos conservados, campimetría por amenaza abolida, reflejo cutáneo plantar extensor derecho.
Pruebas complementarias:
EKG: Ritmo de FA lenta con RVM a 40 lpm., QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización. RX. Tórax portátil: ICT normal, no aumentos de densidad ni pinzamiento de senos. TC Cerebro: Hemorragia aguda intraparenquimatosa en tálamo izquierdo con irrupción a todo el sistema ventricular que genera efecto de masa comprimiendo el ventrículo ipsilateral y con desplazamiento de la línea media de hasta 8.2 mm y hernia subfalcina. Analítica no presenta alteraciones.
Diagnóstico diferencial: Ictus hemorrágico, emergencia hipertensiva, TCE.
Comentario:
Tenemos un paciente que es derivado por el 112 a nuestro SUH, a su llegada presenta mal estado general e inconsciente, con una perfusión de Labetalol por presentar TA 210/110 mmHg. Entonces iniciamos el protocolo ABCDE.
Tras una primera valoración comenzamos a estabilizar a nuestro paciente. Aspiramos restos de vómito, retiramos la perfusión de labetalol por bradicardia y objetivar TA 142/73 mmHg. Iniciamos fluidoterapia, aportamos oxígeno, monitorizamos y procedemos a aislar la vía aérea (tubo endotraqueal 7.5cm) previa secuencia rápida de intubación con Rocuronio 100 mg., Fentanilo 75 mcgr, Midazolam 7,5 mg. Conectamos la ventilación mecánica y nos llevamos al paciente a la sala de TC.
Tras estabilizarle, y ante la sospecha de Ictus hemorrágico en contexto de emergencia hipertensiva en un paciente

anticoagulado, le realizamos un TC basal, con resultado descrito en pruebas complementarias. Contactamos con el servicio de neurocirugía de nuestro hospital de referencia (a 1 h.), quien acepta el traslado a su cargo. Seguimos comprobando el estado respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente y monitorizando sus constantes vitales.
Diagnóstico: Ictus hemorrágico.

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular, anticoagulado, y probablemente con mal control de la TA, lo que pudo desencadenar la emergencia hipertensiva. Este representa entre el 10-15% de todos los ICTUS, aunque es menos común que el ICTUS isquémico, tiende a ser más grave y conlleva mayor morbimortalidad. La hipertensión es el factor de riesgo más significativo, otros que influyen es el uso de anticoagulantes, alcohol, tabaco, malformaciones vasculares (aneurismas, son la causa más frecuente de HSE). La incidencia del ICTUS aumenta con la edad y es mayor en el hombre, las mujeres tienen un mayor riesgo de mortalidad. La principal forma de diagnóstico es sospecharlo en base a los hallazgos clínicos y los antecedentes personales, para así poder actuar inmediatamente, por ser una patología tiempo dependiente.

P. #2222

MASA HILIAR HEPÁTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Germán Pablo Lalomia Loza, Delia Herranz Benito, Alba Hernando Mate, Pablo Alonso Chacón, Francisco Ubet Barberá, Arantxa Ramos Miravet

Hospital general de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 53 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, hipotiroidismo post-tiroidectomía total en 2018 y liquen escleroso cutáneo. Intervenciones quirúrgicas previas incluyen amigdalectomía, tiroidectomía y colecistectomía. En tratamiento con ezetimiba 10 mg diarios, barnix 10 mg diarios y levotiroxina (Eutirox) 88 mcg y 100 mcg en días alternos.
La paciente, funcionaria de profesión, realiza caminatas de dos horas los fines de semana y asiste a clases de pilates una vez por semana. Antecedentes familiares notables incluyen madre fallecida por cordoma paravertebral y padre fallecido por cáncer de colon a los 82 años, con antecedente de infarto a los 80 años.
En septiembre de 2024, se realizó una colangio-RMN que mostró una masa heterogénea en el hilio hepático de 26x24x50 mm, sugestiva de conglomerado adenopático, junto con leve ectasia de la vía biliar intrahepática y paniculitis mesentérica. La paciente refiere pérdida de 7 kg en los últimos cuatro meses, digestiones lentas, náuseas y malestar abdominal, especialmente tras ingestas copiosas o grasas.
El 9 de febrero de 2025, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso. Se realiza una TC abdominopélvica urgente que confirma los hallazgos previos: masa heterogénea en hilio hepático de 26x24x50 mm, paniculitis mesentérica con múltiples ganglios pequeños y leve ectasia de la vía biliar. No se observan lesiones focales hepáticas ni alteraciones en otros órganos abdominales.
El 11 de febrero de 2025, se lleva a cabo una ecoendoscopia lineal bajo sedación con propofol. Se identifican adenopatías en tronco celíaco, ligamento gastrohepático y hilio hepático, sin características malignas evidentes pero de tamaño significativo. Se realiza punción con aguja de 22G para estudio anatomopatológico y microbiológico. El páncreas, la vesícula y la vía biliar extrahepática no presentan anomalías significativas.
Analíticamente, destaca una GGT elevada (966 U/L) y fosfatasa alcalina en 200 U/L, con el resto del perfil hepático dentro de la normalidad. La TSH se encuentra suprimida (0,03 mUI/L), sugiriendo una posible sobredosificación de levotiroxina, por lo que se ajusta la dosis.
Durante la hospitalización, se observa la aparición de lesiones cutáneas en el cuello y región supraclavicular, diagnosticadas por dermatología como liquen plano, sin relación con el cuadro abdominal. Se indica tratamiento tópico con clobetasol (Clovate) una vez al día durante tres semanas.
La paciente evoluciona favorablemente con analgesia, tolerando la vía oral sin náuseas ni vómitos, y presenta buen estado general. Se decide alta hospitalaria el 12 de febrero de

2025, con seguimiento ambulatorio para completar el estudio de la masa hiliar hepática y las adenopatías.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes que presentan síntomas constitucionales y hallazgos imagenológicos sugestivos de patología abdominal significativa. La identificación de una masa hiliar hepática asociada a paniculitis mesentérica y adenopatías requiere un enfoque multidisciplinario para determinar la etiología subyacente. La realización de procedimientos diagnósticos mínimamente invasivos, como la ecoendoscopia con punción, es fundamental para obtener muestras que permitan un diagnóstico preciso. Además, es crucial considerar y manejar adecuadamente condiciones concomitantes, como la sobredosificación de levotiroxina y manifestaciones dermatológicas, para optimizar el estado general del paciente y su calidad de vida.

P. #2231

"NO TE DEJES INFLUIR POR EL CONTEXTO" A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Pacheco García[1][2], José Antonio Ortiz Frias[1]
1. Hospital San Agustín, Linares, España
2. Centro de salud Arrayanes, Linares, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 35 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, fumadora de 10 cigarrillos/día y en tratamiento con anticonceptivos orales.
Trasladada al puesto médico avanzado (PMA) en ambulancia acompañada de su hermana tras un episodio sincopal con relajación de esfínteres sin traumatismo craneal asociado mientras estaba en la feria con su familia.
Durante el interrogatorio la paciente refiere que ella era consciente que se estaba mareando y te expone todo lo acontecido. En la exploración física de la paciente se muestra muy nerviosa y con habla fluida, niega consumo de drogas, salvo alcohol.
Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pupilas normoreactivas a la luz. Reflejo oculomotor conservado, resto de pares craneales normales. No rigidez nucal. Marcha conservada. Romberg negativo, no disimetría, ni afasia, fuerza y sensibilidad conservada.
Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.
Tensión arterial 120/80 mmHg. Glucemia 100 mg/dl.
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 85 latidos por minutos sin alteraciones agudas de la repolarización.
Tras la correcta evaluación y normalidad de la exploración y las pruebas realizadas la paciente insiste en marcharse, momento en el que presenta otro episodio sincopal sin relajación de esfínteres y con recuperación espontánea del mismo a los minutos se revalúa se observándose discreta desviación de la comisura bucal, pérdida de arrugas frontales, afasia y disminución de la fuerza del hemicuerpo derecho por lo que se activa CODIGO ICTUS y se traslada al Hospital de referencia donde se le realiza TAC (Tomografía axial computerizada) de cráneo sin contraste, Angio TAC de tronco supraaórticos y TAC de reperfusión cerebral cuya conclusión fue: ASPECTS (Alberta Stroke Programme Early CT Score) 10. Oclusión de carótida terminal izquierda con extensión a M1 y dudoso defecto de M1 (oclusión en tándem). Escaso grado de colateralidad. Estudio de percusión no valoradle por causa técnica.
Ante los hallazgos se realiza una fibrinolisis intravenosa y posteriormente se traslada al Hospital de referencia para realizar la tormbectomía mecánica siendo ingresada en la Unidad de Ictus del mismo, como complicación desarrolló un infarto maligno de la Arteria Cerebral Izquierda con efecto secundarios/secuela como el edema cerebral y focos hemorrágicos con necesidad de craneotomía descompresiva por parte de Neurocirugía y colocación de sensor PIC (presión intracraneal) por lo que la paciente se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
Durante el ingreso presenta estabilización de la lesión neurológica en los TACs de control (Ictus isquémico en el territorio de Arteria Cerebral Media (ACM) izquierda ya establecido con discreta herniación subfalciana más o menos extensa. Finalmente ante

la mejoría y estabilidad de la clínica neurológica manteniendo como secuelas afasia global con hemipléjia derecha, se deriva a su hospital de referencia para continuar con cuidados de rehabilitación para su recuperación.

CONCLUSIONES

La importa de la exploración clínica minuciosa y detallada en el ámbito extrahospitalario ante pacientes que hayan consumido tóxicos ya que pueden influir en la valoración de determinadas patologías y ser un distractor en su evaluación inicial.
Asimismo la derivación de forma urgente ante la sospecha de patología neurológica tiempo dependiente y activación de CODIGO ICTUS para priorizar el tratamiento y evitar las complicaciones así como mejorar la supervivencia y calidad de vida de los mismos
No debemos de olvidar que la edad no es un factor excluyente para sufrir determinadas patologías como es el caso de nuestra paciente.

P. #2234

LO QUE EL HERPES SE LLEVÓ

Ester García Solivelles, Lourdes Sánchez Cabanes, Andreea Irimia, Cristina Gasós García, Lucía López Martínez, Rosalía Vidal Baños

Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 76 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar dolor abdominal en hemiabdomen derecho y distensión abdominal ipsilateral en posición de bipedestación, que cede en decúbito supino. No náuseas, vómitos ni otra clínica digestiva.
Como antecedente de interés la paciente presentó un herpes zóster en la región de hemiabdomen derecho 4 semanas antes, y quedó con para el cual se había pautado tratamiento con pregabalina, pero a pesar de ello ha ido empeorando de manera progresiva.
Su médico de atención primaria la ha estudiado con una anlítica de sangre sin hallazgos patológicos, y estaba pendiente de la realización de una ecografía abdominal por un dolor en fosa ilíaca derecha previo al cuadro, por lo que es derivada al servicio de urgencias
Antecedentes médicos:
- Hipertensión arterial
- Angioedema por IECA
- Osteoporosis
- Tuberculosis en la infancia

Tratamiento médico habitual:
- Torasemida 10mg
- Omeprazol 20mg

Exploración física:
TA: 123/60mmHg FC: 87lat/min SatO2: 93% Afebril
Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada y normohidratada.
Abdomen: Dismetría abdominal con abombamiento del cuadrante inferior derecho. Blando y depresible, dolor a la palpación superficial. Cicatriz de apendicectomía. No se palpan masas ni megalias.
Pruebas complementarias:
- ECOGRAFÍA ABDOMEN mes previo: Hígado de tamaño y ecogenicidad normal sin lesiones focales. Bazo de tamaño normal. Vesícula alitiásica y vía biliar intra y extrahepática no dilatada. Páncreas parcialmente visualizado por interposición de gas, sin lesiones focales. Riñones de tamaño y ecoestructura normal sin dilatación del sistema excretor. Vejiga sin lesiones focales.

Conclusión: Sin hallazgos significativos
- ECOGRAFÍA ABDOMEN no reglada: No hernias ni otras alteraciones de la pared abdominal.

Ante la ausencia de alteraciones en pruebas complementarias y conociendo el antecedente de Herpes Zóster en la misma región, así como atendiendo a la sintomatología que presenta la paciente con neuralgia postherpética asociando abombamiento del mismo cuadrante abdominal únicamente en posición de bipedestación que cede al permanecer en decúbito supino, se llega a la sospecha de una posible parálisis

de la musculatura abdominal por herpes zóster.
Diagnóstico diferencial: Hernia de Spiegel, debilidad de pared abdominal lateral, tumoración pared abdominal, masas o visceromegalias

CONCLUSIONES

La parálisis de la musculatura abdominal postherpética es una complicación poco frecuente tras infección por herpes zóster y como manifestaciones que presenta son la distensión abdominal asociando abombamiento únicamente ipsilateral a la afectación cutánea.
Una electromiografía podría apoyar el diagnóstico al demostrar una lesión neurógena aguda parcial mostrando afectación metamérica así como de la musculatura inervada.
No obstante, se trata de una entidad infrecuente y con un diagnóstico clínico en el que por este mismo motivo puede ser difícil pensar, de ahí la importancia en la anamnesis y la exploración clínica para dar con el antecedente infeccioso por el virus herpes zóster y poder llegar a esta conclsuión.

P. #2239

DOCTORA YA NO PUEDO MÁS

Marina Sánchez Gómez
Hospital Comarcal Noroeste, Caravaca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varon de 57 años que consulta por segunda vez en <24h por sd miccional, además de malestar general y astenia. Afirma el paciente que la sintomatologia comienza tras un episodio de FA de novo que fue revertida
con desfibrilación. Refiere que ha notado la orina mas oscura de lo habitual, pero no ha tenido fiebre ni otra clinica asociada.
Como antecedentes personales destaca: FA, ITUS de repetición y HBP. EN tto con FORXIGA (dapagliflozina)10mg + ATORVASTATINA 20mgcomo cardioprotección por su
FA .
En la exploracion fisica no destaca mucho: EF: CYO pálido, sudoroso, con aspecto astencico, fuerza disminuida levemente 4/5, sin focalidad nrl,
sin alteración sensibilidad o propiocepción, sin signos meníngeos.
Glucemia: último informe de URG por episodio de FA de novo tenía 100. Ahora en Centro de Salud 67 capilar.
- Orina en urgencias anodina y en Centro de salud de 500, sin nitritos o proteínas. RFA anodinos.

CONCLUSIONES

El uso de antidiabéticos orales para la cardioprotección en pacientes con alto FRCV está en auge, pero no debemos olvidar la importancia del seguimiento al paciente y sopesar el riesgo- beneficio, ya que podemos proteger de un evento cardiovascular pero a la vez provocar un hipoglucemia severa, una de las mayores urgencias vitales.
Con lo cual, nuestro dx diferencial fue
1) ITUs de repetición con HBP.
2) Hipoglucemia farmacológica. Sepsis de origen urinario.
Según las últimas revisiones y ensayos clínicos de ADO en pacientes sin diabetes sugieren el inicio de dosis lo más bajas posibles(en vez de 10mg sería mejor 5mg y ver evolución), así como comenzar con Empaglifozina.
El uso de ADO inadecuado estaba causando no solo hipoglucemias en nuestro paciente, sino también la aparición de ITUs constantes a microorganismos multirresistentes por la cantidad de glucosa en orina que
tenia, así como una prescripción monstruosa de ATB con exposición a resistencias futuras.

P. #2243

OJOS DE MAPACHE

Rafaela Martínez López, Marta Cepeda Zamorano
Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años con antecedentes de Síndrome de Down y una discapacidad del 75%, que acude a urgencias hospitalarias por episodio de perdida de conocimiento de segundos de duración con traumatismo cráneo-encefálico (TCE) en región occipital por caída hacia atrás estando de cuclillas. No presentó movimientos tónico-clínicos, relajación esfinteriana ni mordedura de lengua. Tras el evento destaca aturdimiento posterior con recuperación progresiva. Niega clínica cardiorrespiratoria, síndrome miccional ni alteraciones del tránsito gastrointestinal. La paciente se encontraba en seguimiento por neurología por episodios similares en los últimos seis meses, con TCEs de repetición, así como deterioro físico progresivo con pérdida de peso y pérdidas leves de memoria. A pesar de ello, era independiente para las actividades básicas de la vida diaria con supervisión. En analítica y tomografía computarizada (TC) realizada en consulta no objetivaron hallazgos relevantes y se diagnosticó de probable enfermedad de Alzheimer.

A la valoración la paciente únicamente refiere leve cefalea en región del traumatismo. A la exploración, se encuentra estable hemodinámicamente, consciente con Glasgow 15/15, orientada globalmente y sin signos de focalidad neurológica. Presenta un pequeño hematoma en región occipital derecha. Se realiza radiografía de tórax, análisis de sangre, de orina y electrocardiograma sin hallazgos significativos, por lo que la paciente pasa al servicio de Observación.

Durante su estancia en Observación la paciente presenta una frecuencia cardiaca de 50 latidos por minuto, una tensión arterial de 145/90 mmHg, y desarrolla una equimosis periorbitaria bilateral, con edema palpebral sobre todo de ojo izquierdo, que va aumentando de forma progresiva. Ante el hallazgo del signo de "ojos de mapache" se solicita TC craneal, objetivándose múltiples focos de contusión con hemorragia intraparenquimatosa en ambos lóbulos frontales y temporales, hematoma subdural en fosa temporal media derecha, pequeño hematoma subdural laminar interhemisférico anterior en la hoz cerebral, y edema perilesional en lesiones hemorrágicas con discreto desplazamiento de línea media de aproximadamente 5mm. Además, se objetivó fractura ósea con hundimiento de temporal derecho y fractura lineal occipital derecha.

Ante estos hallazgos se realiza interconsulta a neurocirugía, que descarta tratamiento quirúrgico debido a que la unidad de cuidados intensivos desestima a la paciente como candidata a medidas invasivas, indicándose, por lo tanto, tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

El TCE es una patología muy frecuente en Urgencias, aunque la mayoría de los casos son leves. La edad avanzada, el consumo de tóxicos, el bajo nivel socioeconómico y los trastornos psiquiátricos y cognitivos son los factores de riesgo más frecuentes para un TCE de mayor gravedad. Actualmente, la TC craneal es la herramienta de diagnóstico estándar para evaluar la existencia lesión intracraneal. En los últimos años se han identificado biomarcadores cerebrales, como, GFAP y UCH-L, que han demostrado un alto valor predictivo negativo para descartar la presencia de lesiones intracraneales. La incorporación de esta prueba a la práctica clínica implicaría una mejora en la calidad de la valoración y el diagnostico de estos pacientes.

El método más empleado para la clasificación de la gravedad de los TCE es la escala de Glasgow. Una puntuación de 14-15 puntos implicaría un TCE leve, mientras que puntuaciones por debajo de 13, con focalidad neurológica o lesiones en la TC supondrían una mayor gravedad. Además, existen criterios y signos clínicos sugestivos de lesión cerebral aguda, que por tanto justificarían la realización de una TC. Entre ellos se encuentran la equimosis periorbitaria (signo de "ojos de mapache"), típica de fractura de base craneal, o la tríada de Cushing (hipertensión, bradicardia y bradipnea), indicativa de hipertensión intracraneal, presentes ambos en este caso.

P. #2251

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Javier Ordovás Sánchez, María Del Carmen Orts Cansino, Marta Castejón Rabinad, Marta Morera Harto, Javier Luna Ferrer, Álvaro Morella Barreda

SALUD, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis:
Paciente de 63 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e hipoacusia neurosensorial bilateral, acude a urgencias por debilidad muscular generalizada, sobre todo en ambas piernas, desde hace unos 7-10 días, que ha empeorado las últimas 48 horas. No fiebre, aunque sí relata febrícula de hasta 37.5ºC. También refiere incontinencia urinaria puntual, sin saber precisar más. Único antecedente de interés un cuadro catarral previo. Al indagar en la anamnesis nos comenta que al inicio del cuadro tenía parestesias en las manos y debilidad en ambos miembros superiores, pero le había restado importancia.
Exploración:
Constantes: Tensión Arterial (TA) 153/89, Frecuencia Cardíaca (FC) 87 latidos por minuto, Saturación de Oxígeno 94%, Temperatura 37.1 ºC. Paciente consciente, orientado, colaborador. Glasgow 15. Eupneico en reposo. Habla conservada. Marcha dificultosa ampliando base de sustentación.
Exploración nuerológica: sin alteraciones de pares craneales. Fuerza disminuida de forma proximal en todas las extremidades. Reflejos abolidos de forma global. Romberg positivo. No dismetrías. No alteraciones en la campimetría visual.
Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Exploración abdominal sin alteraciones.
Pruebas complementarias:
Se solicita analítica sanguínea (AS), analítica de orina (AO) y radiografía de tórax, sin hallazgos de interés. Ante normalidad de dichas pruebas se solicita Tomografía Computarizada (TC) cerebral, sin alteraciones. Ante la sospecha de Síndrome de Guillain-Barré se contacta con Neurología para valoración del paciente, y deciden realizar punción lumbar, observándose una disociación albuminocitológica, sin otras alteraciones de interés.
Tratamiento:
Tras ello inician tratamiento con inmunoglobulinas y medidas de soporte, y deciden ingreso en su servicio para completar estudio y continuar tratamiento con inmunoglobulinas y plasmaféresis.
El paciente evoluciona favorablemente aunque de forma lenta, por lo que es trasladado a otro centro para realizar tratamiento rehabilitador prolongado.

CONCLUSIONES

- Ante un cuadro de debilidad muscular progresiva debemos pensar, entre otras causas, en el síndrome de Guillain-Barré, y realizar una exploración neurológica completa.
- Tener una sospecha diagnóstica de forma rápida ayuda a iniciar el tratamiento lo antes posible.
- En pacientes con esta enfermedad es importante realizar una buena rehabilitación para mejorar su calidad de vida a largo plazo.

P. #2256

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PACIENTE DE EDAD FÉRTIL

Fiorella Leyva Romero[1], Ana Soriano Gallo[2], Rocío Robles Albero[3], Verónica Campos Andreo[4], Clara García Cuenca[5]

1. Centro de salud Vistabella, Murcia, España
2. Centro de salud Barrio del Carmen, Murcia, España
3. Centro de salud Murcia Sur, Murcia, España
4. Centro de salud Santomera, Murcia, España
5. Centro de salud Murcia, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 47 años, sin antecedentes cardiovasculares, en tratamiento con sumial de 40mg, nebivolol 10mg y zomig flas 2.5mg por migraña crónicas. Además de endometriosis y ovarios poliquísticos en seguimiento y tratamiento con cerazet 75mg diario.

Acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de cuatro días de evolución, actualmente generalizado pero al inicio localizado en hipogastrio de tipo punzante de intensidad moderada, no irradiado, EVA: 7/10, sin mejoría a pesar de pauta alterna de nolotil 575mg y paracetamol 650mg. Asociado a nauseas y sensación distérmica sin fiebre termometrada. Diarrea liquida sin restos patológico en 4 episodios diarios, autolimitada a 72h de evolución.

El primer día, su medico de cabecera le pauta monurol(fosfomicina 3gr) en dosis única, por sospecha de infeccin urinaria, cambiando posteriormente a zinnat(cefuroxima) 250mg cada 12h(2°día de tratamiento), por vómitos asociados a toma de monurol.

En urgencias la paciente refiere sentirse muy débil, anorexia por persistencia de dolor abdominal. No coluria ni acolia. Niega síntomas miccionales irritativos actualmente. No ambiente epidémico familiar. FUR: hace 1 semana. No leucorrea ni cambios en flujo vaginal.

A la exploración física: Afebril, taquicárdica a 122 lpm, eupneica a 19 rpm, SpO2 98%(FiO2 21%) presentaba postura y marcha antiálgicas, con un abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizado, sin clara defensa. No focaliza un punto en concreto. Murphy, rovsing, blumberg negativo.

La analítica al ingreso, destacaba discreta leucocitosis (11.300 leuc/ml) con neutrofilia, proteína C reactiva 31.80 mg/ml, procalcitonina 20.15 ng/ml, GGT 233mg/ml, fosfatasa alcalina 141mg/ml. Continuando con el estudio, a descartar patología biliar, se solicitó ecografía abdominal urgente informando leve dilatación de asas intestinales con contenido interasas, sin datos de colecistitis ni colelitiasis.

Re exploramos a la paciente, quien se mantenía en camas de observación, estable en todo momento y con disminución del dolor abdominal con tratamiento analgésicos pautado, a la palpación abdominal continuaba siendo generalizado el dolor, pero esta vez impresionaba defensa en mesogastrio, hipogastrio, fosa iliaca derecha. A continuación, solicitamos TAC de abdomen sin contraste que confirmó lesión anexial izquierda sugestiva de absceso tubo ovárico vs. Dilatación de la trompa con contenido. Asociando leve cantidad de liquido libre y cambios inflamatorios en pelvis, interasas y en gotieras paracólicas con signos que sugieren peritonitis.

Finalmente modificamos antibioticoterapia agregando a su tratamiento de ceftriaxona, doxiciclina 100mg iv c/12h y metronidazol 500mg c/8h. Se comunica de forma urgente a guardia de ginecología quienes toman a la paciente a su cargo para continuar con tratamiento.

CONCLUSIONES

-El dolor abdominal agudo, de presentación en mujer fértil siempre descartar patología gineco obstetra, ahondando en la anamnesis ginecológica para recoger datos de síntomas crónicos que puedan orientar en el diagnostico.

-El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC), conocido como perihepatitis, es una complicación poco frecuente de la enfermedad inflamatoria pélvica, ocurre por inflamación de la cápsula hepática a una diseminación directa de las bacterias que infectan trompa de Falopio y que ascenderían por la gotiera parietocólica derecha, o por fenómenos inflamatorios locales mediados por mecanismos inmunes desencadenados por Chlamydia trachomatis o Neisseria gonorrhoea.

P. #2257

LOS MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS

Maite Cabrera León, Elena Moles Estebanez, Juan Luque Galán
Hospital De Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años que refiere que desde el mes de noviembre de 2024 viene presentando episodios de movimientos estereotipados del brazo derecho y que le ha golpeado varias veces en la cara, autolimitados a unos 4-5 segundos y sin desconexión del medio. Desde noviembre presenta 1-2 episodios de estas características al día. Comenta sensación premonitoria de hormigueo en la zona superior del tronco y el brazo, escasos segundos previos a que le suceda. No se desencadenan con ninguna postura,
Refiere que ha perdido el conocimiento unos segundos de duración y que se ha despertado con los movimientos descritos previamente , que en esta ocasión han durado más de lo habitual, unos 10-15 segundos. Además había presentado un vómito. Niega pérdida de control del esfínter urinario o mordedura lingual.
Exploración física:
- No soplos carotídeos.
- E. NRL: consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Lenguaje sin elementos

disfásicos. PICNR. Campimetría por confrontación normal. MOEs sin restricciones. No

nistagmus. Simetría facial conservada. Resto de pares bajos sin alteraciones. No claudica en Barré. La paciente mantiene ambos MMSS elevados durante 30 segundos sin que aparezcan movimientos anormales de MSD durante nuestra exploración. Fuerza muscular preservada. En cuatro extremidades. REMs vivos de forma generalizada, simétricos. RCPFB. No apraxias por imitación. No estereognosia. Sensibilidad tactil grosera normal. Dudosa rigidez de MSD.
PPCC:
- ANALITICA: Bioqumica anodina con ionograma en rango. CK: normal
- TAC CRANEAL: sin signos de patología intracraneal aguda.
- EEG: Normal
- DOPPLER de troncos supraaórticos: se insonan ambos ejes carotídeos, visualizándose ambas Arterias carotidas comun, externa e interna con lateromatosis con estenosis de un 45% hemodinámicamente significativas. Las velocidades medias se encuentran mantenidas en todas ellas.

Los diagnósticos a valorar durante la urgencia :
-Vascular: inicialmente se plantea episodio de limb shaking en el doppler donde no se visualiza estenosis carotídea. Por otro lado se plantea sd de robo de la subclavia, aunque la clínica no aparece durante nuestra exploración al elevar ambos MMSS; y aunque la técnica de doppler es limitada para esta exploración no parece haber alteraciones significativas.
-Comicial: a favor se encuentra la sensación premonitoria de los episodios, la elevación de CK y leucocitosis probablemente reactiva. En contra que no hay clara estereotipia de los mismos.
–Extrapiramidal: menos probable, aunque presenta dudosa rigidez de MSD en la exploración.
Tratamiento: antiagregación a dosis bajas y levetiracetam

CONCLUSIONES

limb shaking secundario a estenosis de carótida es un hallazgos raro, pero ocurre como consecuencia de la disminución flujo sanguíneo cerebral produciendo un suministro inadecuado del mismo, por lo que la restauración del flujo y corrección de la estenosis , alivia o reduce los síntomas.
Así mismo tener en cuenta aportar tratamientos específicos de síntomas como los temblores que afectan a la calidad de vida del paciente , siendo los mas útiles los anticonvulsivos y betabloqueantes.
la evolución del pacientes será monitoreada de cerca para evaluar la eficacia de la intervención tanto de los temblores como futuros eventos cerebrovasculares.

AT04
URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O. #746

EVOLUCIÓN DE LA CONMOCIÓN CEREBRAL ENTRE LAS TEMPORADAS 2021 Y 2024 EN LAS TRES PRINCIPALES LIGAS DE RUGBY EN ESPAÑA

José Antonio García Fernández[1][2], Guillermo Iglesias Muñiz[3], José Carlos saló Cuenca[4], Roberto Murias Lozano[5], Mario Iglesias Muñiz[6][7]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Universidad de Oviedo, OVIEDO, España
3. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
4. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida, España
5. Departamento de Fisioterapia, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España
6. Unfallchirurgie Theresienkrankenhaus, Mannheim, Alemania
7. Federación Española de Rugby, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la conmoción cerebral está siendo la lesión más frecuente en rugby a nivel mundial. Tras realizar un estudio pionero de la conmoción cerebral durante la temporada 2021/2022 en España, se identificaron incidencias muy elevadas y un importante infradiagnóstico. Por ello, se ha decidido continuar el estudio durante dos temporadas más para conocer su evolución

OBJETIVO

Conocer la incidencia, gravedad y naturaleza de la conmoción cerebral en las principales ligas de rugby XV en España; Comparar las incidencias por años y tendencia de esta para evaluar si las propuestas para disminuir la incidencia de la conmoción cerebral están funcionando

MÉTODO

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal de las Conmociones cerebrales notificadas por los equipos durante las temporadas 2021/22, 2022/23 y 2023/24 en las tres principales de rugby en España

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La exposición total fue 34800h (870 partidos) desde septiembre de 2021 hasta abril de 2024. El número total de conmociones cerebrales identificadas fueron 244 con una duración media de los síntomas de 15,07 días (IC95%:13,68-16,46). La TI fue 7,09 conmociones cerebrales por cada 1000 horas de juego (IC95%:6,2-7,9). Analizando la tasa de incidencia de cada liga por separado, en el caso de División de Honor fue de 10,11 conmociones por 1000 horas de juego. En Sub-23 fue de 5,26 conmociones por 1000 horas de juego y en el caso de la liga femenina fue de 5,25 conmociones por 1000 horas de juego. El Burden fue 106,85 días/1000 horas de juego. La edad media del jugador conmocionado fue de 23,49 años y los síntomas más frecuentes presentados fueron cefalea, mareo, cervicalgia y presión en la cabeza. La duración de la baja, número de síntomas y duración de estos fue mayor en el caso de las mujeres que en los hombres. La media de la severidad global fue de 15,07 días de baja, con 4 síntomas de media y una duración de estos de 4,41 días. El 40% de los jugadores referían haber tenido conmociones cerebrales previamente. La situación de juego en la que más conmociones se produjeron fue en el placaje con un 73,4% de las conmociones totales y la mayor parte de las conmociones tuvieron lugar en la segunda parte del partido (58,6%). También se ha registrado que no se han monitorizado los síntomas en el 36,2% de los casos en División de honor, mientras que en sub-23 e Iberdrola ascendió al 56% y 69,7% respectivamente. Además, jugar en campo artificial supuso un riesgo relativo casi significativo de 1,5 con respecto a la hierba natural

CONCLUSIONES

La Tasa de incidencia global fue de 7,09 conmociones/1000 horas de juego y fueron las esperadas comparadas con otras ligas a nivel internacional. El sexo, la edad, la cantidad de síntomas al diagnóstico, la posición y las conmociones previas influyen en la incidencia y en la severidad de los síntomas. Las conmociones son más frecuentes en el tercer cuarto en el placaje y principalmente al placador. La duración de la baja nunca ha sido inferior a los 12 días recomendados por World Rugby. Se asocian al aumento de la duración de los síntomas de la conmoción cerebral el sexo masculino, la edad, la cantidad de síntomas al diagnóstico, la posición, las conmociones previas y el tipo de terreno de juego. Creemos que debería valorarse una individualización del plan de retorno al juego para cada jugador.

O. #1493

RESUCITACIÓN DEL GRAN QUEMADO CRÍTICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Santiago Ortiz Fernández[1], José Manuel Pereira González[2], Javier Martín Ruiz[1], María Jesús Madrid Reques[1], Víctor Manuel Sánchez Robledillo[1], Ervigio Corral Torres[1]

1. SAMUR-PC, Madrid, España
2. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La resucitación del gran quemado se basa en la reposición del volumen que se pierde por evaporación o fuga capilar. La pérdida de volumen sumada a esta zona hace que inicialmente se desarrolle un shock hipovolémico que posteriormente pasa a ser de tipo distributivo, por esto la reposición de volumen es un factor determinante para la supervivencia. En este sentido, se ha estudiado la relación entre la resucitación volumétrica y la supervivencia, objetivándose como uno de los determinantes para su fracaso la cantidad de volumen administrado. Sin embargo, pocos son los estudios que la valoren en el medio extrahospitalario, por este motivo consideramos necesaria la realización de este estudio.

OBJETIVO

El objetivo principal es evaluar la relación existente entre el volumen infundido y la supervivencia de nuestros pacientes. Se determinará la mortalidad a los 7 días. Además, se estudiará la relación entre variables hemodinámicas y metabólicas: pH, lactato, potasio (K), glucemia y tensión arterial sistólica (TAS).

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo de una base de datos prospectiva con
seguimiento de pacientes hasta 7 días desde su ingreso. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de gran quemado, asistidos por unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) de un Servicio de Emergencias (SEM) durante el periodo 2021-2024. Todos los pacientes fueron trasladados a un hospital terciario con unidad de quemados. Se descartaron pacientes que no tenían datos suficientes para análisis. Variables epidemiológicas: sexo, edad. Variable dependiente. Supervivencia a los 7 días. Variables independientes: Superficie corporal quemada, volumen de fluidos, valores hemodinámicos y metabólicos en la escena: pH, lactato, Glucosa, K y TAS. Análisis descriptivo: variables cuantitativas con medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: T de Student para las variables cuantitativas, dado que cumplía valores de normalidad. Se valoró la normalidad de la muestra con la prueba de Kolmogorov Smirnov. Intervalos de confianza 95%. SPSS V29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se encontraron un total de 21 pacientes. 11, (52,4%) varones con edad media de 48,3 (DE: 19,6). El %medio de superficie corporal quemada: 45,3% (DE: 23,8). Valores metabólicos y hemodinámicos medios a la llegada: TAS: 130,7 (DE: 33,6), pH: 7,17 (DE: 0,18), Lactato: 9,57 (DE: 5,2), K: 4,57 (DE: 1,6) y Glucemia: 200.9 (DE: 68,4). La supervivencia a los 7 días del ingreso fue del 42,9%. Existía una asociación estadísticamente significativa entre la Superficie corporal quemada y la supervivencia (p=0,015). No se apreciaron diferencias significativas entre el volumen administrado en el SEM y la supervivencia. De entre los valores metabólicos, había relación estadísticamente significativa con el lactato: 6,43 en vivos vs 11,656 en fallecidos (p=0,023) y con la Glucemia: 147,7 en vivos vs 236,4 en fallecidos (p=0,002) teniendo en este caso la mayor magnitud del efecto (D de Cohen =53,44). No hubo diferencias significativas con las TAS, pH o K.

CONCLUSIONES

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre el volumen
administrado en nuestro servicio y la supervivencia posterior.
- El lactato presentó relación estadísticamente significativa con valores más altos en el grupo de fallecidos. Además, la glucemia presentó una relación de mayor magnitud, siendo este un aspecto a destacar.
- No se encontraron relaciones significativas entre TAS, pH, K y mortalidad.

O. #1762

¡BOOM!

Francisco Jesús Sosa Pérez, Luca Omizzolo Omizzolo, Juan Andrés Sánchez Pérez, Alejandro Sosa Pérez, Bárbara Martín Giner, María Ángeles García Pérez

SEMES, Las Palmas, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 58 años que acude por sus propios medios al C. S. Gáldar tras sufrir accidente por explosión en una cantonera de agua tras encender mechero para fumar con colapso del techo sobre él. Acude al centro sanitario por sus propios medios.
Exploración y actuación Centro Salud
En Urgencias C. Salud: Tª 35°C, PA 117/86 mmHg, FC 130 lpm, FR 25 rpm, SatO2 88%. Vía aérea permeable. ACP RsCsRs, no soplos. MV disminuido globalmente con crapiitantes bibasales. Abdomen anodino. NRL: GCS 15 sin focalidad. Quemaduras dérmicas superficiales tórax y pared abdominal (7%). Se realiza Rx tórax objetivándose fracturas costales bilaterales y neumotórax bilateral.
Dada dificultad respiratoria y traumatismo torácico cerrado con neumotórax bilateral, y tras activación 112, se decide intubación otrotraqueal bajo sedación y relajación. El paciente continúa con desaturación a pesar de intubación realizando bradicardia 35 lpm que cede con atropina y adrenalina, decidiéndose incisión con bisturí en 5° espacio intercostal, ambos hemitórax, línea media axilar, y disección con mosquito de planos musculares, por el borde superior de la costilla, hasta llegar a cavidad pleural con salida a presión de aire. Tras drenaje, el paciente recupera estabilidad hemodinámica. A los 5 minutos, llega ambulancia sanitarizada que dispone de trocar catéter de tórax con un solo sistema de drenaje que se coloca en pulmón derecho y colocación de Pleurocath pulmón izquierdo. A la llegada de medicalizada se conecta catéter pulmón izquierdo a otro sistema de drenaje. Se administra 1,5 L de ringer lactato por tendencia a hipotensión y 1 gr de amchafibrin iv. Se traslada en colchón de vacío precisando catecolaminas .
Actuación hospitalaria:
En analítica: Hb 13.2 11.7 mg/dl, Leucos 14 /uL, función renal normal, coagulación normal. Láctico 2.6. Gasometría: pH 7.20, pCO2 21.7, Po2 68, HCO3 25.9. Resto analítica normal.
Radiografía posteroanterior de tórax: tubos de tórax normoinsertados ambos pulmones..
TAC Total body Tórax: parrilla costal izquierda con fracturas 1°, 3° al 8° arcos costales, parrilla costal derecha con fracturas 2° al 8° arcos costales derechos, trazo fractura simple en las apófisis espinosas D7-D11, fractura conminuta escápula derecha, fractura estallido del soma D10 sin afectación canal medular, Cámaras de nuemotórax anteroapical bilateral con mínima cuantía de derrame pleural bialteral. Abdomen: laceración hepática de 7 cm con hematoma en lóbulo hepático derecho, lesión hepática grado III, fracturas apófisis espinosas L1-L3
Dada inestabilidad hemodinámica y anemización se decide transfusión sanguínea y embolización por RAVI de laceración hepática. A las 24 horas de ingreso se procede a extubación y retirada de drenaje pleural izquierdo. A las 48 horas se retira drenaje pleural derecho. En TAC tórax de control presenta derrame pleural derecho por lo que coloca drenaje con débito hemático de 850 ml.
Valorado por Raquis que indica corsé, por Cirugía Plástica por indica curas y seguimiento en consulta y por Traumatología que indica cabestrillo.
DIAGNÓSTICO
Traumatismo torácico cerrado. Neumo-hemotórax bilateral. Laceración hepática. Fracturas costales bilaterales. Fractura escápula. Fracturas múltiples vertebrales.
DIGNÓSTICO DIFERENCIAL: Neumotórax; rotura vía aérea; lesión de grandes vasos; trauma abdominal.

CONCLUSIONES

La piedra angular del tratamiento inicial del traumatizado la constituyen la identificación precoz del paciente grave, su tratamiento correcto y el transporte rápido a centro hospitalario útil. En el manejo extrahospitalario se debe actuar de forma sistemática siguiendo el esquema ABCDE del programa Advanced Trauma Life Support. En un paciente con trauma torácico cerrado, hay que asegurar una vía aérea permeable, una respiración y ventilación adecuada en ambos pulmones, así como mantener un buen estado hemodinámico. En nuestro caso, tras resolverse el neumotórax bilateral y la laceración hepática con embolización por RAVI, el paciente recuperó estabilidad hemodinámica con evolución favorable siendo alta hospitalaria.

O. #1927

PATRONES SOCIALES Y TEMPORO-ESPACIALES DE LAS MASACRES OCURRIDAS EN COLOMBIA EN EL PERIODO 1958-2022: UN DISEÑO ECOLÓGICO MIXTO

Aníbal A. Teherán Valderrama[1][2], Aníbal I. Navarro Escobar[3], Gabriel Camero Ramos[2], Leidy M. Londoño Saavedra[4], Luis M. Pombo Ospina[1], Camila A. Ruíz Hernández[2]

1. Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia
2. Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca - Bogotá, Bogotá, Colombia
3. Centro de Especialistas Forenses, Bogotá, Colombia
4. Universidad del Quindío, Armenia, Colombia

INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo ocurren frecuentemente masacres que destruyen el tejido social, afectando principalmente a comunidades vulnerables y a la población económicamente activa. Desde hace seis décadas, en Colombia se han documentado miles de masacres y a la fecha no se ha establecido una metodología sistemática para identificar patrones de ocurrencia, tendencias, pronósticos y predicción de estos eventos catastróficos a lo largo del tiempo y espacio.

OBJETIVO

Diseñar una metodología sistemática que permita establecer patrones temporo-espaciales y estimar la frecuencia de las masacres.

MÉTODO

Con un diseño ecológico mixto, utilizando la base de datos del Centro Nacional de Memoria Histórica (administrativa, abierta) sobre masacres en Colombia entre 1958 y 2022, se estimaron tres indicadores, las tasas de víctimas en masacres, de masacres (IC95%; por 100.000 personas expuestas (p.exp)), y la razón de víctimas por masacre. Se crearon mapas coropléticos anuales y por periodo presidencial para establecer la dinámica en el tiempo (Datawrapper). Se determinó la relación entre variables sociales y los tres indicadores categorizados en niveles (Chi cuadrado, JASP), y se identificaron patrones de asociación aplicando dos técnicas multivariadas, análisis de clústeres a dos vías y de correspondencias múltiples (ACM) (Orange Data Mining & Fruitful Fun).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron 4.293 masacres con 24.874 víctimas en Colombia durante el periodo estudiado. Las tasas de masacres y víctimas aumentaron a partir de 1.981, con picos entre 1.999 y 2.003 (tasa de víctimas: 7.37 * 100.000 p.exp en el 2000; tasa de masacres: 7.37 * 100.000 p.exp en el 2000). Se observaron patrones de picos y valles relacionados con los períodos presidenciales y procesos sociopolíticos específicos (diálogos con grupos al margen de la ley, procesos de paz, otros) (Valor p: <0.05).
Se determinó asociación entre las categorías más altas de los tres indicadores con grupos específicos responsables de las masacres, modus operandi, tipos de armas y eventos o desenlaces sociales negativos de las masacres (Valor p: <0.001). Asimismo, el ACM permitió identificar patrones de asociación entre las subregiones "tácticas" donde ocurrieron las masacres y el tipo de armas utilizado por los responsables de las masacres (Varianza explicada: 76-98%).
Los análisis de clústeres revelaron asociaciones entre conglomerados de años o periodos presidenciales con regiones geopolíticas (departamentos), que permitieron establecer corredores temporo-espaciales de masacres.

CONCLUSIONES

Con esta metodología sistemática cuantitativa, que incluye técnicas estadísticas multivariadas y de aprendizaje automático, se identificaron patrones complejos en la ocurrencia de masacres a lo largo del tiempo y espacio en Colombia. Esta técnica reveló agrupaciones de años y departamentos con características similares, información que no se habría detectado con análisis descriptivos básicos.
Esta metodología puede ser útil para comprender la dinámica de los conflictos armados, para el diseño de políticas públicas de preventivas y para la atención a las víctimas que permitan ser eficientes en la distribución del gasto público.

O. #1977

EVALUACIÓN DEL USO DE BIOMARCADORES DE DAÑO CEREBRAL EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

Sheila Mónica García Álvarez, Francisco Javier García Vega, Roberto Sertal Parcero, Marta González Fermoso, Sandra Romero Castro, Isabel Ángel Barba

Hospital Universitario Montecelo, Pontevedra, España

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el Traumatismo craneoencefálico (TCE) se considera una prioridad sanitaria, no sólo por su elevada incidencia, sino también por el gran número de consultas que origina en los servicios de urgencias y el elevado número de recursos que consume, ya que no hay una sintomatología específica que permita identificar a pacientes con riesgo de presentar una lesión intracraneal aguda (LIA).
Esto, añadido a la falta de uniformidad de criterios con respecto a qué pacientes con TCE leve se les tiene que realizar tomografía computarizada (TC), ha provocado que en los últimos años, las realizaciones de pruebas de imagen hayan aumentado exponencialmente, junto con el coste, la saturación de los servicios implicados y los riesgos de la exposición a la radiación.
Se ha comprobado que la combinación de la Proteína Ácida Fibrilar Glial (GFAP) y la Ubiquitina Carboxiterminal Hidroxilasa L1 (UCH-L1), puede predecir de manera fiable la ausencia de LIA en una TC. Los niveles de ambos biomarcadores son medibles en sangre periférica desde la primera hora, alcanzan niveles máximos a las 18 horas en el caso de la GFAP y a las 8 horas en el de la UCH-L1 y después disminuyen progresivamente permaneciendo elevados en el caso de la GFAP, más de 72 horas.
Se considera que la combinación de ambos marcadores presenta una sensibilidad del 95.8%, un valor predictivo negativo del 99.3%, con una especificidad del 40.4%.
La incorporación de esta prueba podría suponer un cambio sustancial en el manejo actual del TCE leve.

OBJETIVO

Demostrar que la implantación protocolizada de los biomarcadores de daño cerebral puede ayudar no sólo en la toma de decisiones en la práctica clínica, sino también en mejorar la asistencia a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por un TCE leve (acortando tiempos de espera y reduciendo la exposición a radiación innecesaria) y en reducir el coste sanitario.

MÉTODO

Se solicitaron marcadores de daño cerebral a los pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de urgencias de un hospital secundario con clínica de TCE leve (traumatismo en la región craneoencefálica con sospecha de lesión cerebral aguda y puntuación en la escala de coma de Glasgow de 14-15 puntos a los 30 minutos de la lesión o más tarde cuando se presenta a recibir atención médica). Se analizaron los datos obtenidos durante dos meses.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Desde la implementación del protocolo se realizaron un total de 85 solicitudes de biomarcadores de daño cerebral, con una edad promedio de 63,9 años (desviación estándar de 22,8 años) y una mediana de 66 años.
En términos generales, de las solicitudes realizadas un 62% tuvieron biomarcadores positivos y el 37% negativos, lo cual es un porcentaje similar a lo ya publicado en otros estudios y que pone de manifiesto la importancia de esta nueva herramienta para la evaluación y el manejo de los pacientes con TCE leve.
Las peticiones realizadas a pacientes sin factores de riesgo con respecto al total fueron < 5%. Y las realizadas sin ajustarse al protocolo alcanzaron un 18,8%. Cabe destacar que de ellas, el 18,7% tuvieron marcadores positivos.

CONCLUSIONES

Aunque es poco tiempo y la muestra de pacientes es pequeña, podemos afirmar que la incorporación de esta prueba supone un cambio sustancial en el manejo del TCE leve en un hospital de segundo nivel, ayudando al Médico de Urgencias en la toma de decisiones y optimizando la asistencia hospitalaria de los pacientes del área. A casi un 40% de pacientes se les evitó la realización de pruebas innecesarias y la prolongación de su tiempo de estancia hospitalaria, con la consecuente reducción del gasto sanitario y la mejora en la experiencia del paciente.

P. #146

ENCUENTRA AL CULPABLE: TRAUMA MEDULAR SIN LESIÓN ÓSEA

Silvia Barrero Martín, Laura Arribas Sánchez, Sara De Augusto Gil, Susana De Juan Matilla, Esther Tejada Solis, Beatriz Alonso Serna

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 53 años, con antecedente de consumo crónico de alcohol. Es valorado por medicina prehospitalaria, avisados al ser encontrado en vía pública, con regular estado general, presentando vómitos continuos e imposibilidad para mantener la verticalidad e iniciar deambulación. Es trasladado al Servicio de Urgencias bajo inmovilización con tabla y collarín rígido.

En Urgencias, el paciente confirma consumo de alcohol en gran cantidad (80 g) en las últimas 12 horas. Refiere episodio de mareo con posterior pérdida de conocimiento y caída hacia atrás, con trauma occipital. Refiere amnesia posterior hasta llegada a Urgencias, sin otros testigos presentes que completen la historia clínica. Refiere así mismo, inicio de sensación de entumecimiento de las cuatro extremidades (mayor en manos que pies) con dificultad para movilizarlas, cefalea y cervicalgia. En la exploración, presenta hipotensión arterial (63/35 mmHg) y bradicardia a 56 lpm, sin afectación respiratoria (frecuencia respiratoria de 14 rpm con saturación basal de 99%) ni térmica (temperatura 36°C). Se observa deshidratación cutáneo mucosa y se objetiva una tetraparesia de predominio en miembros superiores y distal con reflejos ausentes de forma generalizada salvo reflejo mentoniano presente y reflejo cutáneo plantar flexor bilateral; sin afectación sensitiva asociada. Se solicitan estudios analíticos y de imagen y se comienza resucitación con sueroterapia intensiva bajo sospecha de trauma medular y shock secundario a lo previo. En gasometría venosa se confirma leve acidosis metabólica (pH 7.29, pCO2 42 mmHg, lactato 2.8, AG 19, HCO3 19.2 mEQ/L). En TC cerebral no se observa sangrado ni fractura, ampliándose TC cervical que no demuestra lesión ósea. A valorar afectación medular cervical central tras traumatismo o ictus isquémico bihemisférico en territorio frontera por bajo gasto, se amplía AngioTC donde se destaca oclusión de AV derecha desde origen con repermeabilización distal. Se completa estudio con resonancia magnética cervical (clínica bilateral, despistaje de isquemia medular) confirmándose una lesión mielopática C3-C4, con leve discopatia cervical sin estenosis (síndrome centromedular sin lesión ósea asociada).

En relación al shock medular, se realiza adecuada resucitación con cristaloides. Así mismo, es ingresado en Neurocirugía y sometido de urgencia a discectomía C3-C4 anterior y colocación de dispositivo intersomático y placa cervical anterior. Con ello, se objetiva evolución lenta pero progresiva, persistiendo al alta a centro rehabilitador funcional tetraparesia asimétrica mayor en MMSS que en MMII y de predominio derecho.

El síndrome centromedular es la lesión medular aguda postraumática incompleta más frecuente. Es habitual observarlo en personas con antecedentes de cambios degenerativos vertebrales que se sufren un traumatismo con un mecanismo de hiperextensión. Se caracteriza por la presencia de debilidad motora de predominio en miembros superiores, asociado a trastornos esfinterianos y grados variables de afectación sensitiva. El tratamiento se basa en la descompresión quirúrgica, el control hemodinámico y metilprednisolona en casos seleccionados.

CONCLUSIONES

En los pacientes con intoxicación por alcohol u otras drogas, resulta imprescindible realizar una adecuada anamnesis y exploración sistemática, aunque a veces esta se vea dificultada por la alteración del nivel de conciencia o los efectos de las drogas consumidas. La selección adecuada de pruebas radiológicas permite identificar la lesión medular y otras lesiones asociadas, que de otra forma pudiesen pasar desapercibidas. En el trauma medular debe hacerse un manejo estricto de la situación respiratoria, hemodinámica, térmica y neurológica del paciente. La resucitación adecuada y precoz con fluidos es prioritaria en el tratamiento de la hipotensión, con el objetivo de mantener una perfusión adecuada y evitar el daño secundario del sistema nervioso central.

P. #409

UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES GFAP I UCTH-L1 EN TRAUMATISMO CRANEAL LEVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Oriol Aguiló Pedret, Duvan Andrade Quiñones, Anna Coll Nogué, Ferran Soldevila Fàbrega, Paula Gassiot Cordomí

Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Olot, España

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneal leve (TCL), que puede definirse mediante la escala de Glasgow con una puntuación de 13 a 15, es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicio de Urgencias de todo el mundo. La tomografía axial computarizada (TAC) es una herramienta de diagnóstico estándar para identificar complicaciones intracraneales en adultos con TCL. La selección de pacientes para realizar un TAC es una decisión importante en los pacientes con TCL, ya que permite identificar de forma precoz lesiones que pueden desencadenar un ingreso hospitalario o incluso requerir neurocirugía. En la actualidad la toma de decisiones sobre la realización de TAC es ineficiente, con un 90-95% de los pacientes sometidos a dicha prueba en los que no se objetiva ninguna lesión intracraneal (Mass et al. 2022). El uso de biomarcadores es una herramienta complementaria emergente que permite identificar a los pacientes con TCL con riesgo de lesiones potenciales intracraneales y que requerirían la realización de TAC. Dicha herramienta permitiría, por tanto, optimizar costes y evitar la irradiación innecesaria de los pacientes. (Wang et al. 2018).

OBJETIVO

Evaluar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos de los biomarcadores GFAP y UCTH-L1 en 30 pacientes consecutivos con TCL admitidos en el Servicio de Urgencias del Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa.

MÉTODO

Se estudiaron 30 pacientes consecutivos que acudieron al Servicio de Urgencias con TCL (Glasgow 13-15) y con criterios para la realización de TAC craneal. Los criterios para solicitar un TAC craneal fueron: edad≥ 65 años, tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes, vómitos, cefalea, intoxicación por alcohol o drogas, amnesia, neurocirugía previa, mecanismo de alta energía o déficit neurológico. El tiempo requerido desde el TCL hasta la extracción de la analítica con los biomarcadores GFAP y UCTH-L1 debía ser inferior a 12 horas, teniendo en cuenta la biología de dichos biomarcadores.
Se excluyeron del estudio los pacientes con edad inferior a 18 años, los traumatismos craneales con escala de Glasgow igual o inferior a 12 puntos, los casos en los que el TAC no estaba indicado y el tiempo igual o superior a 12 horas de evolución desde el traumatismo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se cursaron las muestras de biomarcadores en 30 pacientes con criterios para solicitar TAC y se realizaron 27 peticiones de TAC craneal (en 3 casos no se realizó la prueba por error).
De los 27 pacientes analizados, (biomarcadores + TAC), 22 presentaban los biomarcadores alterados y 5 niveles normales. En el grupo con biomarcadores normales en ningún TAC se objetivaron lesiones intracraneales. En el grupo con biomarcadores alterados, 5 pacientes presentaron alteraciones en el TAC y en 17 pacientes se obtuvo un resultado normal en el TAC.
De éste modo se obtienen los siguientes resultados:
Valor Predictivo Positivo (VPP) = 29,4%
Valor Predictivo Negativo (VPN) = 100%
Sensibilidad (S) = 100%
Especificidad (E) = 22%

CONCLUSIONES

El VPN de la prueba es del 100% de los casos, por lo tanto, se trata de una prueba muy útil especialmente cuando los biomarcadores son negativos y de ésta forma, permitiría no tener que realizar el TAC craneal en dichos pacientes, reduciendo así costes económicos y evitando radiación innecesaria para los pacientes. Nuestros resultados están en concordancia con el algoritmo propuesto por la SEMES (Manejo del TCE leve hospitalario).

P. #470

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Andreea Irimia, Patricia Paredes Leonarte, Andrea Laura Gea Roig, Carmen Beltrán García, María Dolores Ferre Calabuig, Montserrat Parra López

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen un 5% de las consultas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Los TCE leves (puntuación de escala de coma de Glasgow (GCS) de 13-15) son los más frecuentes (aproximadamente 70-80% de los casos de TCE), siendo los síntomas más referidos la cefalea, los vómitos y las alteraciones en el nivel de conciencia. La gravedad y pronóstico de los TCE dependerá de múltiples factores, entre los que se incluye la toma previa de fármacos antiagregantes y anticoagulantes.

OBJETIVO

Valorar las características de los pacientes que acuden al SUH de un hospital urbano de segundo nivel. Medir la incidencia y el manejo de los pacientes antiagregados y/o anticoagulados con TCE leve.

MÉTODO

Se analizaron los datos de pacientes que acudieron por traumatismo craneoencefálico a nuestro SUH desde 2017 hasta 2023. Se recogieron los datos demográficos, las características y el manejo de los pacientes con diagnóstico al alta de "TCE leve". Asimismo, se revisó la evolución a los 30 días del episodio de TCE. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico "R", comparando manejo y evolución según tratamiento antiagregante y/o anticoagulante previo al TCE.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron 2226 casos de TCE leve, de los cuales 57.7% fueron mujeres, con una edad media de 68.5 años. A pesar del diagnóstico de TCE leve, sólo en 38% de los casos se registró el GCS; de estos, un 98.7% tenían un GCS 13-15. El 40% venían derivados de MAP, mientras que el 38% acudían por sus propios medios; en el 12% de los casos, se trasladaron en ambulancia.
En cuanto a los antecedentes previos, 19% eran pacientes dependientes. 49.7% eran hipertensos y 22% diabéticos. En 14.8% de los casos tenían una fibrilación auricular previa, y en 8.8% un ictus isquémico previo.
20% de los pacientes tomaban tratamiento antiagregante, siendo el más frecuente aspirina (82.7%), seguida por clopidogrel (9.6%). 17.30% de los pacientes estaban anticoagulados, de los cuales 61.5% tomaban acenocumarol, 27.5% anticoagulantes de acción directa y un 8.5% heparina de bajo peso molecular.
El TCE se relaciono con caída de más de un metro de altura en un 20% de los casos y con intoxicación etílica (5.5%). El 21% refería cefalea como principal síntoma.
Se realizaron 1827 tomografías computerizadas(TC) craneales (82% de todas las asistencias por TCE), de los cuales 15% presentaron patología aguda y 28% patología crónica.
Ante los hallazgos descritos, se administró vitamina K (1%) y se suspendieron tratamientos antiagregante/anticoagulante (2.8% de los casos).
Se emitió alta hospitalaria directa en el 78% de los casos, manteniéndose en la Unidad de Observación a 20% de los pacientes. Se consultó a Neurocirugía en un 4% de los casos, precisando intervención quirúrgica solamente 3 pacientes.
El 15.8% de los pacientes requirió reingresar en menos de 30 días. En el mismo período, fallecieron el 2.2% del total de pacientes revisado.

CONCLUSIONES

De los resultados descritos, se pueden extraer dos conclusiones fundamentales. En primer lugar, se evidencia un uso excesivo de TC craneales, lo que incrementa la exposición a la radiación y aumenta el coste sin aportar en muchas ocasiones una información que modifique el desenlace.
En segundo lugar, a pesar de que muchos de los pacientes con TCE leve reciben tratamientos que pueden agravar su evolución, la reversión o suspensión de los fármacos anticoagulantes y antiagregantes se realiza en pocas ocasiones, lo que puede aumentar el riesgo de hemorragias.
Por ello, es fundamental replantear el protocolo diagnóstico y terapéutico en urgencias para reducir la realización de TC craneales, por ejemplo usando biomarcadores específicos. Asimismo, se deben establecer algoritmos universales para el manejo de los tratamientos que puedan convertirse en factores de riesgo de complicaciones intracraneales.

P. #479

MANEJO DE LOS PACIENTES ANTIAGREGADOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

Andreea Irimia, José Vicente Ferrandis Alepuz, Begoña Moliner Zanon, Juan Beltrán Gisbert, Andrea Laura Gea Roig, Patricia Paredes Leonarte

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El uso de fármacos antiagregantes plaquetarios es cada vez más frecuente, siendo esenciales en la prevención primaria y secundaria de eventos isquémicos. Se calcula que hasta un 23.3% de la población general los consume, siendo más frecuente el uso de la aspirina, seguida en segundo lugar por clopidogrel y en tercero por ticagrelor y triflusal.
A pesar de los claros beneficios que ofrecen en términos de reducción de eventos trombóticos, la acción antiplaquetaria también prolonga el tiempo de sangrado. Ello puede convertirse en un factor de riesgo crítico en caso de traumatismos craneoencefálicos (TCE), al favorecer hemorragias intracraneales que pueden empeorar el pronóstico del paciente de forma significativa.
A pesar de que existen algoritmos de manejo del tratamiento anticoagulante en el caso de los TCE, no existe en este momento una actuación protocolizada en aquellos pacientes que toman antiagregantes.

OBJETIVO

Analizar la incidencia en el uso de antiagregantes plaquetarios y explorar su manejo y posibles complicaciones en casos de TCE leves atendidos en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) de un hospital de segundo nivel.

MÉTODO

Se analizaron los datos de pacientes que acudieron por traumatismo craneoencefálico (catalogado como "TCE leve") a nuestro SUH desde 2017 hasta 2023. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con el episodio de TCE, el manejo y las complicaciones posteriores. Se valoraron las características del episodio y el desenlace del mismo, en pacientes con TCE leve que tomaban previamente tratamiento antiagregante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron 2226 casos, de los cuales la quinta parte (446) eran pacientes con tratamiento antiagregante previo al TCE. La edad media fue de 71.5 años, siendo 52% mujeres.
En el 82.7% de los casos tomaban aspirina, seguida por clopidogrel (9.6%). 3% tomaban doble antiagregación. 3% tomaba triflusal y 2% tomaban ticagrelor.
Los TCE se relacionaron con caídas casuales como motivo más frecuente y en 3% de los casos asociaban intoxicación etílica. La queja más frecuente fue la cefalea (18%), seguida por déficit neurológico (6%).
Se realizó tomografía craneal (TC) en 90% de los casos, objetivándose patología aguda en el 5% de los casos y crónica en el 43% de los casos. En el caso de los hallazgos agudos, se diagnosticaron 10 hematomas subdurales, 7 hemorragias subaracnoideas y 8 fracturas.
La resolución de los episodios fue de alta hospitalaria (71%) y permanencia 24 horas en la Unidad de Observación (20%). Se suspendió el tratamiento antiagregante en un 3% de los casos. Ingresaron 5% de los pacientes. Se consultó a Neurocirugía en 5% de los casos. Reingresaron en los siguientes 30 días 15% de los pacientes, falleciendo en este mismo período 16 personas (3.5% del total de pacientes con tratamiento antiagregante).

CONCLUSIONES

En esta revisión se observo que, a pesar de que el TCE puede presentarse con pocos síntomas o con un estado neurológico aparentemente normal, existe el riesgo de que se desarrolle una hemorragia intracraneal de evolución tardía o que una lesión inicial poco evidente empeore con el tiempo.
Aunque la incidencia de complicaciones en el TCE leve es baja en un primer tiempo, en pacientes antiagregados aumentan los reingresos tempranos. Por ello, la vigilancia es indispensable para detectar cambios clínicos y actuar antes de que se desarrollen complicaciones potencialmente graves.
En pacientes con tratamiento antiagregante se debería disponer de protocolos adecuados, que definan signos de alarma, tiempos de espera para realizar pruebas complementarias, tiempo de observación y manejo del tratamiento antiagregante en el período de observación. Se debería prestar especial atención en grupos de mayor riesgo, como la edad avanzada, insuficiencia renal o hepática. Esto se traduce en una mejor toma de decisiones terapéuticas y, en última instancia, en una mejora del pronóstico del paciente.

P. #486

PACIENTES ANTICOAGULADOS VS. ANTIAGREGADOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE... ¿LOS MANEJAMOS DE FORMA DIFERENTE?

Andreea Irimia, María Dolores Ferre Calabuig, Carmen Beltrán García, Begoña Moliner Zanon, Juan Beltrán Gisbert, José Vicente Ferrandis Alepuz

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Los fármacos antiagregantes y anticoagulantes son fundamentales en el manejo y prevención de eventos trombóticos en diversas patologías cardiovasculares. Sin embargo, al inhibir la función plaquetaria o interferir con la cascada de coagulación, incrementan el riesgo de hemorragias.
Esto es especialmente importante en el caso de los traumatismos craneoencefálicos (TCE), incluso en aquellos clasificados como leves, en los cuales la alteración inicial puede ser sutil. En algunos casos, aunque con baja frecuencia, se pueden producir o agravar hemorragias intracraneales, que suponen un riesgo potencialmente grave y requieren una vigilancia y manejo específicos.

OBJETIVO

Analizar la incidencia de TCE leves en pacientes anticoagulados y antiagregados en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) de un hospital urbano de segundo nivel. Valorar diferencias en las estrategias de manejo diagnostico-terapéutico entre pacientes con tratamiento antiagregante vs. anticoagulante.

MÉTODO

Se analizan los datos de pacientes atendidos y diagnosticados como "TCE leve" en nuestro SUH, en el período 2017-2023. Se recogen variables demográficas, tratamientos previos, etiología de la caída, pruebas complementarias realizadas, tratamiento y evolución. Se realiza, mediante el paquete estadístico "R", un estudio comparativo en pacientes con tratamiento anticoagulante vs. antiagregante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogen datos de 2226 casos, de los cuales un 20% toman tratamiento antiagregante (AA) y 17.30% anticoagulante (AC). La edad media es de 71.5 años(AA) vs. 76 años(AC), siendo la mayoría mujeres en ambos casos (52% AA, 59%AC).
Los fármacos antiagregantes más usados son aspirina (82.7%) y clopidogrel (9.6%), 3% con doble antiagregación. En el caso de los anticoagulantes, el más frecuente es aldocumar (61%), seguido de apixabán (13%). 8% se administran heparinas de bajo peso molecular.
Los TCE se relacionan con caídas casuales como motivo más frecuente en ambos grupos. La queja más frecuente es la cefalea (18% AA vs. 19% AC), seguida por déficit neurológico (6%AA vs. 7%AC), sin diferencias significativas.
Se realiza tomografía craneal (TC) en 90% de los casos AA y en 94% en AC.
En los TC realizados, presentan patología crónica el 50% de los pacientes AC y el 43% de los AA. El 4% AC y 5% AA, presentan hallazgos agudos, siendo más frecuentes el hematoma subdural en el grupo AA (10 vs. 4) y las fracturas en el grupo AC (9 vs. 8).
En el grupo AC, se mide el INR en el 80% de los casos, con una media de 2.44 (mín. 0.88, máximo 47). Se administra vitamina K en 23 casos (6%) y se suspende el tratamiento anticoagulante en 48 casos (12%). Sólo se precisa usar idarucizumab en un caso y complejo protrombínico en 2 casos.
En el grupo AA, se suspende el tratamiento en 3% de los casos.
En cuanto a la resolución de los episodios, la mayoría de los pacientes reciben alta a domicilio (71%AA vs. 67%AC). En Observación permanecen 20% en el grupo AA vs. 28.6% en AC ($p<0.05$). Ingresan 5% de los pacientes AA vs. 4.4% AC. Se consulta a Neurocirugía en 5% de los casos en ambos grupos.
En cuanto a la evolución en los siguientes 30 días, reingresan 15% en el grupo AA y 20.5% en AC ($p<0.05$). En este período fallecen 16 pacientes antiagregados y 12 anticoagulados.

CONCLUSIONES

En la actualidad existen varios modelos de actuación en caso de pacientes anticoagulados que sufren un TCE, no habiendo un modelo concreto para los pacientes antiagregados. Existe una tendencia a vigilar más y prevenir complicaciones (revirtiendo el fármaco o administrando antídotos) en el caso de los pacientes con tratamiento anticoagulante.
Tal y como se observa en los resultados expuestos, las complicaciones en ambos grupos son similares. Por ello consideramos indicado establecer estrategias de manejo y recomendaciones clínicas unificadas en pacientes antiagregados que sufren TCE.

P. #528

FRACTURA LUXAXION ABIERTA DE ASTRAGALO ASOCIADA A FRACTURA DE TOBILLO EN PACIENTE EN CRECIMIENTO

Antonia Martínez Domínguez, Felipe Piedra Rodrigo, Salvadora Bernal Rosique, Miguel Galdames Pérez

Complejo Hospitalario Torrecardenas, 04 - Almería, España

INTRODUCCIÓN

Las fracturas del astrágalo son poco comunes en la población inmadura, y las fracturas abiertas lo son aún más. Sin embargo, pueden ocurrir en ciertas situaciones, como en este caso, que fue provocada por un trauma de alta energía en un accidente de tráfico, como un atropello. Queremos resaltar la intervención más adecuada en estos escenarios.

OBJETIVO

Destacar que en este tipo de lesiones, se ha de actuar con rapidez para evitar la lesión de las partes blandas por la deformidad,

MÉTODO

Paciente de 14 años que es atropellado en vía pública. Al ingreso por Urgencias Hospitalaria, se realiza una primera exploración, en la que se observa, gran deformidad a nivel del tobillo con dos heridas en la zona medial de pie derecho, lo que obliga a sospechar, una fractura abierta. Se aprecia que, presenta pulsos y sensibilidad distal normal. Se le realiza un estudio radiográfico simple, que nos permite confirmar la existencia de una fractura y luxación de parte del astrágalo, junto con fractura de los maléolos medial y lateral del tobillo. En conclusión estamos ante una lesión muy grave Fractura luxación abierta de astrágalo y de tobillo, en el mismo miembro. Se inicia profilaxis antibiótica antes de la primera hora y se realiza reducción cerrada y fijación externa temporal, actuación clave para evitar aumentar la lesión de las partes blandas y que es decisivo de la evolución de la lesión. Tras reducción se solicita TAC, necesario por la complejidad en ver las lesiones óseas en esa zona anatómica. Con esto ya podemos pausarnos para continuar el correcto tratamiento,
Una vez contralada la afectación de partes blandas y no antes, se realiza tratamiento quirúrgico para reducir y estabilizar la fractura. definitivo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

RESULTADOS: A las 6 semanas, se encuentra asintomático sin necesidad de medicación analgésica oral, en radiografía de control se puede signo de que hay circulación intraósea, (signo de Hawkins), se decide carga parcial según tolerancia con muletas. A las 8 semanas comienza carga total con protección. A las 10 semanas ante la buena tolerancia se indica carga parcial progresiva sin ortesis.
DISCUSIÓN : Las fracturas del astrágalo son poco comunes en el esqueleto inmaduro, e incluso más raras en su forma abierta. Requieren para su tratamiento, una profilaxis antibiótica adecuada, así como una corrección urgente de la deformidad para aliviar la presión en los tejidos blandos y prevenir un mayor daño en ellos, lo cual es crucial para una buena recuperación. Cuando las condiciones de los tejidos blandos lo permitan, se realizará una reducción anatómica, preferiblemente abierta, porque permite ver mas detalladamente las superficies durante la reducción, para restaurar la congruencia de la articulación y la circulación intraósea, evitando una complicación frecuente en este tipo de lesiones, que es la necrosis del astrágalo y con ella, la pérdida de la articulación del tobillo. Por lo tanto, en un contexto de urgencias se requiere: conocimiento de la lesión, evaluación del estado neurovascular, una reducción provisional e inmovilización, iniciar el tratamiento antibiótico, administrar la vacuna antitetánica y completar el estudio radiológico Tratamiento Definitivo.

CONCLUSIONES

Rapidez en detectar lesiones vasculares y nerviosas, corrección de la deformidad e inmovilización, antibioterapia, completar el estudio para saber exactamente como corregir la fractura. Plantear tratamiento definitivo con tranquilidad y cautela.

P. #563

DESENLACE FATAL PARA UN DOLOR TESTICULAR

María Del Carmen Sánchez Beltrán, Cristina Domínguez Lubillo, Mónica Martín De Miguel, Teresa Agudo Villa, David Martín-Crespo Posada

Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años con antecedentes de exfumador, exbebedor, consumidor de cocaína, IAM inferolateral en 2004 y cirrosis enólica sin seguimiento médico. Acude por segunda vez al Servicio de Urgencias por dolor, de 15 días de evolución en hipogastrio y testicular bilateral en aumento hasta localizarse en cara interna de ambos muslos. A la exploración física, estable hemodinámicamente con dolor a la palpación profunda en hipogastrio, con PPRB negativa, pero sin dolor a la palpación testicular. Analíticamente, destacaba leucocitosis de 14.17x10^3/mcL, PCR 313mg/L, ácido láctico de 4.1 mg/dL y una coagulopatía con un Quick del 60%. Se realizó TAC abdominal para descartar posible Gangrena de Fournier, donde se objetivó rotura de aorta abdominal infrarrenal contenida (úlcera penetrante) con aumento de partes blandas circundantes y ganglios adyacentes. Además de LOES hepáticas compatibles con abscesos/metástasis, engrosamiento focal de sigma y derrame pericárdico. Se activó código Aorta y se realizó cirugía emergente con bypass aorto-biiliaco con prótesis de Dacron. Tras 4 días en UCI fue dado de alta a planta. Posteriormente, presentó múltiples complicaciones relacionadas con la cirugía y la estancia hospitalaria prolongada pero finalmente se procedió al alta domiciliaria pendiente de completar estudio de extensión de una neoplasia de recto/sigma.

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo (SAA) es una patología tiempo dependiente con una incidencia aproximada de 110-117 casos/millón de habitantes. Con una mortalidad del 20% las primeras 24 horas y hasta el 50% en los 30 primeros días. Existe un claro predominio en varones de 3:1.

La clasificación clásica del SAA se divide en disección aórtica, úlcera penetrante ateroesclerótica y hematoma intramural aórtico. La clasificación anatómica (de Stanford) las divide según afecte o no a la aorta ascendente en Tipo A y Tipo B, respectivamente.

Cuando se presenta como dolor abdominal o lumbar con inestabilidad hemodinámica y masa pulsátil, la sospecha diagnóstica es sencilla. El dolor se puede objetivar hasta en el 90% de los casos, aunque un 10% pueden ser asintomáticos, principalmente en mayores de 70 años y diabéticos. El Registro Español de Síndrome Aórtico (RESA) considera el dolor torácico como el síntoma más frecuente del SAA, afectando al 95.9% de los pacientes, clínica que puede ser confundida con IAM, taponamiento cardiaco, shock cardiogénico, etc. Hasta un 10% de los casos no presentan dolor o el dolor es atípico (extremidades superiores, hombro izquierdo, dolor lumbar).

La presentación como dolor testicular con exploración normal es altamente inusual, con escaso reporte en la literatura y siendo más frecuente el dolor en testículo izquierdo, en probable relación con la compresión nerviosa, irritación de los plexos lumbares, nervios genitofemorales o ilioinguinales en su trayecto por el psoas. Además, en ocasiones la pared aórtica puede estar contenida por el músculo psoas y el retroperitoneo, lo cual lleva a una clínica más insidiosa sin inestabilidad hemodinámica.

En el caso de nuestro paciente, acudió a Urgencias en dos ocasiones con dolor testicular de 15 días de evolución, siempre en condiciones de estabilidad hemodinámica. Diferentes estudios ponen de manifiesto que uno de los grandes problemas del SAA es la dificultad de su detección antes de que se manifiesten las complicaciones. En nuestro caso, el dolor testicular unido a una evolución insidiosa de 15 días sin mejoría, la elevación de reactantes de fase aguda y marcadores de hipoperfusión ponen de manifiesto la gravedad del cuadro subyacente. Por lo tanto, conviene tener en cuenta que un dolor testicular puede ser un dolor referido de otras patologías como el SAA, pudiendo tener un desenlace fatal, no solo por la propia enfermedad sino por sus complicaciones posteriores.

P. #628

LA ECOGRAFÍA NO SIEMPRE DICE TODA LA VERDAD

Marta Bosa Santana, Vanisha Lilaram Lachmandas, Irene Cesteros Martín, Celia Herrera González, Raquel Pérez Jiménez
HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 65 años con antecedente personal de hipertensión y diabetes mellitus acude al servicio de urgencias de un hospital universitario por tercera vez en los últimos nueve días refiriendo dolor en miembro inferior derecho (MID) y frialdad distal.
En la primera visita, hace 9 días, el paciente refiere dolor en MID, concretamente en hueco poplíteo, de inicio súbito en las últimas 24 horas. Niega traumatismo o clínica infecciosa asociada. Está en tratamiento analgésico sin mejoría clínica.
A la exploración física se evidencia dolor a la movilización del miembro, Homans dudoso. Buena perfusión distal, pulso pedio presente.
Se realiza ecografía reglada, donde se describe colección heterogénea de aproximadamente 4x4.5x5cm (diámetro anteroposterior, transverso y craneocaudal) con origen entre los tendones gastrocnemio medio y semimembranoso, sin flujo de estudio Doppler, encontrando hallazgos compatibles con quiste de Baker complicado. El paciente es dado de alta con tratamiento analgésico, y medidas físicas.
En estos nueve días, el paciente consulta hasta en dos ocasiones más por mal control del dolor, siendo en todos los casos dado de alta con ajuste de tratamiento analgésico. En la ultima visita, el paciente refiere continuar con mal control del dolor y frialdad distal.
A la exploración física, se evidencia edema bilateral de extremidades, MID con palidez cutánea, siendo muy doloroso a la palpación con frialdad distal. Pie con limitación a la dorsiflexión, con lividece en antepié. No se palpa pulso pedio.
Se comenta el caso con el servicio de cirugía vascular, que, dada la exploración física solicita AngioTAC arterial de miembros inferiores con resultado de aneurisma poplíteo (AP) bilateral e isquemia aguda evolucionada por AP trombosado en MID. No se observan hallazgos a nivel abdominal.
Se realiza cirugía urgente con realización de bypass fémoro-poplíteo y trombectomía de vasos distales sin necesidad de amputación de miembro.
Durante el ingreso, a partir del cuarto día post operatorio, se observa by-pass normofuncionante, edema de pierna con mala perfusión a nivel de pie, antepié frío con movilidad digital disminuida y prenecrosis de cuarto dedo, evolucionando tórpidamente en los siguiente días.
Se informa a la paciente de riesgo de pérdida de extremidad. Se programa finalmente amputación supracondílea a los veinte días de ingreso.

CONCLUSIONES

El aneurisma poplíteo es el aneurisma más frecuente en los miembros inferiores, está presente en torno al 1% de la población y es más frecuente en varones. En muchas ocasiones son bilaterales y es bastante habitual que se relacionen con aneurismas abdominales.
De este caso nos gustaría comentar varias conclusiones:
En primer lugar, la importancia de la reevaluación clínica; es importante realizar una reevaluación clínica exhaustiva cada vez que un paciente consulta, especialmente cuando los síntomas persisten o empeoran a pesar de tener pruebas complementarias normales y un tratamiento médico correcto.
En segundo lugar, debemos ser conscientes de la limitación de las pruebas complementarias; la ecografía es una herramienta muy útil en nuestro día a día pero tiene limitaciones inherentes como la dependencia del operador que puede llevar a interpretaciones erróneas o pasar por alto hallazgos importantes. No debemos confiar exclusivamente en las pruebas complementarias sin considerar el contexto clínico completo.

P. #687

CUANDO EL COLON SE PLIEGA SOBRE SÍ MISMO: INTUSUSCEPCIÓN POR LIPOMA, UNA CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

José Gabriel Loyola Ullauri, Jara Hernández Gutiérrez, Irene Sepulveda Martín, Javier Lesaga Llopis
Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

La intususcepción se define como la invaginación de un segmento de intestino en un segmento inmediatamente adyacente. En adultos causa entre el 1 y el 5% de las obstrucciones y entre el 20-25% de los casos en intestino grueso. La causa más frecuente de esto es un adenocarcinoma de colon primario pero también se han descrito tumores benignos, diverticulitis y enfermedad inflamatoria intestinal.
La clínica más frecuente es dolor abdominal asociado a un cuadro de pseudobstrucción intestinal. Puede presentar rectorragia/melenas.
La exploración revela un abdomen distendido, doloroso, con ruidos disminuidos e irritación peritoneal. Si la presentación es tardía, se pueden encontrar signos de peritonitis e isquemia intestinal. La analítica puede presentar leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda.
Para el diagnóstico se utiliza el TAC, puesto que los diagnósticos diferenciales son amplios y es la prueba más rentable. La colonoscopia es otro método diagnóstico útil en la evaluación de la intususcepción, ya que permite la biopsia de la lesión causante y puede ser utilizada para desinvaginar.
El tratamiento en adultos es principalmente quirúrgico entre el 70-90% de las veces, realizandose reseccion abierta o laparoscópica.

OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación es demostrar como causa excepcional de obstrucción intestinal la intususcepción por un limpoma A PROPÓSITO DE UN CASO clínico.

MÉTODO

Vvarón de 63 años con antecedentes de CA Microcítico de Pulmón T4N3M1 en tratamiento con quimioterapia y neoplasia vesical (pendiente de RTU))que acude a Urgencias por dolor abdominal y diarrea sanguinolenta de dos días de evolución
En la exploración presenta un abdomen distendido y levemente doloroso a la palpación de forma difusa y sin signos de irritación peritoneal.
En la analítica presenta de PCR de 86 sin evidenciarse elevación de otros reactantes de fase aguda.
Se realiza un TAC de Abdomen que evidencia invaginación colo-colónica con lesión grasa de 4x4x6 cm en el segmento invaginado con dilatación colónica proximal.
Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media. Se objetiva una invaginación de colon transverso en porción distal y neoplasia móvil y blanda intraluminal en colon descendente con dilatación del colon proximal. Se realiza hemicolectomía izquierda ampliada oncológica con anastomosis colo-rectal mecanica.
En la Anatomía Patológica se describe:
Lipoma Submucoso de 7x4x4cm y un Adenoma tubular de 0.7cm

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La intususcepción en el adulto como causa de obstrucción es menor del 1% por lo que los estudios y la evidencia son escasos. La clínica es variable. La prueba radiológica de elección para el diagnóstico es el TAC y la colonoscopia puede servir para completar el diagnóstico o para tratamiento.
La causa la más prevalente de invaginación en la región colo-rectal está asociada con los tumores malignos entre ellos destaca adenocarcinoma de colon en primer lugar, luego se han descrito tumores benignos, diverticulitis EII, entre otros
El tratamiento indicado para esta patología es la cirugía urgente con o sin anastomosis.

CONCLUSIONES

La intususepción no siempre tiene como causa un tumor maligno, aunque ante la alta sospecha de patología oncolgógica debe manejarse como tal para obtener una resección adecuada en caso de serlo.

P. #900

UNA BELLEZA COMPLICADA

Belén Tortajada Hernández, Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Juan Martín Pilares Barco, Lucía Ros Dopico
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 38 años, antecedente quirúrgico de mamoplastia bilateral en 2008 y liposucción en 2020. No alergias.
Acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado de 5 días de evolución. Asocia fiebre de hasta 39ºC, vómitos de aspecto fecaloideo con intolerancia oral, así como hipo incoercible de 3 días de evolución.
No ventoseo ni deposición desde hace 5 días. Acudió a clínica privada de estética para realización de liposucción y abdominoplastia hace 5 días. En tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas desde el día de la intervención.
A la exploración física hipotensión de 85/55 mmHg, taquicardia 135 lpm, sudoración, palidez mucocutánea y fiebre de 39ºC. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos; murmullo vesicular conservado. Abdomen: faja postquirúrgica con secreción serohemática, que al retirar presenta eritema, aumento de temperatura, tumefacción y crepitación de manera generalizada en abdomen hasta región supramamaria bilateral. Dolor a la palpación generalizada y distensión abdominal, compatible con exploración de abdomen en tabla. Miembros inferiores: eritema, tumefacción, edema, aumento de temperatura y crepitación hasta tercio medio de ambos muslos, no signos de trombosis venosa profunda.
Se realiza gasometría venosa presentando alcalosis metabólica (pH 7.46, pCO2 46.2 mmHg, HCO3 30 mmol/L, Cl- 86 mmol/L, lactato 5 mmol/L) y analítica sanguínea urgente con anemia normocítica (Hb 9.7 g/dL), elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis 25.500 microL, neutrofilia 22.000 microL, Proteína C reactiva 501.9 mg/L, procalcitonina 4.20 ng/mL), trombocitosis 467.000 microL y discreta elevación de las enzimas hepáticas, amilasa (321 UI/L) y lipasa (164 UI/L).
Ante inestabilidad hemodinámica en relación con sepsis de origen abdominal, se inicia monitorización, sueroterapia intensa (1.000cc SSF), analgesia intravenosa, se extraen hemocultivos, se inicia antibioterapia empírica (Meropenem 1g), se sonda a la paciente, se solicita TAC body y se avisa a Guardia de Cirugía General por hallazgos compatibles con abdomen agudo secundario a complicación de intervención quirúrgica. En el TAC se observan: hallazgos compatibles con perforación de pared abdominal e intestinal con signos de peritonitis difusa con colecciones, infección en partes blandas de naturaleza necrotizante. Enfisema en pared torácica, neumomediastino y neumotórax izquierdo.Se realiza intervención quirúrgica mediante laparotomía urgente por peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de víscera hueca (intestino delgado) múltiple con datos de neumotórax, neumopericardio, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se reseca 1m de intestino delgado, se suturan perforaciones múltiples y se deja sistema de cierre asistido por vacío (VAC)

CONCLUSIONES

Juicio Clínico: Shock séptico de origen abdominal con peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de víscera hueca múltiple de origen traumático tras liposucción.
El shock es un estado de inestabilidad de la homeostasis corporal derivado de una reducción del aporte efectivo de oxígeno, que conduce a hipoxia tisular y disfunción multiorgánica. Se considera una urgencia médica y un proceso tiempo-dependiente en el cual el diagnóstico precoz y la instauración inmediata de las medidas terapéuticas son vitales para evitar la muerte. En el caso del shock séptico es importante tanto la reposición de volumen como el inicio temprano (primera hora) de antibioterapia empírica según el foco. Los antibióticos de elección en infecciones intraabdominales en pacientes de alto riesgo o infecciones nosocomiales son en monoterapia (carbapenémicos) y en combinación (cefalosporinas 3ª/4ª generación + Metronidazol).
La liposucción es un proceso quirúrgico que consiste en la eliminación del tejido celular subcutáneo con fines estéticos. La incidencia de complicaciones es baja, aunque en ocasiones puede derivar en el fallecimiento (1/5.000), siendo la peritonitis secundaria a perforaciones intestinales traumáticas iatrogénicas por las cánulas de liposucción durante la intervención muy poco frecuente, pero con elevada mortalidad (50%).
Debemos tener en cuenta complicaciones tras la liposcucción y plantear medidas de prevención tanto preoperatorias, intraoperatorias como postoperatorias que las minimicen.

P. #1251

UNA EPIGASTRALGIA NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Anaura Carrasquel Regalade[1], Alexis Jaspe Codecido[2], María Celia Ferro San Miguel[1]

1. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años con antecedentes personales de "arritmia" sin identificar el tipo y sin tratamiento desde hace aproximadamente 6 años, no hipertenso ni dislipémico, fumador de 5-6 cigarrillos al día e intervenido de hernia inguinal derecha en julio del 2007.
Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor desde la madrugada anterior, en torno a 6-8 horas de evolución, localizado en epigastrio y región periumbilical irradiado a ambos flancos, acompañado de náuseas , vómitos de contenido alimentario y última deposición normal anoche.No fiebre ni otra sintomatología. Al examen físico: TA 160/90 mmHg, FC 73 lpm, Tª axilar 36,8. El paciente presentaba un buen estado general, normocoloración cutaneo-mucosa y fascies dolorida. Auscultación Cardíaca: tonos arrítmicos,no soplos. Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado.Abdomen: cicatriz en región inguinal derecha. A la palpación profunda presentaba dolor en hemiabdomen izquierdo sin signos de irritación peritoneal, puño percusión bilateral negativa.
En analítica solo destacaba discreta leucositosis de 13000 con neutrofilia y en orina hematíes 10, con Rx de abdomen y tórax normales. Se inicia analgesia con paracetamol, metalizo, pantoprazol, persistiendo el dolor que el paciente describía como de mayor intensidad por lo que se solicita TAC de abdomen que describe Infarto Renal Izquierdo, ingresa en el servicio de Urologías con tratamiento con HBPM, tras 3 meses al alta y nuevo control con TAC se comprueba mejoría de zona infartada. Valorado por cardiología que tras holter determina presencia de Fibrilación auricular.

CONCLUSIONES

Lo singular del caso presentado es que a pesar de la realización de varias determinaciones analíticas realizadas en ningún momento se detectó elevación LDH, ni otro dato de interés, que dada la precocidad del diagnóstico del cuadro, aproximadamente 12 horas, podría atribuirse a ello.
El infarto renal agudo es una entidad que con frecuencia pasa desapercibida y es infradiagnosticada, siendo causa de dolor abdominal y simular generalmente patología urológica. La importancia de un diagnóstico aproximado y precoz radica en que puede originar insuficiencia renal potencialmente reversible mediante la revascularización del vaso ocluido.
Se debería sospechar Infarto Renal Agudo en todo paciente con factores de riesgo tromboembólicos que presenten dolor abdominal no claramente explicable aunque no exista elevación LHD pero si alteración del sedimento (microhematuria, microproteinuria, leucocituria). En estos pacientes la valoración clínica continua nos debe indicar la necesidad de más estudios complementarios, siendo el TAC una prueba básica para descartar esta entidad infradiagnósticada.

P. #1313

NEUMOTÓRAX BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

Mario Fernández Rodríguez, Ana Paz Martín, Carlos Pardo Rodríguez

Hospital Univeristario Donostia, Donostia, España

INTRODUCCIÓN

El neumotórax espontáneo primario es una entidad relativamente infrecuente en adultos jóvenes sin antecedentes pulmonares. Sin embargo, procedimientos invasivos como la punción seca pueden ser un factor desencadenante. Presentamos un caso de neumotórax bilateral tras una sesión de fisioterapia con punción seca, un evento poco documentado en la literatura

OBJETIVO

Describir un caso de neumotórax bilateral como complicación de la punción seca, resaltando la importancia de la sospecha clínica ante síntomas persistentes de dolor torácico opresivo en paciente joven sin antecedentes de interés.

MÉTODO

Mujer de 29 años sin antecedentes médicos de interés que consulta en Urgencias por dolor torácico opresivo de cinco días de evolución, sin fiebre, disnea ni irradiación. Refiere haber recibido punción seca en ambos trapecios días antes por una contractura dorsal. En la exploración, se encuentra en buen estado general, con constantes en rango y sin hallazgos patológicos en la auscultación cardiopulmonar. El ECG es normal. Se realiza una radiografía de tórax posteroanterior sin alteraciones aparentes, pero tras reevaluación se solicita una nueva en espiración, donde se evidencia neumotórax bilateral.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se procede a drenaje pleural y posterior ingreso en el servicio de Cirugía Torácica para tratamiento. La evolución clínica es favorable y se asume la punción seca como la causa del neumotórax bilateral.

CONCLUSIONES

La punción seca, aunque generalmente segura, puede producir complicaciones graves como neumotórax. Ante un dolor torácico persistente tras este procedimiento, es fundamental considerar esta posibilidad y realizar estudios de imagen adecuados para su detección precoz.
Resaltar también la importancia de ecografía pulmonar tanto en urgencias generales como en el ambulatorio, que podría haberse objetivado la patología previamente, habiendose podido derivar a la paciente antes a urgencias desde el ambulatorio, o haber ido directos a la búsqueda del Neumotórax en la Radiografía de Tórax.

P. #1408

PRIAPISMO DE UNA ETIOLOGÍA SINGULAR

Arantxa Ramos Miravet, María De Las Mercedes Moreno López, Francisco Ubet Barberá, Rafael María Mas Lucas, Kerwin José Lowaton Silva, Karen Nielsen Martínez

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años en seguimiento por su médico de atención primaria por episodios de lumbalgia con mala respuesta a analgesia pautada. Consulta en el servicio de urgencias por erección espontánea de varias horas de evolución. Niega consumo de drogas ni toma de medicamentos. Niega dolor peneano pero presenta cambio de coloración, algo cianótico. Asociado además, refiere dolor perianal. A la exploración el paciente está hemodinámicamente estable, presenta lumbalgia de característica mecánicas con contractura de musculatura paravertebral y dolor a la palpación de apófisis espinosas; fuerza y sensibilidad en miembros inferiores conservada. Se realiza TAC lumbar en urgencias donde se objetiva fracturas hundimiento de platillos superiores de la totalidad de cuerpos vertebrales lumbares y discopatía degenerativa moderada L1-L5, avanzada L5-S1, asociando en los segmentos L3-S1 protrusiones discales globales que contactan y deforman el sacro dural. Se descarta compromiso radicular a pesar de la estenosis foraminal degenerativa asociada en el segmento L5-S1. Descarta causa neurológica, contactamos con urología quien acude a valorar priapismo. Se realiza extracción de sangre de cuerpos cavernosos con extracción de contenido serohemático cediendo parcialmente la erección y se inicia tratamiento con hielo.

En hemograma al ingreso, presenta anemia y leucopenia. Se interconsulta con hematología con el objetivo de descartar causas hematológicas del priapismo. El paciente no refiere incidencias clínicas relevantes a destacar desde el punto de vista hematológico no refiriendo fiebre, clínica infecciosa, clínica anémica, clínica hemorrágica ni síndrome general o síntomas B. Se solicita estudio inicial analítico de anemia y leucopenia, objetivando en proteinograma pico monoclonal IgG Kappa, con componente monoclonal de 4,76 g/dL, con IgG elevada (5.953 mg/dL) y ratio de cadenas ligeras de 75,47. Con los resultados anteriores, ante la sospecha de Mieloma Múltiple, se realiza aspirado de médula ósea, compatible con dicha sospecha, con un 45-55% de células plasmáticas atípicas, pendiente de resultado por citometría de flujo al alta, con daño orgánico atribuible al mieloma (CRAB) acompañante (anemia <10g/dL y lesiones óseas osteolíticas).

Durante el ingreso es valorado por Traumatología quien pauta ortesis dorsolumbar tipo Taylor y ajuste analgesia. Es valorado también por Neurología quien descarta afectación de la médula espinal; llegando a la conclusión de que el priapismo es secundario al Mieloma Múltiple.

Con todo esto se informa al paciente y familiar del diagnóstico. Por la buena evolución clínica y analítica del paciente, la resolución de la clínica del dolor, y la buena tolerancia al tratamiento administrado, se decide alta a domicilio, con seguimiento en consultas externas de Hematología y tratamiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

El priapismo es una urgencia urológica poco frecuente que puede estar en relación con dos mecanismos fisiopatológicos claramente diferenciados: obstrucción de la salida venosa de los cuerpos cavernosos (priapismo isquémico o venooclusivo) o bien por la llegada a aquéllos de un exceso de flujo arterial (priapismo arterial). El priapismo isquémico es la forma más común de priapismo. En el priapismo isquémico, la falla de la detumescencia debido a la alteración de la relajación del músculo liso cavernoso da como resultado un síndrome compartimental y una posterior erección prolongada. Como resultado, el tejido cavernoso desarrolla hipoxia y acidosis crecientes. El priapismo isquémico se ha asociado, aunque de forma infrecuente, con patología hematológica, más comúnmente con la anemia de células falciformes; aunque también puede presentarse junto con otras afecciones como neoplasias malignas hematológicas (mieloma y linfoma), talasemia, policitemia vera y estados de hipercoagulabilidad. En el caso del mieloma el mecanismo fisiopatológico se desconoce. En definitiva la etiología del priapismo es muy variada, clásicamente se ha asociado con el consumo de drogas y ciertos fármacos pero no se puede obviar en el diagnóstico diferencial otras etiologías que pueden ser letales.

P. #1543

TROPIEZO ACCIDENTAL

Juan Diego Isidoro Palmerin[1], Ana Belén Berzosa Ortega[1], María Dolores Romero Maurelo[2], Marcelo Alberto Lazo Carballo[1], María Del Mar Loring Rodríguez[1], Paola Carolina Guerrero Flores[1]

1. Hospital Can Misses (ASEF), Ibiza, España
2. Hospital Publico Santa Barbara (SESCAM), Puertollano, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 31 años, sin antecedentes médicos a destacar, que refiere caída accidental desde su altura bajando un escalón, apoyando todo su peso en un momento sobre su pierna dcha. Refiere dolor intensísimo e impotencia funcional posterior, requiriendo traslado en ambulancia hasta nuestro hospital, por la imposibilidad de ponerse de pie tras la caída.

OBJETIVO

Manejo de las patologías traumáticas, código politrauma, como uno de los pilares fundamentales en la práctica diaria de los médicos urgenciólogos.

MÉTODO

Caso clínico. Observacional.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Es importante no pasar por alto que algunas fracturas, más comunes de pacientes geriátricos o con antecedentes de osteopenia u osteoporosis, fracturas que no responden al mecanismo de acción propio de la cinética del accidente, pueden producirse, aún en pacientes donde no se las esperaría encontrar.

CONCLUSIONES

El manejo por parte de los urgenciólogos de los hospitales comarcales de las patologías traumáticas constituyen un elevado porcentaje de su actividad diaria. Es fundamental por este hecho que debamos saber manejarlo.

P. #1570

ECOGRAFÍA CON SORPRESA

Paloma Arias García[1], María Del Carmen Orts Cansino[1], Ana Bayo Sevilla[1], Alejandra Pérez Ares[2], Jorge Navarro Soriano[3]

1. Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Clínico De Valencia, Zaragoza, España
3. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 14 años de edad, sin antecedentes relevantes que acude a urgencias refiriendo dolor abdominal continuo de predominio epigástrico, no irradiado, de 24 horas de evolución, el dolor es tan intenso que llega a despertar por la noche. Refiere ausencia de deposición desde hace 2 días, no describe vómitos, sí sensación nauseosa, asocia febrícula de hasta 37.5°. Sensación difusa de disuria, pero sin polaquiuria ni hematuria. No síntomas de infección respiratoria aguda. Además, existe una disminución de apetito con pobre ingesta desde la aparición de clínica. No transgresión dietética, no ambiente epidemiológico. No menarquia hasta la fecha.
Con dicha clínica se procede a explorar a la paciente y realizar pruebas complementarias necesarias.
Auscultación cardiopulmonar normal; Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, muy doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha con Blumberg positivo, Rovsing positivo, psoas negativo. Puño percusión renal bilateral negativa. Área genital: se objetiva himen imperforado, no tensión.
Se realiza combur-test: Proteínas positivas y resto negativo; analítica sanguínea a destacar: PCR (Proteína C reactiva) alta sensibilidad: 0.24 mg/dL, 14700 leucocitos sin neutrofilia, resto normal.
Se solicita ECO abdominal: Himen imperforado. Gran colección liquida en vagina de 99 mm de diámetro máximo y contenido finamente isoecogénico al musculo (hematocolpos).
Útero desplazado hacia craneal. Ovarios normales. Resto de cavidad abdominal abordable sin alteraciones. FID sin hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES

Diagnóstico diferencial:
- Hematocolpos por himen imperforado
- Apendicitis aguda
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Torsión ovarica

Orientación diagnóstica hasta el momento: Hematocolpos por himen imperforado
Finalmente se contactó con ginecologia para realizar procedimiento quirurgico de himenectomía e ingreso de la paciente.
El hematocolpos constituye una patología poco prevalente en nuestro medio, aproximadamente 1 paciente sobre 2000, es secundaria a alteraciones en la génesis del aparato genitourinario femenino, entre las cuales el himen imperforado es la malformación congénita más frecuente. La sintomatología suele ser variable e inespecífica, y el dolor abdominal es la forma de presentación clínica más frecuente. La realización de

una historia clínica detallada junto con la inspección de los genitales, así como la visualización en la ecografía abdominal de una colección sanguínea localizada en la vagina, fueron fundamentales para llegar al diagnóstico.
El hematocolpos secundario a himen imperforado debe sospecharse en toda adolescente con amenorrea primaria y síntomas abdominales y/o urinarios. La inspección de los genitales externos es fundamental en el despistaje de esta patología, y su realización sistemática en estas pacientes puede evitar el retraso en el diagnóstico y la aparición de graves complicaciones.
En cuanto al tratamiento, es quirúrgico y consiste en la realización de una himenectomía (apertura de la membrana himeneal). Algunos estudios proponen realizar una laparoscopia prequirúrgica para descartar adherencias pélvicas o endometriosis. En todos los casos se debe hacer un seguimiento posterior (1-4 semanas tras la intervención) para descartar infección o inflamación local.
El objetivo de este caso es la importancia de realizar una detallada historia clínica y en la exploración física, que debe incluir una cuidadosa inspección genital, práctica que no suele realizarse en las exploraciones rutinarias en pacientes de esta edad. Además la importancia de realizar una ecografía abdominal, prueba complementaria de elección, ya que permite visualizar el hematocolpos y descartar otras anomalías asociadas.

P. #1572

ESTA RODILLA NO ES LA MÍA

Virginia Vesga Villaverde[1], Elisa Alba Ingelmo astorga[2], Margarita Alonso Fernández[3], Ana Fernández García[3], Beatriz Cartón Manrique[4], Susana Villar Antón[5]

1. Residente 4º año, Centro de Salud Tordesillas, Tordesillas, España
2. Adjunto Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
3. Adjunto Centro de Salud de Tordesillas, Tordesillas, España
4. Adjunto Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, España
5. Médico Residente 3 año, Centro de Salud Parquesol, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 20 años con antecedentes de osteocondroma en metáfisis proximal medial tibial izquierda desde 2017 que acude a Urgencias por gonalgia izquierda de dos días de evolución. El paciente refiere que, tras un viaje en coche de aproximadamente cinco horas, notó inestabilidad y dolor en el miembro inferior izquierdo pero que le permitía deambulación. Sin embargo, a lo largo del día el dolor incrementó, irradiando a todo el miembro inferior izquierdo acompañándose de fiebre de hasta 38,5°C e impotencia funcional. No refiere clínica respiratoria, miccional ni abdominal acompañante. Niega traumatismo. Tampoco presenta otros síntomas ni episodios previos similares.
Hace una semana aproximadamente tuvo consulta de revisión en Traumatología por su proceso tumoral; osteoencondroma que permanecía estable.
Constantes: tensión arterial: 153/72 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 100 lpm, Temperatura: 38,4 °C, Saturación de oxígeno: 100%
El paciente está consciente, orientado, normocoloreado y eupneico. A la exploración de la rodilla izquierda presenta tumefacción, calor, inflamación importante y alguna erosión cutánea en el muslo. No enrojecimiento. Es llamativa la imposibilidad para la extensión completa y el dolor con la flexión. También presenta derrame importante. Bostezo anterior limitado por dolor con extensión -15° y flexión < 90°. Exploración nerviosa y sensitiva no alterada.
Pruebas Complementarias:
-Analítica en la que destaca 17.5 x 10^3 µl/ml (neutrófilos 80,7%), PCR 71,8 mg/L.
-Radiografía de rodilla anteroposterior, lateral y axial: osteocondroma similar a radiografías previas.
- Se realiza interconsulta con Traumatología quien realiza artrocentesis evacuadora de 70 cc de liquido sinovial sin aspecto purulento.

-Análisis del líquido; bioquímica de líquido sinovial: glucosa 31 mg/dL (glucemia 93 mg/dL), proteínas 5,2 g/dL. En el estudio bacteriológico del líquido articular se observan leucocitos; polimorfonucleares y cultivo positivo para Neisseria gonorrhoeae.
-Tratamiento en urgencias: antiinflamatorio intravenoso, suero salino fisiológico e inicio de antibioterapia empírica.
-Juicio clínico: sospecha de artritis séptica de rodilla izquierda. Se decide ingreso del paciente para tratamiento antibiótico según antibiograma.

CONCLUSIONES

La artritis séptica (AS) es una reacción inflamatoria de la sinovial secundaria a la colonización de la cavidad articular por un germen, con tendencia a la supuración y a la destrucción articular. (1) En la actualidad la artritis gonocócica es la segunda forma principal de artritis bacteriana en adultos jóvenes y adolescentes, por detrás del Staphylococcus aureus. (2) Los síntomas predominantes son la artritis y la tenosinovitis, con exantema o sin él. La bacteriemia proviene de una infección gonocócica o más frecuentemente de la colonización asintomática de la mucosa de la uretra, cuello uterino o faringe. (1) Se describen dos fases; una primera fase bacteriémica (no siempre evidente) y una segunda fase localizada (artritis séptica). El diagnóstico requiere un cultivo y el tratamiento incluye la ceftriaxona 1 gramo intravenoso (IV) o intramuscular (IM) cada 24 horas durante 6-12 días (1)

-Bibliografia:
(1).David Bernal Bello, Diego Benavent Núñez, Borja de Miguel-Campo, Artritis sépticas, Manual de Reumatología, (1)(1)° edición, Madrid, 20(1)8, pag.77-8(1).
2. Vicente Aguadero Acera, Irene María Baena Ferrer, Carmen Fernández Pozuelo, Julián Sánchez Castañón, Jose Luis Sánchez Rivas, Diagnóstico clínico y de laboratorio de la artritis gonocócica: A PROPÓSITO DE UN CASO, Elsevier, Madrid, 2020, pag. 37-40

P. #1589

COLECISTITIS AGUDA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN UN CASO CON ANÁLISIS DE SANGRE Y RAYOS X NO CONCLUYENTES

Jesús Francisco Arzúa Moya[1], Lucía Carmen Sánchez Ciria[2]
1. Sergas, Ribeira, España
2. SAS, El Puerto De Santa María, España

INTRODUCCIÓN

Una mujer de mediana edad, sin antecedentes médicos relevantes, acude al servicio de urgencias (SU) por un intenso dolor en el cuadrante superior derecho (CSD) de intensidad 9/10, iniciado seis horas antes, acompañado de náuseas y vómitos. El manejo inicial por su médico general incluyó Diclofenaco intramuscular (75mg) y Metoclopramida (10mg), lo que alivió las náuseas pero no el dolor en el CSD. A su admisión en el SU, los análisis de sangre rutinarios y las radiografías de tórax y abdomen no mostraron anomalías. A pesar de la administración de Paracetamol intravenoso (1g) y Fentanilo (0.775mcg), el dolor persistió. Una ecografía abdominal de emergencia reveló una vesícula biliar dilatada (11 cm x 4.7 cm) con un cálculo biliar de 23 mm en el cuello/infundíbulo. Al día siguiente, se realizó con éxito una colecistectomía laparoscópica.

OBJETIVO

Destacar la importancia de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la colecistitis aguda, especialmente cuando los análisis de sangre rutinarios y las radiografías no revelan patología.

MÉTODO

Los análisis de sangre rutinarios mostraron Leucocitos 12.07x10^3/uL, Hemoglobina 13.5g/dL, Urea 29 mg/dl, Creatinina 0.7mg/dl, Na 136 mmol/L, K+ 4.7mmol/L, Bilirrubina Total 0.5mg/dl, AST 18 UI/L, GPT 25, GGT 24, Amilasa 54 UI, CRP 20mg/L. Las radiografías de tórax y abdomen fueron normales. La ecografía mostró una vesícula biliar dilatada y edematosa con un cálculo biliar grande e inmóvil, y signo de Murphy sonográfico positivo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La identificación rápida de la colecistitis aguda mediante ecografía abdominal de emergencia, a pesar de análisis de sangre y rayos X no concluyentes, permitió una intervención quirúrgica oportuna. La paciente se recuperó completamente y fue dada de alta tras la cirugía.

CONCLUSIONES

Este caso subraya el papel crítico de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la colecistitis aguda, especialmente cuando los análisis de sangre y las radiografías rutinarias no indican patología. Destaca la necesidad de una anamnesis y examen físico exhaustivos en casos de dolor abdominal agudo, particularmente cuando las modalidades diagnósticas convencionales no logran identificar la causa.

P. #1613

ES SÓLO UN RASGUÑO

Marina Flores Navas, Marina Pérez Fagundo, Lidia Torres Valle
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Las armas blancas son aquellos instrumentos utilizados como utensilios
de ataque o de defensa (típicos -cuchillo, tijeras, aguja de calcetar: con un
mecanismo lesional específico…- o atípicos –lápices o bolígrafos, destornillador, buril, tenedor o instrumentos de fabricación artesanal casera
cuyo mecanismo de lesión es activo y son considerados dentro de los agentes mecánicos.
Están fabricadas de diferentes materiales como metal, madera, plástico, vidrio etc.
Ya en el siglo XV se acuña el término debido probablemente a la brillantez y claridad de los instrumentos utilizados para su construcción,
portabilidad y uso en actividades de guerra o como utensilios caseros

OBJETIVO

Con este caso clínico se busca repasar conceptos fundamentales en el abordaje de heridas por arma blanca

MÉTODO

NAMC
AP: trastorno bipolar
Tto activo (no consta)
Consumidora habitual de tóxicos
Paciente mujer de 32 años de edad acude por IMV, habiéndose autoinfligido cortes por cutter en zona yugular derecha y paraesternal izquierda. Y encontrándose en gran estado de agitación, requiriendo sedación de la paciente con Midazolam.
En la primera exploración de la paciente no se aprecia sangrado activo de ninguna de las tres heridas, siendo todas ellas menor de 2 cm en su diámetro mayor.
Durante la evolución de la paciente, una de las heridas para esternales inicia un sangrado con salida “a chorro” que se tapona por empaquetado con una primera gasa orillada en Amchafibrin, consiguiendo cese de la hemorragia tras taponamiento 5 minutos, con abundante pérdida sanguínea.
Se realiza Rx de tórax con pulmón izquierdo radio luciente con respecto a contralateral y condensación retro cardíaca, por lo que se solicita TAC de Tórax con contraste. En dicha prueba se visualiza hemotórax en parte posterior de pulmón izquierdo de moderada-severa cuantía. Con sangrado aparentemente procedente de rama aberrante de mamaria interna izquierda.
Exploración física:
TA 83/61, Fc 96 lpm, Sat 99% basal
REG, NH, NC, Agitada. Eupneica en reposo
Cuello y cabeza: herida en zona yugular derecha a nivel preauricular sin sangrado activo ni exposición de planos profundos
Tórax:
AC: rítmica sin soplo
AP: MVC, ligera hipoventilación en base de pulmón izquierdo
2 heridas incisas de 1.5 cm de largo en región paraesternal izquierda a la altura de 4°-5° costilla
Abdomen: RHA +, blando, depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda. Sin signos de irritación peritoneal. No palpo masas ni megalias. Murphy y Blumberg negativo.
AS: Destaca Hemoglobina en 11 (previa hace 40 días en 14, se repite gasometría una hora después, Hb en 9.3

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Paciente es trasladada urgentemente a servicio de Cirugía torácica de su hospital de referencia, donde, se decide colocación de Pleurovac para drenaje de Hemotorax, y evolución en caso de precisar Cirugia.

CONCLUSIONES

Ante una herida de arma blanca debemos de filiar bien el mecanismo de la lesión, sin poder hacer juicios preliminares de la severidad de esta hasta contar con toda la información necesaria, y en ese periodo de tiempo se debe de mantener a la paciente monitorizada, alerta ante signos de inestabilidad hemodinámica y con controles analíticos seriados.

P. #1793

NEUMOENCÉFALO POR BALONAZO

Mercedes Paula Fernández Presa, Román Montero González
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

INTRODUCCIÓN

Se trata de un caso clínico del servicio de urgencias del hospital de tercer nivel de A Coruña en el que un hombre de 64 años acude por acúfenos en oido izquierdo tras traumatismo craneal moderado jugando al fútbol. En la exposición del caso realizamos una descripción de los antecedentes, síntomas actuales, exploración física y pruebas complementarias realizadas. Completamos el desarrollo del póster con los resultados de una búsqueda bibliográfica sobre un primer manejo en urgencias de un Neumoencéfalo Postraumático, para finalizar con las conclusiones.

OBJETIVO

Dar visibilidad a las complicaciones postraumaticas tras un traumatismo craneal moderado ante un paciente poco sintomático.

MÉTODO

Revisamos historia clínica en programa informático IANUS. Realizamos revisión bibliográfica sistemática a través de las siguientes plataformas:

- Buscador bibliográfico de nuestro sistema de salud gallego: Bibliosaúde y Mergullador, con las palabras clave “traumáticas pneumoencephalus”.
- Buscador de literatura científica como PUBMED y Google Academy, con las palabras clave “traumáticas pneumoencephalus”.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El neumoencéfalo (NE) se define como la presencia de aire en la cavidad craneal, habitualmente secundario a cirugías craneales , fracturas craneofaciales o infecciones productoras de gas.
El NE postraumático nos indica una comunicación entre la cavidad intracraneal y el exterior o una estructura contenedora de aire (senos, silla turca o celdillas etmoidales, hueso peñasco del temporal...). Pero en los casos en los que se produce una fractura pequeña y no desplazada, la entrada de aire en la cavidad craneal se produce solamente el momento del impacto, debido a la fuerza y presión que se ejerce, y no de manera continua. Por ello, la cantidad de aire intracraneal a menudo es escasa y tiende a resolverse de manera espontánea en los días siguientes al traumatismo.
Lo más importante en caso de NE es identificar aquellos neumoencéfalos que sean a tensión, es decir, aquellos en los que la acumulación de aire eleve la presión intracraneal. Esta emergencia, conocida como neumoencefao a tensión, puede provocar daño cerebral por falta de oxígeno, compresión neurológica progresiva incluso hasta la herniación extracraneal y por lo tanto, poner en riesgo la vida del paciente. Los síntomas que nos deben hacer sospechar esta complicación son la cefalea, déficit neurológico, confusión, agitación o bajo nivel de conciencia. Un neumoencéfalo no complicado puede pasar a ser a tensión a partir de 20-25ml de aire intracraneal en un momento agudo.

CONCLUSIONES

- Ante síntomas auditivos tras traumatismo craneal moderado valorar realizar prueba de imagen para descartar fractura/ afectación de oído medio e interno.
- Un neumoencéfalo postraumático de escasa cuantía y sin datos de complicación tiende a resolverse de manera espontánea.
- En caso de agitación, cefalea, bajo nivel de conciencia o déficit neurológico en paciente con antecedentes de cirugía craneal o traumatismo, sospechar neumoencéfalo a tensión: Monitorizar en área de críticos con vigilancia NRL y realizar prueba de imagen precoz para avisar a guardia de Neurocirugía

P. #1823

ESTUDIO DE CASOS DE DIVERTICULITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN EL AÑO 2023

María Jesús Alario García, Agustín Fernando Arévalo Velasco, María Del Carmen Rivas Herrero, Consuelo Crespo Martínez, Carlos Sanz De La Morena, Rosa María Herrero Antón

Hospital Universitario De Salamanca, Salamanca, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular representa un problema de salud pública y una carga económica importante para los servicios de salud a nivel mundial. Su presentación clínica más frecuente es la diverticulitis aguda.
La prevalencia de la enfermedad es mucho mayor en mayores de 70 años con una incidencia de 75%.
Su etiopatogenia no está clara. Se describen factores predisponentes entre los que se encuentran: el bajo consumo de fibra, alto consumo de carbohidratos complejos y enfermedades genéticas.
Respecto de su evolución se teoriza sobre: la disminución del peristaltismo por afectación del nervio vago, disminución de la absorción del agua en las heces creando heces pequeñas, enlentecimiento del tránsito intestinal y aumento de la presión intracolónica que a su vez, se asocia con la formación del divertículo.
Cuando este último evoluciona a diverticulitis por lo general se trata mediante cirugía. La intervención quirúrgica puede deberse a la propia enfermedad o a las complicaciones de la misma que aumentan el riesgo de muerte del paciente. Así se han estudiado una serie de factores de predicción que permiten determinar si existe riesgo o no de complicaciones durante la evolución del proceso. Los más estudiados han sido: edad, obesidad, niveles de proteína C reactiva (PCR) neutrófilos, linfocitos, cociente neutrófilos/linfocitos (N/L) y la presencia de comorbilidades como la diabetes, la más frecuente en esta patología.

OBJETIVO

Monitorizar la enfermedad en cuanto a datos sociodemográficos, antecedentes, pruebas complementarias y mortalidad.
Realizar un estudio descriptivo de pacientes con diverticulitis aguda durante 2023 en nuestro servicio de Urgencias.

MÉTODO

Se recogen todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de diverticulitis en un periodo comprendido desde 1 de enero a 31 de diciembre de 2023.
Estudiamos: edad, sexo, comorbilidad, hallazgos en pruebas de imagen, reactantes de fase aguda, hemograma y mortalidad durante el primer mes tras el diagnóstico.
La realización del estudio es observacional y unicéntrico

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se revisan 193 episodios de diverticulitis: 110 mujeres (57%) y 83 hombres (43%); edad media: 62 años (rango 28 a 94 años)
Comorbilidad de Charlson: 1,5 (rango de 0 a 7).
Fallecen 5 pacientes (2,5%), durante o en el primer mes tras el ingreso y el motivo del deceso es la comorbilidad, no la diverticulitis.
Ingresan 66 pacientes (34%) y son tratados de forma ambulatoria 127 pacientes (66%).
El 97% son asignados en la clasificación inicial (Triaje) como nivel III.
Tenían como antecedente personal la enfermedad diverticular el 47% y como primer episodio el 59%.
Los métodos de imagen (TAC y ecografías) clasifican a los pacientes en:
- Diverticulitis aguda no complicada 72% (138 pacientes), de los que ingresa el 10%.
- Diverticulitis aguda complicada 28%, (53 pacientes) de los que ingresa el 80%.

Los síntomas y signos frecuentes que manifiestan los pacientes son: Dolor abdominal 99,00%, fiebre 48,00%, peritonismo 7,20% y vómitos 5,00%.
Los parámetros analíticos estudiados son: Neutrófilos /microL, Linfocitos /microL, Eosinófilos /microL, Proteína C reactiva, Procalcitonina, Urea y cociente Neutrófilos/Linfocitos.
En la comparación de medias entre los grupos de diverticulitis aguda no complicada y complicada, resultan estadísticamente significativos: neutrófilos, linfocitos, proteína C reactiva y el cociente neutrófilos/linfocitos ($p<0,02$).

CONCLUSIONES

El diagnóstico de diverticulitis aguda en urgencias es cada vez más frecuente, gracias al uso de pruebas de imagen.
La tomografía axial computadorizada (TAC) permite la clasificación y distribuye a los pacientes por gravedad.
Ingresan 1/3 de los pacientes. Los síntomas al ingreso propios de la diverticulitis no influyen en la mortalidad que es nula o muy baja.
Las pruebas de laboratorio más eficientes son los neutrófilos, linfocitos, PCR y cociente neutrófilos/leucocitos. Estas pruebas ayudan a discriminar a los pacientes menos graves, el resto necesitarán hacer prueba de imagen.

P. #2022

EL ENGAÑO DE LA APARENTE ESTABILIDAD: DISECCIÓN AÓRTICA EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Belén González Iglesias, Pablo Matías Soler, Elena López De Las Heras, Marta Garijo Sanz, Pablo Galindo Ballesteros, Ricardo Álvarez Rodríguez

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en el servicio de urgencias tras un accidente de tráfico (colisión frontal mientras conducía su motocicleta a aproximadamente 60 km/h). A pesar de tratarse de un politraumatismo de alta energía, el paciente salió del lugar por sus propios medios y accedió a la ambulancia caminando. Debido a esto, los servicios de emergencia extrahospitalaria no consideraron necesario aplicar medidas de inmovilización de columna durante el traslado.

A su llegada al hospital, se encontraba estable hemodinámicamente, sin signos de hipoperfusión ni dolor torácico o abdominal. Refiere haber recibido un golpe a nivel costal y en el hemiabdomen derecho, tras lo cual cayó al suelo. En la anamnesis, no presentaba dolor interescapular, dorsal ni lumbar irradiado a la espalda de inicio súbito, ni episodios previos de dolor lacinante. Tampoco refería dolor centrotorácico ni síntomas de isquemia en miembros inferiores. No obstante, dado el mecanismo del trauma, se instauró inmovilización con collarín cervical y camilla cuchara en urgencias y se realizó una tomografía computarizada (TC) con protocolo de politraumatismo.

El angio-TC inicial reveló una disección focal infrarrenal de la aorta abdominal sin progresión a arterias ilíacas. Ante este hallazgo, se instauró un control estricto de la presión arterial, lactacidemia, pulsos pedios y manejo analgésico. Se realizó interconsulta con cirugía vascular para valoración de la lesión aórtica y con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde el paciente fue ingresado. Durante su estancia en la UCI, permaneció asintomático y estable, sin complicaciones hemodinámicas.

Un angio-TC de control a las 72 horas confirmó la estabilidad de la disección aórtica, tras lo cual el paciente fue intervenido con éxito.

CONCLUSIONES

La lesión aórtica secundaria a trauma abdominal es una entidad rara y, en la mayoría de los casos, está relacionada con accidentes automovilísticos. Estas lesiones pueden variar desde desgarros de la íntima, con o sin trombosis, hasta la formación de pseudoaneurismas, oclusiones, embolizaciones distales e incluso la ruptura total de la pared aórtica. En todos los casos, el diagnóstico temprano es fundamental para un manejo adecuado y oportuno.

Este caso clínico destaca la importancia de valorar el método del traumatismo y las circunstancias en la atención al paciente politraumatizado, independientemente de su estado aparente en el lugar del accidente o a su llegada al servicio de urgencias. En este caso, el paciente cumplía dos criterios de gravedad en el trauma: una velocidad superior a 35 km/h y el mecanismo de colisión entre un motorista y un vehículo. De haberse considerado estos factores desde la atención prehospitalaria, el manejo del paciente habría sido diferente, con una inmovilización y un traslado acorde con los protocolos de politrauma.

Este caso refuerza la necesidad de aplicar de manera sistemática los criterios de trauma de alta energía en la asistencia prehospitalaria, incluyendo la inmovilización espinal cuando esté indicada y la realización temprana de estudios de imagen en el hospital.

Por último, se enfatiza la necesidad de educación y concienciación continua para los equipos de atención extrahospitalaria y hospitalaria sobre la variabilidad en la presentación clínica de lesiones graves. La existencia y seguimiento de protocolos para politraumatismos puede evitar errores diagnósticos y mejorar los desenlaces en pacientes politraumatizados.

Referencias

1. Frizza JI, Fainstein D, Lasdica S, Ontivero M, Mele JI, Vilariño E. Lesión de aorta abdominal secundaria a trauma cerrado. Med Intensiva. 2007;31(3):153–5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5691(07)74794-0

2. Fernández MC, Barea Mendoza J, Reche CM, del Ara Murillo Pérez M, García LO, Valiente Fernández M. Atención Inicial al Trauma Grave: Las Primeras 24 Horas. Elsevier; 2022.

P. #2128

RECUPERACIÓN INTEGRAL DE UN PACIENTE CON POLITRAUMA: UN CASO DE ÉXITO MULTIDISCIPLINARIO

Bienvenido Marín Cano, Ismael Fuentes Barón
Hospital de la serranía de Ronda, Ronda, España

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 35 años, previamente sano, que sufre un accidente de motocicleta a alta velocidad, colisionando frontalmente con un automóvil. A su llegada al servicio de urgencias, presenta múltiples lesiones traumáticas.

OBJETIVO

importancia de coordinación entre diferentes niveles asistenciales

MÉTODO

Evaluación XABCDE:
- X (Hemorragia exanguinante): No se observa hemorragia exanguinante.
- A (Vía aérea): Vía aérea permeable, paciente intubado debido a disminución del nivel de conciencia.
- B (Respiración): Frecuencia respiratoria de 35/min, saturación de oxígeno del 88% con máscara de oxígeno. Se auscultan ruidos respiratorios disminuidos en el hemitórax izquierdo.
- C (Circulación): Presión arterial de 90/50 mmHg, pulso de 110 latidos/min. Se observan yugulares distendidas y ruidos cardíacos apagados.
- D (Déficit neurológico): Glasgow Coma Scale (GCS) de 8. Pupilas isocóricas y reactivas.
- E (Exposición/Entorno): Temperatura corporal de 35.5°C. Múltiples contusiones y laceraciones en el tórax y abdomen.

Pruebas Complementarias:
- Radiografía de tórax: Neumotórax izquierdo, fracturas costales de T7 a T10 izquierdas.
- Tomografía computarizada (TC) de cuerpo completo: Hematoma subdural, contusión pulmonar, fractura de fémur izquierdo, y fracturas costales de T7 a T10 izquierdas
- Análisis de gases arteriales: PaO2 de 61 mmHg, PaCO2 de 32 mmHg.

Evolución:
El paciente fue estabilizado inicialmente con intubación y ventilación mecánica. Se realizó drenaje torácico para el neumotórax y se administraron líquidos intravenosos y noradrenalina para mantener la presión arterial. La fractura femoral fue estabilizada con fijación externa y posteriormente con un clavo intramedular tipo PFNa.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El paciente presentó una evolución favorable con recuperación neurológica progresiva al tercer día y mejora respiratoria al cuarto día. Fue dado de alta del hospital un mes después del accidente con recuperación completa de las funciones neurológicas.
La atención prehospitalaria es crucial para la supervivencia de los pacientes con politrauma. Intervenciones tempranas, como el control de la vía aérea, la estabilización hemodinámica y el manejo de hemorragias, pueden reducir significativamente la mortalidad. Estudios han demostrado que la intervención prehospitalaria por equipos médicos capacitados mejora los resultados en pacientes con trauma severo.
La implementación de protocolos como el Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS) y el Advanced Trauma Life Support (ATLS) ha mejorado la calidad de la atención prehospitalaria.
La atención multidisciplinaria en el hospital es esencial para el manejo exitoso de pacientes con politrauma. La colaboración entre equipos de cuidados intensivos, cirugía, radiología y otras especialidades permite una evaluación y tratamiento integrales.

CONCLUSIONES

En resumen, la atención prehospitalaria rápida y efectiva, junto con un enfoque multidisciplinario en el hospital, son fundamentales para mejorar los resultados en pacientes con politrauma. La implementación de protocolos estandarizados y la colaboración entre diferentes especialidades médicas son claves para el éxito en el manejo de estos pacientes.

P. #2187

OPTIMIZACIÓN TIEMPOS DE ESTANCIA EN URGENCIAS CON LA INTRODUCCIÓN DE BIOMARCADORES DE DAÑO CEREBRAL, UBIQUITINA C-TERMINAL HIDROLASA L1(UCH L1) Y PROTEÍNA ÁCIDA FIBRILAR GLIAL (GFAP), EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

María Dolores Fuentes García, Patricia Rueda Rodríguez, María Sierras Jiménez, Elena Gómez García, Katerina Karakosta Valentín, Eva Gutiérrez Pérez

Hospital Virgen De Las Nieves, Granada, España

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la mayor causa de muerte y discapacidad a nivel mundial entre todas las lesiones traumáticas, y representa un elevado coste para el sistema sanitario.
La introducción reciente en los servicios de Urgencias hospitalarias del test TBI, análisis conjunto de dos proteínas específicas de astrocitos y neuronas (GFAP y UCH L1) para ayudar en la toma de decisiones a la hora de indicar una tomografía computarizada de cabeza (TAC craneal) en pacientes con
traumatismo craneoencefálico leve de menos de 12 horas de evolución, ha supuesto un cambio en el paradigma de la atencion de este tipo de pacientes, y se postula como un gran avance para ahorro en costes económicos en la atención sanitaria, tanto por la reduccion en la realización de TAC innecesarios como en la reducción de tiempos de estancias hospitalarias.

OBJETIVO

Comparar los tiempos de estancia en Urgencias hospitalarias de pacientes que consultan por traumatismo craneoencefálico y analizar si la introducción del análisis de biomarcadores acelera el alta de dichos pacientes.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo, con la revisión de historias clínicas de pacientes que consultaron en servicio de Urgencias hospitalarias durante un período de dos años por TCE. Se tomó tamaño muestral de 751 pacientes. Criterios inclusión: Pacientes mayores de 14 años con TCE leve de menos de 12 horas de evolución. Criterios de exclusión: Pacientes que presentan lesiones asociadas al TCE en otras localizaciones diferentes a cabeza/cuello. Pacientes con TAC craneal patológico.
El tiempo de realización de la prueba por laboratorio es de 23 minutos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron un total de 751 pacientes de los cuales 524 fueron evaluados con test TBI. La edad media fue de 62 años. Los resultados de tiempos de estancia media en Urgencias por grupos según actuación diagnóstica:
Grupo 1: Pacientes a los que se da alta sin test TBI ni TAC craneal: 2,5 horas
Grupo 2: Pacientes con test TBI negativo sin realización de TAC craneal: 3 horas.
Grupo 3: Pacientes con test TBI negativo y realizacion de TAC craneal: 6 horas.
Grupo 4: Pacientes con test TBI positivo y TAC craneal normal: 6 horas.
Grupo 5: Pacientes sin test TBI y TAC craneal normal: 9 horas
La utiliizacion de test TBI supone un ahorro de estancia en Urgencias de 4 horas de media según los datos analizados respecto a la practica habitual recogida en distintas guías de atención al paciente con TCE.

CONCLUSIONES

Este estudio sugiere que la introducción del test TBI en la práctica clínica de evaluación de pacientes con TCE acelera el alta hospitalaria y reduce los tiempo de estancia en Urgencias. Un resultado negativo en el test TBI indica ausencia de lesión intracraneal y es una prueba objetiva para dar con seguridad el alta a los pacientes que han sufrido TCE sin necesidad de permanecer bajo observacion hospitalaria.

P. #2202

CUANDO EL EPOC NO ES EL ÚNICO PROBLEMA: POLITRAUMA Y FALLO RESPIRATORIO

Lidia Torres Valle[1], Juan Ignacio Morales Hijon[1], Marina Flores Navas[1], Carmen Paúl Ríos[2]

1. Unidad Docente Málaga-Guadalhorce, Málaga, España
2. Unidad Docente Málaga-Guadalhorce, Málaga, España, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

El politraumatismo en pacientes con comorbilidades respiratorias como el EPOC puede desencadenar escenarios clínicos complejos. La identificación temprana de complicaciones, como la insuficiencia respiratoria hipercápnica y el neumotórax, es clave para mejorar el pronóstico. Presentamos el caso de un paciente hallado en la vía pública en situación de bajo nivel de conciencia y disnea severa, cuyo manejo inicial fue determinante en su evolución.

OBJETIVO

El objetivo principal de este caso clínico es analizar la evolución de un paciente politraumatizado con insuficiencia respiratoria aguda, destacando la importancia de una evaluación inicial completa y un manejo adecuado en situaciones de urgencia extrahospitalaria. Además, se pretende discutir cómo las comorbilidades, como el EPOC y la intoxicación etílica, influyen en la progresión del cuadro clínico, y subrayar la relevancia de un diagnóstico diferencial adecuado que permita identificar complicaciones como el neumotórax y la hipercapnia severa, fundamentales para el tratamiento oportuno y la mejora del pronóstico.

MÉTODO

Paciente varón sin antecedentes médicos conocidos, con hábito enólico y EPOC, hallado en un camino de grava junto a su ciclomotor. Presentaba agitación, obnubilación y disnea severa. En la evaluación inicial, destacaba hipoventilación bilateral con saturación del 70%. Se administraron broncodilatadores, corticoides y antagonistas de intoxicación por opiáceos y benzodiacepinas, con mejoría parcial. Durante el traslado, presentó deterioro neurológico (GCS 7-8) y mayor hipoventilación, precisando ventilación con mascarilla de reservorio.
A su llegada al hospital, se objetivó deterioro neurológico (GCS 3), hipercapnia severa (pCO_2 106 mmHg) y fracturas costales izquierdas con neumotórax. Se activó Código Trauma, realizándose drenaje pleural e intubación orotraqueal, con ingreso posterior en UCI.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El caso presentado resalta varios aspectos clave en la atención a pacientes politraumatizados con comorbilidades respiratorias. En primer lugar, la combinación de EPOC descompensado, intoxicación etílica y posible depresión respiratoria farmacológica fueron determinantes en el deterioro neurológico y respiratorio del paciente, lo que evidenció la importancia de una evaluación exhaustiva en el primer contacto. Aunque inicialmente no se evidenciaron signos claros de traumatismo mayor, la evolución clínica reveló fracturas costales múltiples y un neumotórax que justificaron la activación del Código Trauma. Además, la negativa del paciente a los dispositivos de vía aérea complicó la estabilización, lo que obligó a ajustar la estrategia ventilatoria hasta la intubación. Este caso pone de manifiesto la necesidad de un diagnóstico diferencial amplio, ya que el cuadro inicial pudo haber sido interpretado como una intoxicación aislada o un evento respiratorio sin considerar el componente traumático, ya que en realidad se trataba de un politraumatismo con compromiso multisistémico, por lo que se manifiesta la importancia de un enfoque clínico integral.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia la complejidad en la valoración de pacientes politraumatizados con comorbilidades respiratorias. Un abordaje estructurado y dinámico en el ámbito extrahospitalario y hospitalario es crucial para optimizar el pronóstico, con una evaluación sistemática que permita identificar no sólo los traumatismos visibles, sino también posibles complicaciones ocultas, como el neumotórax o las alteraciones metabólicas graves. La hipercapnia extrema y la evolución del cuadro demostraron la necesidad de una sospecha clínica amplia, resaltando la importancia del manejo precoz del neumotórax y la ventilación mecánica en pacientes de alto riesgo.

P. #190

TRABAJO EN EQUIPO

Raquel Barrós González, Raquel Cenjor Martín, Sara Rodrigo González, María Galán Berasaluce, Gema Domínguez Gioya, Martín Sebastián Ruiz Grinspan

Hospital del Henares, Coslada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo que acude a urgencias por lumbociatalgia de 1 mes de evolución progresiva que irradia a región femoral.
2 días antes había presentado caída con traumatismo lumbar y en cadera derecha.
Además pérdida ponderal no cuantificada que atribuye a anorexia y 5-6 deposiciones escasas diarias de consistencia blanda sin restos patológicos.
A la exploración presenta abdomen doloroso a la palpación en piso abdominal inferior con defensa y apofisalgias en últimas vértebras lumbares y dolor a la palpación en sacro; resto de exploración anodina.
En la analítica presenta leucocitosis de 36.560, hiperlactacidemia de 3.3, hiponatremia de 128 mmol/LL, acidosis metabólica no compensada y PCR de 174.6mg/L con función renal conservada.
Se solicita TC abdomen con contraste en el que se observa masa pélvica con fístula rectovesical, a valorar posible tumoración de origen rectal, sin poder descartar completamente origen uterino. Leve dilatación y probable proceso infeccioso-inflamatorio de sistema colector renal izquierdo.
Se inicia tratamiento con meropenem 1 gramo cada 8 horas y sueroterapia y se solicita valoración por cirugía general, ginecología y urología.
Se valora a la paciente en conjunto y finalmente se descarta que precise intervención urgente y se ingresa a cargo de medicina interna siendo valorada por cirugía y urología durante el ingreso.
Durante el ingreso se realiza tomografía (TC) craneal con contraste en el que se observa Meningioma en fosa craneal anterior sin otros realces patológicos a nivel intra ni extraaxial y TC torácico que descarta diseminación a distancia en tórax.
Se realiza asimismo una colonoscopia que diagnostica neoplasia de recto (a unos 8 cm del margen anal masa vegetante y ulcerada que ocupa toda la cirunferencia e impide el paso del colonoscopio pediatríco) y una resonancia magnética de pelvis con hallazgos compatibles con neoplasia rectal con extensa infiltración locorregional, que infiltra el sigma superiormente, vasos ilíacos internos izquierdos, infiltra útero y cérvix y la pared posterior de la vejiga, presentando fístula rectovesical y adenopatías mesorrectales patológicas. El resultado de la anatomía patológica es de Adenocarcinoma enteroide infiltrante.
Comentado el caso en comité de tumores digestivos se decide neoadyuvancia, se plantea rescate quirúrgico, dada la presencia de fístula rectovesical, para estoma preneoadyuvancia) y se realiza durante el ingreso cirugía de estoma.
Tras 18 días de ingreso, alta hospitalaria con valoración posterior en consultas de oncología.
Tras el alta la paciente reingresa para reconfección de estoma por hernia de epiplón asociada y el eventroplastia tipo Rives por evisceración. Durante el ingreso, probable infarto de miocardio septal que precisa cateterismo sin datos de cardiopatía (hipocinesia antero-lateral y FEVI global conservada). Al alta se decide traslado a Unidad de Media Estancia para recuperación.

CONCLUSIONES

En la atención de un paciente es fundamental realizar una correcta anamnesis y exploración física para valorar los pacientes que precisan de otras pruebas complementarias. En este caso, inicialmente impresiona de lumbalgia que puede ser postraumática pero es llamativo el dolor abdominal que presenta, lo que motiva a realizar extracción de muestra de sangre donde se observa elevación de reactantes de fase aguda.
En este caso, además, se puede valorar como la valoración conjunta de la paciente por distintos servicios (urgencias, urología, cirugía general y ginecología y posteriormente medicina interna, aparato digestivo, cardiología y oncología) le otorga un manejo multidisciplinar y completo.
Es por esto que el trabajo en equipo junto con otros servicios es fundamental para poder atender mejor a los pacientes.

P. #214

LACERACIÓN ESPLÉNICA TRAS TRAUMATISMO DE BAJA INTENSIDAD

Marina María Mendoza Jiménez[1], Javier Jalvo Lorente[1], María Victoria Olalla Martín[1], Celia Lara Montes[1], Paloma Fernández Martín[1], María Teresa Alcolea Sáez[2]

1. Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España
2. Hospital Universitario del Henares, Getafe, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años que presenta tropiezo con traumatismo costal izquierdo con el cabecero de la cama, con posterior síncope que impresiona vasovagal por el dolor, que inicia con visión borrosa y traumatismo en la barbilla.
No otra sintomatología añadida.
EXPLORACIÓN FÍSICA.
Tensión sistólica (mm Hg):110, Tensión diastólica (mm Hg):72, Frecuencia cardiaca (lat/min):68, Saturación de oxígeno (%):98. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Palidez cutánea. Eupneica en reposo. No adenopatías. Herida inciso-contusa en mentón de unos 3cm.
Tórax: Movilización simétrica de ambos hemitórax sin áreas dolorosas a la palpación en región costal izquierda, no se palpa crepitación ni escalón óseo. Auscultación cardiopulmonar normal.
Abdomen: Ruidos hidroaéreos + de tonalidad normal. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda. PPRB negativa. No signos de irritación peritoneal. No palpo masas ni megalias.
MMII: No edemas ni signos de TVP. Frialdad de MMII.
Exploración neurológica: sin alteraciones.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
Analítica de sangre: función renal normal, no alteraciones en ionograma. Hemoglobina 11.4 mg/dL. No elevación de reactantes de fase aguda.
Analítica de orina: anodina.
Radiografía de tórax y parrilla costal izquierda: sin lesiones óseas agudas.
Durante la estancia en observación, presenta episodio de hipotensión arterial 80/40 mmHg con palidez mucocutánea que remonta con 500 cc de suero salino fisiológico y se estabiliza. Asocia aumento de dolor en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal, por lo que se solicita nueva analítica.
Analítica de control: hemoglobina 8 mg/dL.
Ecografía clínica E-FAST: se visualiza líquido libre abdominal. Bazo heterogéneo que impresiona aumentado de tamaño, por lo que se contacta con radiología para realización de prueba de imagen por su parte.
Tomografía computarizada abdominal: Estallido esplénico (grado 5 de la AAST) con hematoma subcapsular de 45mm de espesor con apertura a peritoneo y abundante hemoperitoneo difuso en cavidad peritoneal. Lesiones vasculares contenidas en el interior del parénquima esplénico. Sin focos de sangrado activo. Derrame pleural derecho de moderada cuantía.
Se pauta 1 concentrado de hematíes. Se solicita valoración por Cirugía General, quien realiza una esplenectomía total, visualizando en quirófano un hematoma de celda esplénica con desgarro de peritoneo diafragmático y laceración esplénica de polo superior. Se objetiva hemoperitoneo de 500cc. No otras lesiones intrabdominales.

CONCLUSIONES

La ecografía E-FAST es un protocolo que se usa en traumatismos torácicos y abdominales, detectando líquido libre abdominal y pleural y resulta indispensable para la evaluación de dolor abdominal agudo de origen traumático.
El principal problema de las lesiones esplénicas es la hemorragia, probablemente masiva, que puede llevar al paciente a presentar un shock hemorrágico.
En las lesiones esplénicas de bajo grado se puede optar por manejo conservador, pero las de alto grado se suelen tratar quirúrgicamente, aunque depende si hay sangrado activo o no, se puede realizar embolización arterial selectiva de los vasos sangrantes o esplenectomía.

P. #218

MASA ABDOMINAL PULSÁTIL EN PACIENTE CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Marina María Mendoza Jiménez[1], Javier Jalvo Lorente[1], Paloma Fernández Martín[1], Celia Lara Montes[1], María Teresa Alcolea Sáez[2], Ana María Mendoza Jiménez[3]

1. Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España
2. Hospital Universitario del Henares, Coslada, España
3. Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón De Ardoz, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 años derivado de su médico de Atención Primaria a urgencias por síndrome constitucional y mala abdominal pulsátil.
El paciente refiere epigastralgia de 6 meses de evolución con sensación de masa pulsátil en abdomen, pero no ha consultado por este motivo. Comenta empeoramiento en los últimos días.
Refiere estreñimiento de larga evolución, con disminución del apetito con pérdida de unos 10 Kg de peso en 1 año aproximadamente. Lo asocia a ánimo decaído tras muerte de su esposa.
No otra sintomatología en anamnesis dirigida.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Tensión sistólica (mm Hg): 116, Tensión diastólica (mm Hg): 59, Frecuencia cardiaca (lat/min): 67.
Buen estado general. Consciente y orientado. Clínica y hemodinámicamente estable.
Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible. Palpación de masa a nivel de epigastrio-hipocondrio izquierdo pulsátil, sin dolor abdominal. No signos de irritación peritoneal.
Miembros inferiores: no edemas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica de sangre: función renal normal. PCR 48.7 mg/L. Dímero D 30.33 mg/L.
- Ecografía a pie de cama: hígado de bordes y tamaño normal, sin lesiones, vía biliar no valorada correctamente por falta de ayuno. Riñones de tamaño y ecogenicidad normales, sin litiasis ni hidronefrosis, buena diferenciación corticomedular. Vejiga no valorable. No líquido libre en abdomen. Se aprecia dilatación aneurismática de la aorta en todo su recorrido abdominal hasta la bifurcación, de 9.5x 9.5 cm, con trombo mural en cara posterolateral derecha. Flujo turbulento. En la bifurcación se aprecian iliacas menores de 1,5 cm con flujo conservado. No visualizada porción torácica.

Ante estos hallazgos, se solicita prueba de imagen a Radiología.
- Tomografía computarizada de abdomen: aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal de 10,2 cm de diámetro máximo en el plano ortogonal que se extiende hacia las bifurcaciones iliacas. Presenta trombosis excéntrica en la pared posterolateral derecha. No presenta signos de rotura ni debilidad. Iliaca común derecha de 31mm de diámetro máximo e iliaca común izquierda de 19mm. Oclusión de la arteria hipogástrica izquierda. Arterias femorales comunes, de 18mm (derecha) y 14mm (izquierda). Principales ramas de la aorta abdominal, permeables.

Se comenta el caso con Cirugía Vascular y deciden colocación de endoprótesis aortobiiliaca por acceso inguinal bilateral, manteniendo pulsos distales +++ tras la cirugía.
En el estudio del síndrome constitucional durante el ingreso, se detectó un carcinoma microcítico de pulmón, para el cual se decidió tratamiento paliativo debido a su extensión.

CONCLUSIONES

- A pesar de que el 75% de los pacientes con aneurisma de aorta abdominal son asintomáticos, en un porcentaje elevado, la primera manifestación clínica es la rotura del mismo. Esto supone una mortalidad muy elevada, en torno a un 90%, sobre todo cuando el diámetro es mayor a 5 cm.
- Los síntomas sugestivos de esta patología son lumbalgia, hipotensión y masa abdominal pulsátil.
- La ecografía abdominal y la tomografía computarizada son las técnicas diagnósticas de elección.
- Los aneurismas de aorta abdominal con más de 5,5 cm de diámetro o que crecen más de 0,5 cm en 6 meses tienen indicación de tratamiento, ya sea quirúrgico o endovascular.

P. #236

PERFORACIÓN DUODENAL ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA

Fátima Tárraga Galdón, Lucía Sánchez Rodríguez, Marta Reyes Álvarez, María Elena Martínez Fernández, Clara Romero Jurado
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal tras consumo de cocaína y alcohol. El dolor se localiza en epigastrio, no irradiado, de aparición brusca y de gran intensidad, acompañado de náuseas y sin vómitos. Niega fiebre ni otros síntomas acompañantes.
El paciente se encuentra con regular estado general, afebril, con inquietud psicomotriz, sudoración profusa y palpitaciones.
Las constantes a nuestra valoración son: tensión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 98%.
A la exploración abdominal destaca distensión, con abdomen en tabla, muy doloroso a la palpación superficial generalizada, focalizando más el dolor en epigastrio. Rovsing y Blumberg positivos. Ruidos hidroaéreos conservados.
En las pruebas complementarias realizadas destaca:
- Electrocardiograma: sin cambios isquémicos ni alteraciones agudas en la repolarización
- Analítica general: leucocitosis 19.900 con neutrofilia 17.410. Función renal, perfil de colestasis, marcadores hepáticos e iones normales. Sin elevación de reactantes de fase aguda ni otras alteraciones significativas.
- Test de tóxicos en orina: positivo para cocaína.
- Radiografía de tórax: Neumoperitoneo.
- TAC de abdómino-pélvico con contraste:

Marcado neumoperitoneo de predominio en ambas cúpulas diafragmáticas, compatible con perforación de víscera hueca (probablemente en curvatura mayor gástrica), con cambios inflamatorios en asa duodenal por vecinidad, así como moderada cantidad de líquido libre peritoneal, de aspecto sucio.
Juicio clínico: Perforación duodenal con peritonitis generalizada.
El paciente es intervenido de manera urgente por Cirugía General. Durante el procedimiento, se evidencia perforación en primera porción duodenal de 1,5 cm de tamaño, con peritonitis purulenta generalizada. Se realiza reparación con sutura simple y epipoplastia por vía laparoscópica, dejando drenaje intraabdominal.
Durante el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo ingresado durante 10 días tras la intervención. Al alta presenta buena tolerancia oral y tránsito mantenido, manteniéndose afebril, sin dolor abdominal y sin otras complicaciones asociadas, continuando seguimiento posterior en consulta.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de la epigastralgia aguda abarca entidades como la pancreatitis aguda, la patología hepatobiliar como el cólico biliar, la coledocolitiasis o la colecistitis aguda; el síndrome coronario agudo o el tromboembolismo pulmonar.
Las perforaciones pilóricas y duodenales son las complicaciones digestivas por consumo de cocaína más habituales, sin asociación aparente con la vía de administración.
El consumo de cocaína causa un efecto isquémico local sobre la mucosa y la consecuente necrosis parietal, secundarias a la potente vasoconstricción producida por la estimulación de los receptores noradrenérgicos.
Otros mecanismos fisiopatológicos asociados son la disminución de la motilidad gastroduodenal; el incremento de la ingesta de aire y el aumento de la presión intragástrica e intraabdominal; la agregación plaquetaria y la trombosis vascular in situ; y el vasoespasmo.
Este tipo de lesiones no están relacionadas directamente con la existencia de úlceras pépticas previas, por lo que el tratamiento quirúrgico de la perforación suele ser suficiente para su resolución.
Se debe sospechar ante cualquier dolor abdominal en un paciente joven con historia de consumo habitual de cocaína, para lo cual es útil el test de detección de tóxicos en orina.
Dados los escasos antecedentes del paciente, cabía relacionar el consumo reciente de cocaína con el inicio brusco del cuadro.

P. #243

CERVICALGIA E IMPOSIBILIDAD PARA MOVER LA MANO DERECHA TRAS CAIDA

Yolanda Aranda García, Cristina De La Casa Resino, Patricia Alva García

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 86 años, acude por imposibilidad para la extensión de los dedos, parestesias con hormigueos y sensación de frio en los dedos de la mano derecha. No es capaz de hacer pinza ni de sostener objetos. Adicionalmente presenta cervicalgia con hiperflexión del cuello e imposibilidad para la extensión cervical, ni para la elevación de la cabeza.
Refiere caída accidental una semana antes con traumatismo craneo-cervical, por el que fue valorado en urgencias. Se le realizó TAC craneal en donde se objetivó hematoma subdural crónico sin resangrado, y radiografía cervical, descrita como sin lesiones agudas.
Antecedentes personales:
Hipertensión arterial, síndrome ansioso depresivo, anemia ferropénica, gastritis antral
Tratamiento habitual:
Losartán/HCZ 100/25 1-0-0; Amlodipino 10 mg 0-0-1; Metamizol 575mg 1-0-1
Paracetamol 1 g 1-1-1; Desvenlafaxina 1-0-0; Omeprazol 1-0-0; Stilnox 10mg 0-0-1 Lorazepam 1 mg 0-0-1
Situación social: IABVD, vive con su esposa. No deterioro cognitivo. Tiene 3 hijas. Camina más de 10 Km al día
Exploración física:
Temperatura(°C):37.1, Tensión sistólica(mm Hg):170, Tensión diastólica(mm Hg):86,Pulso(lat/min):78, Saturación de oxígeno - basal(%):98.
Exploración neurológica: consciente y orientado. Pares craneales sin alteraciones. Miembro superior izquierdo sin alteraciones de fuerza ni sensibilidad. Miembro superior derecho pérdida de la fuerza del extensor común de los dedos con incapacidad completa para la extensión. Disminución de sensibilidad superficial acompañante de antebrazo y mano derechas. Marcha estable no atáxica, no alteraciones del equilibrio. Exploración cerebelosa normal. Hematomas en cuello y alrededor en diferentes fases evolutivas. Herida parieto-ocipital con puntos de sutura sin signos de infección ni sangrado activo.
Pruebas complementarias
Rx cervical:
Signos degenerativos artrósicos. Inversión de lordosis cervical.
TAC cervical:
Osteopenia radiológica severa. Cervicoartrosis con discreta disminución de la altura de los cuerpos vertebrales, osteofitosis marginal y disminución del espacio intervertebral y uncoartrosis de predominio C6-C7. Calcificación de
ligamento supraespinoso.
Alineación vertebral conservada sin evidencia de signos de traslación.
Múltiples fracturas óseas que afectan de forma predominante a elementos posteriores de región cervical baja probablemente secundarias a mecanismo de flexo-extensión:

- Fractura de ambas láminas de C6 con extensión a la base de la apófisis espinosa.
- Fractura-aplastamiento de C7 con pérdida de altura de entorno a un 50% y gas intraóseo sin retropulsión del muro posterior.

-Fractura de ambas láminas de C7 y con trayecto posteroanterior y que afecta a ambos agujeros foraminales. En el lado derecho existen aislados fragmentos óseos que condicionan estenosis foraminal.

- Fractura no significativamente desplazada de la apófisis espinosa bífida de C2.
- Fractura de la apófisis espinosa de C3.
- Fractura-aplastamiento de T1 con gas intraóseo y pérdida de entorno a un 25% de la altura del cuerpo vertebral,.

Juicio clínico:
Fractura compleja inestable que afecta al cuerpo vertebral de C7 y T1 y a elementos posteriores tanto en la columna cervical alta como en la columna cervical baja.

CONCLUSIONES

EL paciente ingresa a cargo de traumatología con collarín cervical. Ingresado se le realiza resonancia magnética cervico-dorsal en donde se objetiva: Fractura-avulsión de apófisis espinosas de C2-C3 con rotura del ligamento nucal; Fracturas C6 y C7 con rotura del ligamento amarillo y cifosis regional leve. Hematoma epidural posterior en C6-C7 con compresión severa del cordón espinal, sin mielopatía ni hematomelia ni sección medular.
T1: fractura aguda por compresión simple de su platillo vertebral superior sin compromiso del muro posterior
Durante el ingreso se desestima tratamiento quirúrgico por ser de alto riesgo y se decide tratamiento conservador con analgesia y ortesis.
El paciente es dado de alta con rehabilitación , precisando andador para caminar.

P. #269

TRANQUILO, SI HAY GRANULACIÓN, HAY BUENA EVOLUCIÓN

Alfredo Jesús Gómez Díaz, Miriam García Blanco
Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón que sufre quemadura accidental del 3er dedo de mano derecha, se evidencian quemaduras de 2do grado que se tratan y controlan por consulta de enfermería de atención primaria con aparente buena evolución.
Un mes después de los acontecimientos consulta por urgencias de enfermería y se nos solicita valoración por mal aspecto de la herida, nos comentan que en los controles consta buena evolución con presencia de tejido de granulación y derivación a urgencias por este motivo. El paciente refiere que no ha notado cambios en la herida desde el inicio de las curas.
Revisamos la historia clínica para conocer el control que tuvo en urgencias pero nos encontramos con la sorpresa que durante la espera sufrió episodio de dolor torácico por lo que toda la atención se centró en este tema y se dejo de lado la situación de la quemadura, incluso hasta el alta.
A nuestra valoración encontramos quemadura que afecta la falange media y distal del dedo, de distribución circular, con evidentes signos de flogosis, crepitación, fluctuación y presencia de secreción purulenta. Hemodinámicamente estable y afebril.
Dadas las características de la lesión, el tiempo de evolución y el mecanismo de lesión, decidimos comentar con el equipo de Traumatología de guardia en el hospital universitario Mutua de Terrassa y se decide la derivación.
En urgencias se estudia con Rx. que muestra osteolisis. Analíticamente se evidencian leucocitos con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. Se decide debridamiento y limpieza quirúrgica que se realiza sin incidencias. Se optimiza cobertura antibiótica y queda ingresado.
A pesar del tratamiento y la limpieza, se precisa amputación de falange distal.

CONCLUSIONES

1. Reconocemos la importancia de un correcto diagnóstico y estadificación de las quemaduras para orientar el seguimiento y tratamiento por las unidades médicas pertinentes.
2. Durante los controles debemos afinar la detección de signos de alarma.
3. Nuestras visitas en urgencias deben ser integrales y no centrarse en síntomas aislados, en este caso el dolor torácico opacó la problemática del dedo, que no se recuperó posteriormente.
4. La comunicación entre profesionales y diferentes niveles de atención facilitan el flujo y correcto manejo de las patologías complicadas.

P. #282

UNO MÁS UNO SON SIETE (ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN EID TRAS TRAUMATISMO

Aitor García Moreno[1], Tamara García Del Rey[1], María Judith Bolaños Santana[2], Sabitri Budria Millan[1], Mikel Gómez Carrillo[1]
1. Osakidetza, Barakaldo, España
2. Servicio Canario De Salud, Las Palmas De Gran Canaria, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años, fumador, consumo habitual de cannabis, alcohol y Anfetaminas, sin otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias del Hospital, refiriendo dolor en extremidad inferior derecha tras haber sido arrojado al metro por su pareja tras discusión. Se realiza Rx descartando patología ósea aguda y tras administrar analgesia intravenosa es dado de alta por mejoría. Reacude a las 2 horas por exacerbación del dolor, se reexplora al paciente objetivando extremidad edematosa, palidez cutánea, disminución de la temperatura con respecto a contralateral, precisando analgesia de tercer escalón para su control. No se palpan pulsos poplíteos ni pedios.
Tras comentar el caso con Radiología de guardia se decide realizar TAC de extremidad inferior derecha, con AngioTC con diagnóstico de "Oclusión de arteria poplítea derecha con cambios isquémicos en la pierna ipsilateral. Por morfología y contexto traumático sugiere disección de la arteria como primera posibilidad, sin signos de sangrado activo, planteando diagnóstico diferencial con oclusión secundaria a un síndrome compartimental". El paciente es valorado por Traumatología de nuestro hospital y comentado con Cirugía Vascular del Hospital terciario de referencia, al cual es trasladado para intervención quirúrgica de urgencia, con Bypass P1-P3 con vena safena interna invertida anatómico.
En AngioTAC de control 24 horas más tarde, se objetivan "cambios postquirúrgicos de bypass venoso entre primera porción poplítea y poplítea distal, permeable. Cambio de posible necrosis isquémica de musculatura profunda de pantorrilla derecha. Vena femoral superficial permeable, así como primera y segunda porción poplítea". Con estos hallazgos se lleva a cabo una segunda intervención quirúrgica para fasciotomía de compartimento profundo de antepierna de extremidad anterior derecha + lavado y hemostasia de dicha extremidad.
Tres días después se realiza una RMN de rodilla objetivando "rotura completa de la inserción femoral de ambos ligamentos cruzado anterior y posterior. Rotura completa de la totalidad del complejo ligamentoso posterolateral con afectación del ligamento colateral lateral, ligamento anterolateral, tendón del bíceps femoral y tendón poplíteo. Neurotmesis del nervio ciático poplíteo externo en tercio medio de la pierna a nivel de la pérdida de sustancia". Se decide cirugía conjunta con Cirugía Plástica y Traumatología para reparación.
Durante el ingreso se aísla a nivel de catéter cultivo positivo por S. epidermidis y C. acnés por lo que es valorado por Infecciosas, presentando buena evolución tras antibioterapia intravenosa.
Finalmente, es valorado por el Servicio de Rehabilitación en relación a atrofia severa de cuádriceps e hipoestesia en territorio del tercio inferior tibial anterior con mejoría progresiva

y el paciente es dado de alta a domicilio en tratamiento con heparina de bajo peso molecular de 40U cada 24 horas, Dexketoprofeno/Tramadol 75/25mg cada 8 horas, Paracetamol 1 gramo cada 8 horas y Oxicodona 5 mg cada 12 horas. Durante el tratamiento con Oxicodona el paciente desarrolla dependencia al fármaco, acudiendo a su Médico de Familia, al Punto de Atención Continuada y a Urgencias de su Hospital de referencia, siendo derivado a Psiquiatría donde continua en la Unidad de dependencias en control y tratamiento.

CONCLUSIONES

Tras discusión con su pareja (1+1), con caída accidental y contusión en EID, requiere la atención de hasta 7 distintas especialidades para manejo, cirugía y recuperación posterior del cuadro que nuestro paciente presentó.

P. #306

CIRCUITO CUAP-COT. NO DESPLACEMOS LAS FRACTURAS NO DESPLAZADAS

Marta Serra Gallego, Ander Burgaña Agoues, Raquel Hernández Resa, Itziar Caballero Ayala

Fundació Assistencial Mutua De Terrassa, Sant Cugat Del Valles, España

INTRODUCCIÓN

La morbilidad y las crecientes desigualdades económicas han generado cambios en las necesidades de salud de la población, con un aumento en el uso de los servicios de atención continuada y urgencias. Para responder a estos desafíos, el Plan Nacional de Urgencias de Cataluña (PLANUC 2017) implementó en diciembre de 2021 la creación de un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP). Este dispositivo tiene como objetivo garantizar la resolución de la demanda de atención urgente de baja y media complejidad, recibir pacientes derivados del servicio de emergencias y mejorar la accesibilidad a dispositivos de mayor nivel cuando sea necesario.

OBJETIVO

El objetivo principal es implementar estrategias que incrementen la resolución de las visitas traumatológicas en el ámbito ambulatorio, reduciendo la necesidad de derivaciones a hospitales y descongestionando las consultas de Atención Primaria (AP). Además, se busca fomentar la integración entre el CUAP y los servicios hospitalarios, promoviendo una atención más eficaz y transversal.

MÉTODO

Con la incorporación de nuevas capacidades técnicas disponibles las 24 horas, como la bioquímica seca, radiología, activación de oxígenos a domicilio y la colocación de yesos, se estableció un circuito de coordinación directa entre el CUAP y el Servicio de Traumatología. Este modelo permite aumentar la resolución de visitas traumatológicas que, en otros contextos, habrían requerido derivación hospitalaria para tratamientos de baja complejidad.

El circuito de atención consta de tres pilares fundamentales:

1. Consulta Telefónica Directa con Traumatología de Guardia: El personal del CUAP tiene acceso directo al servicio de traumatología, disponible las 24 horas, lo que permite consultar casos clínicos y recibir recomendaciones terapéuticas.
2. Formación Especializada en Técnicas de Inmovilización: El personal ha recibido formación específica en técnicas de inmovilización, como vendajes funcionales, férulas y yesos, lo que ha permitido resolver muchas visitas de forma autónoma, optimizando los recursos.
3. Vinculación con Consultas Externas de Traumatología: Los pacientes que requieren seguimiento especializado son derivados a Consultas Externas de Traumatología, gestionando previamente las pruebas necesarias a través de Atención Primaria, asegurando continuidad en el tratamiento.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Desde junio de 2022 hasta diciembre de 2024, se realizaron un total de 428 visitas en el servicio de CUAP con seguimiento posterior en CCEE de Traumatología. El 98% de estas fueron por fracturas no desplazadas, mientras que el 2% restante incluyó casos con imágenes radiológicas sospechosas de fractura que precisaron de tratamiento conservador similar y control posterior. La edad media de los usuarios fue de 47 años, con 66 pacientes en edad pediátrica. El 54.6% del total fueron mujeres. El tiempo medio de espera de visita en CCEE de traumatología fue de 15 días.
En el 67% de los casos se decidió la colocación de férula de yeso posterior. En el resto de los pacientes se decidieron otros tratamientos conservadores como férula o vendajes compresivos. Finalmente, el 14% de pacientes precisó de tratamiento rehabilitador.

CONCLUSIONES

Los datos demuestran la eficacia del circuito de atención en el CUAP para el manejo de fracturas no desplazadas y lesiones sospechosas, con un enfoque conservador que optimiza recursos y garantiza una atención ágil y adecuada.
Desde su implementación, el modelo CUAP-COT ha establecido un circuito transversal que permite iniciar tratamientos conservadores en el CUAP, descongestionando así los servicios de urgencias hospitalarias. Además, agiliza el acceso a consultas de Traumatología y reduce la presión sobre las agendas de Atención Primaria (AP).

P. #320

ANTE LA DUDA, SIEMPRE, REVALORAR

Alfredo Jesús Gómez Díaz, Miriam García Blanco
Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, Terrasa, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente que sufre caída sobre mano en extensión afínales de diciembre, valorado en urgencias de atención primaria y derivado a urgencias hospitalarias por sospecha de Fx. de escafoides. Al ser valorado en el hospital destaca dolor en tabaquera anatómica, pero al comparar imagen radiológica con radiografía anterior se orienta como contusión sin evidencia de lesiones óseas agudas.
Tras el alta el paciente persiste dolor con empeoramiento a la mínima movilización por lo que resulta al día siguiente y se revalora con nueva radiografía, sin cambios con la anterior, nuevamente se orienta como sin lesiones óseas agudas, pero se decide realizar inmovilización antiálgica por 1 semana.
Tras inmovilización, el paciente, refiere aumento de volumen distal de dedos y empeoramiento del dolor en la zona contusional por lo que decide retirarse la inmovilización y posteriormente mantiene actividad personal y laboral habitual sin ningún tipo de protección o adecuación de actividad.
Tras aproximadamente 45 días del episodio contusional, reconsulta por urgencias de atención primaria por persistencia del dolor con empeoramiento a la movilización. A la exploración evidenciamos ausencia de hematomas o deformidad, no dolor en tabaquera anatómica y dolor selectivo en 1/3 medio y proximal de prominencia tenar con empeoramiento a la flexión palmar de la mano. Dados el tipo de lesión, el antecedente de la exploración inicial y la localización del dolor persistente consideraos repetir radiografía para poder comparar con anteriores y se evidencia fractura de polo distal de escafoides sin signos de consolidación a pesar del tiempo de evolución.
Se comenta con equipo de traumatología de guardia hospitalaria que indica, inmovilización con ortesis y ampliar estudio con TC para valorar futura conducta a seguir, posiblemente quirúrgica.

CONCLUSIONES

1. Ante una duda diagnóstica guiada por pruebas de imagen, la mejor opción es revalorar el cuadro y repetir radiografía tras un tiempo prudencial.
2. Ante la duda sobre un diagnóstico que puede producir una consecuencia negativa al no tomar decisiones inmediatas, actuar en consecuencia previendo complicaciones futuras hasta poder confirmar el diagnóstico.
3. Es importante la información precisa y completa al paciente, más aún si se trata de un diagnóstico que precisa confirmación futura para que así pueda tomar las medidas preventivas adecuadas.
4. Es necesario mejorar el flujo de comunicación entre urgencias hospitalarias y de atención primaria para beneficio de nuestros pacientes.

P. #337

POLITRAUMA PEDIÁTRICO COMPLEJO: UN CASO DE LACERACIÓN ESPLÉNICA Y NEUMOTÓRAX POR TRAUMATISMO CERRADO

Elizabet Vidal Folch
Hospital De Cerdanya, Puigcerdà, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 14 años es admitido en nuestro servicio de urgencias después de sufrir un accidente en bicicleta eléctrica, confirmado el uso de casco. A su llegada está consciente y orientado con Glasgow 15 y hemodinámicamente estable, aunque refiere dísnea, niega amnesia del episodio o pérdida de conocimiento. A la exploración física: A. vía aérea permeable sin cuerpos extraños, B. expansión torácica disminuida e hipoventilación en hemitórax izquierdo, saturación oxígeno en aire ambiente 89%, C. relleno capilar normal, presión arterial 131/60, frecuéncia cardíaca 85 latidos por minuto, D. alerta y orientado en las 3 esferas, pupilas isocóricas y normoreactivas, E. herida abierta en ceja derecha de 2 centímetros, que se sutura; dolor a la mobilización de la escápula izquierda y la pierna derecha, el abdomen es blando y depresible, sin peritonismo, pesenta múltiples heridas faciales que no requieren sutura.
Se administra analgesia endovenosa y soporte de oxígeno con gafas nasales.
Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) donde se informa de múltiples focos subpleurales en vidrio deslustrado en relación con focos de contusión pulmonar; cavidad neumatizada subpleural y paravertebral izquierda en lóbulo inferior izquierdo, en relación con laceración pulmonar de 8 centrímetos de longitud y 1 centímetro de grosor; laceración esplénica grado II, sin hemoperitoneo, mínimo neumotórax bilateral. El TAC craneal fue normal. También se diagnostica una fractura de escápula izquierda y acetábulo derecho, que se tratan de forma conservadora.
El paciente es transferido a hospital de referencia donde ingresa en unidad de cuidados intensivos, sin necesidad de suplemento de oxígeno. Se mantiene afebril en todo momento con buen control del dolor. El tercer día, ya en planta, se realiza ecografía con contraste, que descarta progresión de la lesión y presencia de seudoaneurismas; dada la buena evolución se decide alta con control radiológico y seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

Los accidentes de bicicleta son responsables de una elevada morbilidad y mortalidad en adolescentes y pueden causar una gran variedad de lesiones, con el traumatismo abdominal y torácico entre las más severas, especialmente debido a medidas limitadas de protección e impactos de alta energía.
Las lesiones más comunes son de partes blandas, aunque el daño abdominal y torácico requiere un alto grado de sospecha, para así poder detectar precozmente las lesiones viscerales y tratarlas apropiadamente.
La mayoría de niños con lesiones esplénicas pueden ser tratados exitósamente sin intervención quirúrgica, aquellos con estabilidad hemodinámica no requieren unidad de cuidados intensivos y la estancia total en el hospital para casos no complicados se puede limitar a 7 días. La laparotomía puede reservarse para pacientes con hemorragia masiva immediata o con requerimientos de transfusión. La aparición de seudoaneurismas de la arteria esplénica se resuelven espontáneamente sin intervención.
La contusión pulmonar es la lesión más comunmente observada cuando una gran cantidad de energía cinética es transferida a través de la pared torácica.
El diagnóstico de contusión pulmonar es clínico y debe ser considerado en todos los niños con lesiones severas. Las complicaciones más frecuentes son la neumonía (20%-50%); a diferencia de los adultos la recuperación a largo plazo es excelente. Neumotórax y hemotórax ocurren frecuentemente a la vez, en niños, observando dolor torácico y dificultad respiratoria; la radiología urgente puede demostrar hemoneumotórax en la mayoría de los casos. Para ambas entidades pulmonares el manejo consiste en administrar oxígeno suplementario para mantener cifras en pulsioxímero entre 95%-99%, además de una adecuada analgesia.

P. #372

ENUCLEACIÓN ABIERTA DE ASTRÁGALO SIN FRACTURAS ÓSEAS ASOCIADAS

Inmaculada García Polo, Almudena Alcazar Belchi, María Quiteria Alcazar Belchi, Ana Belén Hernández Meseguer, Mercedes Moreno Salinas, Carmen Morales Ruiz

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 24 años que acude al servicio de urgencias tras caer desde una altura de aproximadamente 3 metros mientras practicaba actividad deportiva, produciéndose una inversión forzada del tobillo derecho.
A su llegada al servicio de urgencias presenta dolor, deformidad de la articulación del tobillo derecho, herida inciso contusa de aproximadamente 7 cm de largo con exposición visible del maléolo peroneo, pulso pedio presente y sensibilidad normal de los dedos.
Se administra analgesia intravenosa y se procede a pruebas radiodiagnósticas para valorar y tratar el grado de la lesión presentada.
Tras radiografía de la articulación del tobillo se diagnostica enucleación completa astragalina derecha sin presencia de fracturas óseas asociadas.
Tras valoración por servicio de traumatología, se llevó a cabo una reducción quirúrgica bajo anestesia raquídea, lavado profuso de la herida y sutura de la herida. Durante la cirugía se utilizó Rayos X in situ para comprobar la correcta colocación del hueso en la cavidad de la articulación.
Posterior a la reducción quirúrgica se colocó una férula completa de yeso y se sometió a una pauta antibiótica estricta para reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica junto con pauta analgésica y antiinflamatoria.
La paciente permaneció en ingreso hospitalario durante 5 días y posteriormente fue dada de alta a domicilio con control semanal por su traumatólogo durante los 2 primeros meses.
La inmovilización con bota de yeso se mantuvo por 46 días y posteriormente recibió rehabilitación temprana para recuperar la movilidad articular.

CONCLUSIONES

A su llegada al servicio de urgencias, se realizó una buena atención por parte del equipo de urgencias y del equipo de cirugía ortopédica que se encontraba de guardia.
Cierto es que la lesión presentaba un mal pronóstico siendo incluso valorada la posibilidad de realizar una artrodesis de la articulación astragalina pero
tras consenso por parte del equipo de cirugía ortopédica se decidió realizar una reducción quirúrgica de la articulación afectada con la buena evolución de la lesión a posteriori.
La paciente comenzó su vida normal 6 meses después de la caída

P. #413

FRACTURA MULTIFRAGMENTARIA DE RAMA PÚBICA Y TECHO ACETABULAR CON RADIOGRAFÍA INICIAL NORMAL: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y POR IMAGEN EN URGENCIAS

Yandy Mariño Navarrete[1], Janyn Perdomo Bacallao[2], María Albero Albero[1], Soledad Bernabeu Mira[1], Douglas Augusto Morales Belloso[3]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
3. Centro de Salud Ibi, Ibi, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Parapres 32 miligramos (un comprimido al día), que acude a urgencias tras una caída desde 2 metros de altura hace 5 días mientras instalaba una lámpara. El paciente presenta dolor intenso en la cadera izquierda, el cual ha empeorado progresivamente hasta impedir la movilización. Se registran las siguientes constantes: tensión arterial de 162/95 mmHg, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto y temperatura de 36.1 °C. En la exploración física se observa un hematoma en la región inguinal izquierda, dolor intenso a la palpación en el trocánter mayor y en la ingle izquierda, y completa impotencia funcional en la extremidad afectada, sin dolor en el muslo. La inspección de la cadera no revela deformidades en la región inguinal. El paciente refiere dolor intenso durante la maniobra de rotación interna y externa de la cadera, y la flexión es dolorosa y limitada; no se aprecian crepitaciones en la movilización pasiva. La radiografía de cadera es inicialmente normal, lo que llevó a solicitar una tomografía computarizada (TC) osteoarticular de la cadera, la cual reveló una fractura multifragmentaria del tercio medio-lateral de la rama púbica y del techo acetabular izquierdo, con trazos anteroposterior y oblicuo, un hundimiento de 3 milímetros en la vertiente posterior y superior del acetábulo, y extensión de 14 milímetros. Se inició tratamiento con analgesia (Dexketoprofeno 25 miligramos cada 8 horas y Nolotil 575 miligramos si persiste el dolor), prevención de trombosis venosa profunda con Enoxaparina 40 miligramos subcutánea diaria, y reposo absoluto con descarga total, programándose seguimiento en consulta de Traumatología con control radiológico.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de una historia clínica y una exploración física minuciosas en el servicio de urgencias, especialmente cuando las pruebas iniciales, como la radiografía, no evidencian hallazgos significativos. La intensidad del dolor, la presencia de un hematoma en la región inguinal y la impotencia funcional, junto al antecedente de traumatismo de alta energía, fueron elementos clave que orientaron hacia la realización de una TC, confirmando una fractura multifragmentaria compleja. El manejo integral, que incluyó analgesia, prevención de complicaciones trombóticas y reposo absoluto, permitió optimizar el tratamiento y resaltar la necesidad de un seguimiento especializado en Traumatología. La integración de técnicas de imagen avanzadas y la atención clínica personalizada son fundamentales para el abordaje eficaz de estos pacientes.

P. #447

DOLOR PÉLVICO AGUDO E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA POR ROTURA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Joaquín De La Cruz Andúgar Rocamora
Hospital Rafael Méndez, Lorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 32 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que acude al Servicio de Urgencias por dolor súbito e intenso en la región pélvica junto con sensación de mareo e inestabilidad. Presenta amenorrea de aproximadamente siete semanas de acuerdo a la fecha de última regla. A su llegada, se encuentra hipotensa (TA 85/50 mmHg), con frecuencia cardíaca de 120 lpm, pálida y diaforética.
La exploración abdominal pone de manifiesto dolor intenso en hipogastrio, aunque no se objetiva irritación peritoneal significativa. Se inicia estabilización hemodinámica con fluidoterapia y se administra analgesia intravenosa. La prueba de embarazo en orina resulta positiva. Se solicita ecografía urgente, evidenciándose una masa anexial derecha y presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas compatible con hemoperitoneo. La analítica revela hemoglobina de 8 g/dL con VCM 67.
Con la sospecha de rotura de embarazo ectópico, se prepara a la paciente para intervención quirúrgica urgente. En quirófano se confirma la rotura tubárica y se realiza salpingectomía, con evolución favorable tras la cirugía.

CONCLUSIONES

La rotura de embarazo ectópico es una urgencia ginecológica que compromete rápidamente la vida de la paciente. Su diagnóstico precoz requiere un alto índice de sospecha en toda mujer en edad fértil con dolor pélvico y signos de inestabilidad. Las medidas de estabilización así como la analgesia son indispensables. La ecografía constituye la principal herramienta diagnóstica. La actuación quirúrgica urgente es decisiva para el pronóstico.

P. #456

EL MOTERO POLITRAUMATIZADO. LOS DESAFÍOS DE UNA PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE EN ZONAS PERIFÉRICAS

Clara Cañardo Alastuey[1], Inés Cañardo Alastuey[2], Mónica Betrán Piracés[1], Gonzalo Bernal Belarra[1], Enrique Capella Callaved[1], Daniel Moreno De Los Huertos[3]
1. 061 Aragón, Huesca, España
2. Hospital Universitario San Jorge, Huesca, España
3. SPEIS Ayuntamiento Huesca, Huesca, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos activan para accidente de motorista que no responde y está boca abajo.
A nuestra llegada el paciente está inconsciente y con respiración ruidosa, en decúbito prono sobre el asfalto a unos 6 m de la moto y con el casco. Está policía en el lugar.
No evidenciamos hemorragias exanguinantes. Responde al dolor. Evaluamos el ABC: Se escucha gorgoteo. La respiración es espontánea pero taquipneica. Presenta pulso radial y carotídeo rápido y arrítmico. A la exploración no se evidencian lesiones en espalda. Colocamos en decúbito supino con restricción de movimientos espinales y procedemos a retirar casco. Posteriormente aspiramos secreciones sanguinolentas de boca y administramos oxigenoterapia en mascarilla reservorio a 15 L/min. Mientras se continúa con la exploración: en la boca además de las secreciones se objetiva la pérdida de una pieza dental, el cuello sin alteraciones así como la caja torácica. La auscultación cardíaca es taquicárdica y arrítmica. La auscultación pulmonar es simétrica con buena entrada de aire bilateral. El abdomen no defiende y la pelvis es estable. Al dolor moviliza 4 extremidades aunque llamativamente más limitada la extremidad superior derecha. Herida en antebrazo derecho y múltiples erosiones en abdomen, tronco y extremidades. La exploración y la anamnesis están limitadas por el estado neurológico del paciente. Las pupilas son medias reactivas e isocóricas. Puntuación escala de Glasgow 9-10/15 (O 3-2, V 2, M 5). TA 119/71, FC 155, Saturación O2 98% (con mascarilla reservorio a 15 L/min), FR 22, Glucemia 112, Tª 35ºC. Se administra analgesia con fentanilo y ácido tranexámico 1 g IV. Durante la reevaluación en la ambulancia se objetiva disminución del nivel de consciencia a Glasgow 6/15. Motivo por el que procedemos a intubación asistida por fármacos previamente al inicio del traslado a hospital útil. Dado que el trayecto por vía terrestre es de unos 80 minutos solicitamos helicóptero medicalizado para acortar tiempos pero nos es posible su activación por el ocaso cercano.
El traslado lo realizamos en ambulancia medicalizada con el paciente sedoanalgesiado y relajado, conectado a ventilación mecánica y estable hemodinámicamente en todo momento. No presenta signos de hipertensión intracraneal.
A la llegada a hospital se realiza body-TC con los siguientes hallazgos: focos contusivos y hematoma subdural sin efecto masa a nivel cerebral y sin lesiones a nivel torácico ni abdominal. Presenta buena evolución en la UCI, salvo paresia de extremidad superior derecha (solo mueve dedos), pasando a planta a las 72 h. Al alta persiste lesión en plexo braquial precisando intervención

quirúrgica. Actualmente está realizando la rehabilitación con buena evolución.

CONCLUSIONES

Las lesiones traumáticas del plexo braquial no son una entidad infrecuente. Ante un paciente en el que nos llama la atención una limitación de movilidad de una extremidad superior a la exploración, debemos pensar en esta entidad. Además, la mayoría de estas lesiones producidas en accidentes de tráfico se deben a accidentes de motocicletas.
Los profesionales que trabajan en áreas rurales deben ser versátiles y tener una capacidad de respuesta rápida en la que el trabajo en equipo se hace esencial.

P. #497

TRAUMATISMO ESPLÉNICO CERRADO

Ana Karina Inga Mogrovejo
Hospital Arnau de Vilanova - Lleida, Lleida, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 46 años que acude al servicios de urgencias, por presentar dolor costal izquierdo, dificultad respiratoria y síncopes vasovagales al incorporarse rápidamente, refiere que 12 horas antes en una pelea callejera, sufrió agresión por tercero a nivel de parrilla costal izquierda.
A su llegada a urgencias hemodinámicamente estable, saturación basal correcta, álgido con focalización en hemiabdomen izquierdo, sin signos de peritonismo. Al incorporarse, súbitamente presenta episodio de síncope y posterior inestabilidad hemodinámica con taquicardia y desaturación por lo que se le realiza Ecofast que en principio fue negativa para líquido libre para en cavidad, por lo que se procede a realizar monitoreo, dieta absoluta y canalizar vía periférica, administración de analgesia, sueroterapia a necesidades basales y realizar tomografía axial computarizada (TAC) de región toracoabdominal donde se evidencia laceración esplénica grado III con signos de sangrado activo y moderado hemoperitoneo. Dudosa laceración hepática de 12mm en segmento IV. Escasas burbujas aéreas libres pericecales sugestivas de mínimo neumoperitoneo. Fracturas costales izquierdas inferiores descritas y no complicadas.
Siendo valorado por el servicio de cirugía, donde se decide por la inestabilidad hemodinámica, laparotomía exploradora con esplenectomía total urgente.

CONCLUSIONES

En los traumatismos abdominales cerrados, generalmente ocasionados por accidente automovilísticos en un 40%, sin existir datos concluyentes sobre las agresiones. En nuestro medio es la primera causa de muerte antes de los 40 años y la tercera causa para todas las edades, tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.
La sintomatología principal está relacionada con la hipovolemia y en este caso destaca síncopes de repetición y la inestabilidad hemodinámica en el último de este episodio. Además se evidencian signos de irritación peritoneal en la mayoría de casos.
Entre su abordaje inicial se considera que el TAC abdominal es la exploración más útil, aunque el Eco Fast está tomando importancia en la exploración en los últimos años, en este caso en un principio la ecografía no fue concluyente y el que estableció el diagnóstico fue el TAC abdominal.
El tratamiento del traumatismo esplénico va desde la esplenectomía al manejo conservador de la lesión, del que habrá que desistir si el paciente no está estable hemodinámicamente como este paciente.

P. #510

HEMATOMA INTRAMUSCULAR LUMBAR EN PACIENTE ANTICOAGULADO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR LUMBAR MECÁNICO

Cristina De La Casa Resino, Yolanda Aranda García, Patricia Alva García

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80 años, anticoagulado con edoxaban por fibrilación auricular paroxística, hipertenso, dislipémico, diabético y con enfermedad de Pakinson. Acude a urgencias por dolor lumbar derecho irradiado a región inguinal ipsilateral hasta la planta del pie de 4 meses de evolución, de características mecánicas por lo que había tomado analgesia de primer escalón sin mejoría, pero el día en el que consulta ha objetivado hematoma inguinal en la zona en relación con cirugía antigua de hernia inguinal.
A la exploración física: Temperatura(°C):36, Tensión sistólica(mm Hg):129, Tensión diastólica(mm Hg):70,Pulso(lat/min):56, Saturación de oxígeno - basal(%):97. El paciente presentaba buen estado general, sin facies álgica ni signos de mala perfusión central o periférica. A destacar en la exploración del miembro inferior derecho tumefaccion con hematoma en region inguino-crural que se extendía hasta región dorsal de la rodilla derecha. No dolor en trocanter, dolor a la palpación en región inguinal con balance articular conservado. Edemas de dicha extremidad. Pulsos disminuídos en región
derecha comparada con izquierda. Resto de la exploración reglada, anodina.
Se solicitó analítica con bioquímica (anodina) hemograma (en el que destaca anemización de 4 puntos respecto de la última disponible correspondiente a 4 meses antes) y hemostasia (a destacar D-dímero de 1510 ng/mL. Con estos datos se solicitó ecografía abdominal y posteriormente se progresó a tomografía con la sospecha de hematoma intramuscular con el siguiente resultado: hematoma intramuscular en el espesor de músculo psoas, iliaco e iliopsoas derechos, con dos imágenes en su interior sugestivas de pseudoaneurismas, sin datos de sangrado arterial activo. Reinterrogado de nuevo el paciente recordó caída 48 horas antes. Valorado por cirugía vascular, amplian estudio Eco-Doppler arterial MID: Arteria Femoral Común, Femoral Superficial y arteria Poplítea integras sin datos de rotura. Por lo que se concluyó que no precisaba de intervención quirúrgica urgente, pautándose vendaje compresivo y sin contraindicación de tratamiento anticoagulante. El paciente quedó en observación con monitorización y hemograma de control en el que no hubo progresión de la anemización por lo que se cursó alta a domicilio con medidas generales y seguimiento analítico por su médico de atención primaria.

CONCLUSIONES

Si bien el dolor lumbar mecánico es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, siendo la mayoría de ellos de origen osteomuscular en relación con patología degenerativa, no debemos subestimar otras causas de dolor lumbar potencialmente graves y para ello, se impone una exploración física rigurosa tanto de la movilidad articular y sus limitaciones en los diferentes ejes, como de la neurovascularización tanto proximal como distal y el aspecto de la piel buscando hematomas o masas pulsátiles que nos hagan sospechar otras causas diferentes a las degenerativas, máxime si el paciente recibe tratamiento anticoagulante, pues es esta exploración la que nos llevará a la sospecha clínica en base a la cual solicitaremos el estudio dirigido para confirmar o descartar.

P. #516

APENDICITIS POR NEISSERIA GONORRHOEAE

Fátima Flores Nieto, Adriana Heersche Morillo, Lucía Sánchez Valentín, María Teresa Parrado Espinosa

Hospital Comarcal Axarquía - Sas, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DEL CASO
Mujer de 34 años con antecedentes médicos de dismorfia septal nasal intervenida. No hábitos tóxicos ni tratamiento médico habitual.
La paciente consulta por segundo día consecutivo por cuadro de 48-72h de evolución de dolor abdominal tipo cólico y molestias urinarias. Asocia malestar general con escalofríos, vómitos, diarrea, leucorrea intermitente y fiebre de hasta 38°C.
FUR: hace 8 días
La paciente indica que debido a las molestias urinarias que tenía había tomado fosfomicina-trometanol 3gr, sin mejoría.
El día previo, tras consultar por mismo motivo fue dada de alta tras realización de análisis de sangre, análisis de orina, test de embarazo y ecografía de abdomen.
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Constantes a su llegada: TA 96/57, FC 108lpm y Tª 38°C
La paciente acude en camilla con regular estado general. Normohidratada y perfundida, febril (38°C) y eupneica en reposo.
Exploración neurológica con EG 15 y sin focalidad.
Auscultación con tonos rítmicos y sin soplos, a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.
Abdomen: RHA presentes. Blando, depresible, con dolor a la palpación en FID. No se palpan masas ni megalias. Murphy negativo. Mc Burney positivo. Blumberg positivo y Rovsing negativo.
Se realizan análisis de sangre, análisis de orina, test de embarazo y EKG, además de administrar analgesia.
EKG: ritmo sinusal a 90lpm, sin alteración aguda de la repolarización
Análisis de Sangre: destacando en el hemograma Leucos 17860 (Neut 16950; Linf 480); Hb 11.8; Plaquetas 295000; bioquímica con perfil abdominal normal, coagulación normal, gasometría normal y PCR 229
Análisis de Sangre día previo: destaca Leucos 15250 (Neut 14090; Linf 630); y PCR 38
Análisis de Orina con Proteínas +, Cuerpos cetónicos ++ y Leucos + (día previo negativo).
Test de Embarazo negativo
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: sospecha de apendicitis
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Enteritis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Embarazo ectópico
EVOLUCIÓN
Tras los análisis realizados, y observar el empeoramiento analítico, y con los resultados ecográficos del día previo, se decidió contactar con el radiólogo de guardia consensuándose realización de TC pelvis.
TC PELVIS – CONCLUSIÓN: Hallazgos en probable relación con apendicitis aguda que asocia importantes cambios inflamatorios en la grasa peritoneal y presencia de abundante líquido libre en pelvis, de alta densidad, así como signos de enteritis en porción de íleon visible.
ECOGRAFÍA ABDOMINAL DÍA PREVIO – CONCLUSIÓN:
1. No se observan signos indirectos de apendicitis aguda. A valorar con analítica y evolución.
2. Distensión de asas intestinales con contenido líquido y aumento del peristaltismo. En contexto de la paciente, que refiere 2 días de diarrea, sugiere enteritis.
Ante los resultados de las pruebas complementarias se contactó con el Cirujano de Guardia, que, tras valorar a la paciente, y debido al empeoramiento clínico y analítico, así como a la sospecha clínica y radiológica de apendicitis, indican intervención quirúrgica urgente.
Durante la intervención se realizó un cultivo del líquido peritoneal, dando este positivo para Neisseria gonorrhoeae. Microbiología emite una alerta para realizar el estudio epidemiológico. Además, se mandó a anatomía patológica la pieza quirúrgica, siendo los resultados de apendicitis aguda flemonosa.

CONCLUSIONES

La importancia de las infecciones de transmisión sexual radica en la gravedad de las posibles complicaciones. Por ello, en población joven sexualmente activa con síntomas compatibles con infecciones vaginales se debería realizar toma de muestras del canal endocervical.
También cabe destacar que hasta un 50% de mujeres con infección por N. Gonorrhoeae no presentan alteración del flujo, sino que consultan por clínica abdominal inespecífica, y en ocasiones se precisa de una intervención quirúrgica para la toma de muestras de líquido peritoneal y poder realizar así un diagnóstico definitivo.

P. #517

HEMATOMA MEDULAR ASOCIADO AL USO DE ANTICOAGULANTE

Sebastián Ipiña Vega[1], Paula San José Alonso[2], Christian Baizán Díaz[3], Jorge Gracia Ochotorena[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. 061 Cantabria, Santander, España
3. Emergencias 112 Castilla y León, Ponferrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 75 años, femenina, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística (FA) en tratamiento con Apixabán, monorrena con enfermedad renal crónica (ERC) 3a A1, hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo II (DM II). Acude a urgencias por presentar intensa cérvico-dorsalgia con parestesias en manos y pies desde ese día al despertar, asociando de forma progresiva pérdida de fuerza en miembros inferiores (MMII) y debilidad de miembros superiores (MMSS) con imposibilidad para mover ambas manos. Refiere que el día anterior realizó esfuerzo físico en domicilio tras ordenar cajas, notando dolores cervicales y parestesias en manos y pies que cedieron con reposo.

Al examen físico, paciente parcialmente colaboradora por intenso dolor a la movilización pasiva, se evidenció en MMII paraplejia, parestesia bilateral con reflejo de Babinski bilateral y reflejos rotulianos exaltados; en MMSS se constató fuerza proximal 4/5 simétrico, distal 0/5 con parestesias bilaterales. Nivel sensitivo en T4 sin poder descartar que fuera más alto debido a la colaboración parcial. Globo vesical presente.

Ante la sospecha de afectación medular, se plantearon como posibles diagnósticos diferenciales neoplasia o metástasis compresiva, fractura vertebral complicada, edema medular y hematoma medular. Se solicitó resonancia magnética (RM) urgente, evidenciando hematoma epidural agudo posterior del segmento C5-T3 que condicionaba compresión del cordón medular a ese nivel.

Se solicitó valoración por Hematología para reversión del anticoagulante e intervención quirúrgica urgente por Neurocirugía, realizando laminectomía descompresiva y evacuación de hematoma.

CONCLUSIONES

El hematoma epidural, la forma de presentación más frecuente de hematoma medular, es una entidad poco frecuente causante de compresión medular. Su tasa de incidencia se sitúa entre un 0.1 y 0.3 casos por cada 100.000 habitantes al año. Su causa esta relacionada, por lo general, a tratamientos anticoagulantes, pero también a cirugía espinal, traumatismos o malformaciones vasculares. Dada la baja frecuencia, el diagnóstico se basa en la sospecha clínica y pruebas de imagen, siendo la RM la técnica de elección. Asimismo, requiere de un tratamiento quirúrgico urgente ya que el grado de afectación preoperatorio es el factor pronóstico más importante.

En cuanto a los ACOD, en estudios controlados las tasas anuales de hemorragias mayores suelen situarse entre el 2% y el 4%. No obstante, no se trata únicamente de la incidencia anual sino de la gravedad y la necesidad de intervención urgente cuando se presentan, en ocasiones sitios poco frecuentes y sin traumatismos evidentes. En los servicios de urgencias españoles, cada vez son más los pacientes con estos tratamientos, por lo que es necesario tener en cuenta sus efectos secundarios como posibles causante de los síntomas de los pacientes. Además esto pone de manifiesto la importancia de protocolos de actuación específicos y de la individualización del tratamiento para minimizar la morbilidad asociada a estos eventos.

P. #520

SÍNDROME MEDULAR CENTRAL. TODO TIENE SU EXPLICACIÓN

Arantxa Ramos Miravet, Paula Quiezan García, Francisco Ubet Barberá, Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos, Patricia González Cuadrado, María De Las Mercedes Moreno López

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años diabético e hipertenso. Acude en soporte vital básico tras ser encontrado por su familia caído en la montaña. Refiere estar montando a caballo cuando presenta caída accidental. Niega pérdida de conocimiento. Es encontrado unas 5 horas después por su familia. Refiere que ha estado todo ese tiempo boca abajo y sin poderse levantar porque "no tenía fuerza en los brazos". A su llegada a urgencias tensión arterial 134/96 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos/minuto, temperatura corporal 35ºC, saturación de oxígeno 93% y glucemia 184 mg/dL. Exploración física sin hallazgos cardiorespiratorios significativos. A nivel neurológico, Glasgow 12. A nivel motor en el balance muscular en miembros superiores presenta abducción de hombros conservada, fuerza 2-3/5 para la flexión de codos e incapacidad para la flexo- extensión de muñecas y dedos. A nivel sensitivo parestesias desde codos en miembros superiores. Fuerza y sensibilidad en miembros inferiores aparentemente conservada.

Se realiza analítica completa y radiografía de tórax que resultan anodinas. Se solicita tac cerebral y de columna donde se objetiva focos de hemorragia intraventricular y de hemorragia subaracnoidea en ambas convexidades cerebrales, así como en la cisterna interpeduncular, y finas láminas de sangrado subdural en tentorio. A nivel de columna cervical se objetiva fractura de los cuerpos vertebrales de C6, C7 y D1, con anterolistesis grado IV de C7 sobre D1 que condiciona marcada disminución del diámetro del canal raquídeo. El paciente ante sospecha de síndrome medular central es derivado a nuestro centro de referencia de columna. Allí se realiza RMN que confirma contusión centromedular a nivel de C3 con estenosis de canal condicionada por una osteofitosis C3-C4 y por la existencia de una hernia blanda; y además se objetiva rotura de ligamentos interespinosos en el segmento cervical superior por hiperflexión y edema-hematoma en musculatura local. El paciente es intervenido en 3 tiempo realizando: artrodesis y descompresión por vía anterior C3-C4, reducción de la luxación C7-D1, artrodesis por vía anterior C7-D1, artrodesis por vía posterior C5-D3, y descompresión posterior del canal en segmento C6-D1. El paciente permanece varios días ingresado en UCI iniciándose posteriormente retirada de sedoanalgesia. La exploración neurológica tras intervención muestra fuerza en miembros superiores 1/5 en C5 bilateral, fuerza 0/5 de C6 a T1 bilateral; y en miembros inferiores fuerza 1/5 L2 bilateral, fuerza 0/5 L3-L5 bilateral y fuerza 1/5 S1 bilateral. En electromiograma de control se objetiva severa alteración de la Vías Motora/ Piramidal y somatosensorial posterior bilaterales.El paciente es derivado a unidad de parapléjicos de referencia para continuar rehabilitación y seguimiento.

CONCLUSIONES

El síndrome medular central clásicamente ocurre en un adulto mayor con un canal medular estrecho y que presente una caída desde su propia altura o desde una mínima altitud. El mecanismo de lesión es habitualmente secundario a una hiperextensión-hiperflexión forzada. Anatómicamente puede haber fractura o dislocación de la columna cervical que condiciona una estrechez de canal medular ya preexistente. En la exploración neurológica presenta mayor afectación motora en miembros superiores que en inferiores y un grado variable de pérdida de sensibilidad. El pronostico es mejor que en otros síndromes medulares pero en ocasiones el desenlace puede ser fatal.

P. #543

LA FRAGILIDAD DEL PEATÓN

SILVIA Sánchez menéndez[1], Liliana Meana Sánchez[2], Elena Rodríguez Alonso[2], David Iglesias Pedemonte[1], Derly Katerine Herreño Carrillo[1]

1. Hospital de Arriondas, Arriondas, España
2. Hospital Valle del Nalón, Sama De Langreo, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes. Hipotiroidismo. No deterioro cognitivo
Medicación previaATORVASTATINA 40 MG 1/24h EUTIROX 50MCG 1/24h
Enfermedad actual. Mujer 81 años que acude a urgencias de hospital comarcal, traída en ambulancia tras atropello por coche mientras cruzaba un paso de cebra a unos 5-10 Km/h. Traumatismo Craneoencefálico (TCE) con pérdida de conocimiento, no vómitos posteriores. Laceración en región maxilar, hematoma
en región frontal izquierda. Deformidad en muñeca y tobillo izquierdo. Dolor torácico que empeora con los movimientos
Exploración. Tensión Arterial (TA) 125/47 mmHg, 65 lpm, Sat 98%. Afebril.
COC, REG, eupneica en reposo sin uso de la musculatura accesoria. Norcocoloreada, hidratada y perfundida
Columna: no dolor a la palpación de apófisis espinosas cervicales, dorsales ni lumbares. No dolor en musculatura paravertebral bilateral.
Tórax: dolor a la palpación en esternón y región anterior de tórax bilateral. No hematoma ni crepitación.
Abdomen: blando, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de defensa ni peritonismo. PPRB negativa
Pelvis: no dolor a la palpación de ambas caderas, pulsos femorales presentes y simétricos
Muñeca izquierda: deformidad y dolor a la palpación generalizada.
Tobillo izquierdo: deformidad y dolor generalizado. Neurovascular distal conservado
NRL: PsIsNs, MOEs y campimetría normales. Otoscopia bilateral sin signos de sangrado. Laceración en región maxilar, hematoma en región frontal izquierda. Facial centrado y resto de pares craneales sin alteraciones. Marcha no valorada. No dismetrías.
Pruebas complementarias
TAC craneal: Hematoma epidural de 9 mm frontobasal izquierdo. No se observan procesos expansivos ni alteraciones de la densidad del parénquima encefálico que sugieran patología subaguda. Cisternas de la base permeables. Línea media centrada. Surcos y talla ventricular dentro límites normales para la edad de la paciente. Hematoma epicraneal frontal izquierdo y palpebral homolateral. No observo claras líneas de fractura
TAC tórax: Fractura no desplazada del tercio distal del esternón. No observo claras fracturas costales.
Derrame pleural derecho localizado en los segmentos posteriores y que se extiende hacia la cisura mayor. Áreas de hipoventilación bibasal. No hay líneas de neumotórax. Tampoco veo derrame pericárdico. No hay adenopatías mediastínicas, hiliares, axilares ni supraclaviculares en rango patológico. En los cortes del hemiabdomen superior no aprecio alteraciones.
Rx muñeca izquierda: fractura de radio y cúbito distal
Rx tobillo izquierdo: Fractura de tibia y peroné distal
RX pie izquierdo: fractura diafisaria de 1-5° MTT
Diagnóstico.
Fractura de radio y cubito distal izquierdos
Fractura de todos los metatarsianos del pie izquierdo
Fractura bimaleolar de tobillo izquierdo
TCE con hematoma epidural
Fx de esternón con contusion miocárdica y derrame pleural D
Evolución. Se traslada a UCI de hospital de referencia, con buena evolución clínica que permite alta tras 20 días de ingreso.

CONCLUSIONES

El peatón es el usuario de la calzada más vulnerable. No tiene carrocería, ni aceleración suficiente para evitar ser atropellado
En la Unión Europea, un 21% de las víctimas mortales de los accidentes de tráfico son peatones. Este dato aumenta hasta el 37% en las áreas urbanas
El perfil de la víctima de tráfico es el de una persona mayor de 65 años, por lo general, cruzan en la calzada sin tener en cuenta que tienen mermadas sus facultades físicas. El 52% de los fallecidos en atropello tenían más de 74 años
A 20 km/h, el 4% de peatones atropellados mueren; a 30 km/h, el porcentaje sube al 25%; a 50 km/h pasa al 83%; mientras que a 60 km/h, casi el 100% de los de atropellos son mortales.
La DGT ha implantado numerosas campañas para prevenir los atropellos.

P. #548

CAÍDA CON FINAL INESPERADO

Miriam Sánchez Vicente[1], Rosa María Nieto Ortiz[1], Mario Ernesto Agreda Fernández[2], Azahara Extremera Martínez[3]

1. Hospital de La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
3. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en flanco derecho tras caída accidental el día anterior desde su propia altura con traumatismo directo sobre región costal derecha. El paciente niega cualquier otra clínica asociada.

A su llegada a urgencias hemodinámicamente estable, afebril, saturación de oxígeno 98%, eupneico en reposo. En el resto de exploración física tórax simétrico, sin deformidades ni lesiones cutáneas, doloroso a la palpación en últimos arcos costales derechos, sin crepitación ósea. Auscultación cardiaca y pulmonar normales. Abdomen con ruidos hidroaéros presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, con dudoso peritonismo, no se palpan masas ni megalias. Los miembros inferiores son normales.

Se realiza en urgencias analítica sanguínea en la que se objetivan leucocitosis con neutrofilia y proteína c reactiva de 10.90 mg/dl, bioquímica y coagulación sin alteraciones. En urgencias también se realizan radiografías de tórax y abdomen, objetivándose en la primera una imagen compatible con neumoperitoneo. Se pauta analgesia intravenosa con escasa mejoría del dolor y dados los hallazgos de las pruebas complementarias se decide solicitar Tac abdominal urgente que objetiva líquido libre intrapélvico y neumoperitoneo que se dispone por porciones superiores y anteriores, lo que sugiere perforación de víscera hueca y aumento de densidad de la grasa pericolónica derecha/perigástrica con marco duodenal de apariencia normal.

Ante estos hallazgos radiológicos se avisa a cirugía que interviene al paciente objetivando peritonitis purulenta difusa principalmente en hipocondrio derecho y pelvis y plastrón de epiplón a estómago y vesícula biliar.

Durante la estancia del paciente en la planta se inicia dieta con buena tolerancia y se inicia tratamiento con pantoprazol cada 12 horas y analgesia siendo dado de alta a los pocos días.

CONCLUSIONES

Las caídas y traumatismos accidentales son un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencias. El caso clínico descrito pone de manifiesto la importancia de realizar una buena y completa exploración física para no dejar escapar ninguna patología grave incipiente o que pudiese ser precipitante o consecuencia del traumatismo. En este caso se da una coincidencia temporal tanto de la caída como del inicio temporal, sin que uno fuese causa del otro. La exploración física minuciosa y las pruebas complementarias nos dirigieron hacia un diagnóstico final muy diferente al esperado inicialmente.

P. #552

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN MUJER SECUNDARIA A ÚTERO POLIMIOMATOSO

Olena Zhigalova Xx, Olga Encinas Rodríguez, Ángela Nieto De Tena Gil, Monika D Oliveira Millán, Alejandro Javier López Xx, Mónica De Diego Arnaiz

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 47 años nulípara con antecedente de trastorno ansioso depresivo en tratamiento con clomipramina y clonazepam. Acude a Urgencias por anuria de 3 horas de evolución. No disuria, no polaquiuria ni tenesmo. Dolor abdominal en hipogastrio. No náuseas ni vómitos. Estreñimiento crónico. Última deposición ayer, previamente cuatro días sin deposición. No lumbalgia. No cambios en tratamientos recientes.

A la exploración física, hemodinámicamente estable y afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, distendido, con dolor a la palpación en hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza cateterismo vesical con salida de 1500cc de orina clara en bolsa de sondaje.

En la analítica de sangre se objetiva hemograma, bioquímica y coagulación con valores en rango. No se objetivan alteraciones en el sistemático de orina.

La radiografía simple de abdomen descarta la presencia de un fecaloma, aunque se observan abundantes heces en marco cólico sin dilatación de asas intestinales.

Se decide realizar una ecografía en la que se describe una gran masa en hipogastrio con múltiples imágenes nodulares y alguna calcificación lineal en su espesor. Se estiman unos diámetros de 11,5 x 12,5 x 13 cm. (anteroposterior x transverso x craneocaudal). La imagen es compatible con un útero polimiomatoso. No se observa dilatación de la vía excretora.

Se realiza interconsulta a Ginecología para valoración de la paciente.

A la exploración física se visualiza en especuloscopia una vagina elástica bien epitelizada sin restos hemáticos y flujo de aspecto normal, con un cérvix posterior de nulípara. El tacto vaginal no es doloroso a la movilización y presenta un cérvix posterior cerrado.

Se completa estudio con ecografía transvaginal objetivándose un útero en anteversión de tamaño tipo 6 y fondo de 13 x 9 mm., sin alteraciones en anejos.

Se deriva a la paciente de forma preferente a consultas externas de Ginecología, citándose para realizar histerectomía total simple con salpinguectomía bilateral profiláctica.

El diagnóstico histopatológico confirma un leiomioma uterino sin evidencia de malignidad como causa de obstrucción. El postoperatorio transcurre sin incidencias ni complicaciones agudas.

El juicio clínico es una retención aguda de orina secundaria a útero polimiomatoso.

CONCLUSIONES

La retención aguda de orina (RAO) en mujeres es una condición clínica poco común, cuyo diagnóstico etiológico y tratamiento puede presentar un gran desafío.
Su etiología se clasifica en cuatro categorías: obstructiva, neurológica, farmacológica y psicógena.
La clomipramina puede estar asociada con la RAO como efecto secundario, dado que los antidepresivos tricíclicos están comúnmente implicados.
En el caso de nuestra paciente, su historial farmacológico, junto con la presencia de dolor abdominal y estreñimiento obliga a descartar otras causas como etiología principal. Tras realizar una radiografía abdominal y descartar un fecaloma, se recomienda realizar una ecografía abdominal, siendo el estudio de elección para detectar una uropatía obstructiva.
Es fundamental descartar causas obstructivas y confirmar la RAO ante la presencia de anuria para identificar causas reversibles y prevenir una insuficiencia renal. El potencial de recuperación de la función renal está inversamente relacionado con la duración de la obstrucción.
El cateterismo es el tratamiento inicial para abordar la retención aguda de orina, y la ecografía el estudio de elección para el diagnóstico de la uropatía obstructiva.
El leiomioma uterino es un tumor benigno que afecta principalmente a mujeres de 30 a 50 años. Generalmente asintomáticos, estos tumores se asocian con factores como obesidad, nuliparidad y antecedentes familiares. Su incidencia como causa de retención urinaria es baja, aunque puede ser más común durante el embarazo debido al aumento del tamaño del útero y del mioma, ya que son tumores estrógeno dependientes.

P. #557

FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE ANCIANA: UN DIAGNÓSTICO DEVASTADOR CON EVOLUCIÓN FULMINANTE

Francisco Ubet Barberá, Julio César Santos Pastor, Arantxa Ramos Miravet, Paula Queizan García, Pablo Alonso Chacón, María Gutiérrez De Antonio

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 97 años que vive en domicilio con los hijos y que es traída al servicio de urgencias por referir que la encuentran con debilidad, apenas puede sostenerse en pie, desde ayer no ha orinado nada. Además, presenta hematoma pared abdominal, lo han detectado este mismo día. Ayer tuvo un vómito aislado. No cuentan fiebre ni tos ni catarro previo. No diarrea. Fue valorada en urgencias hace 6 días por hernia inguinal que se redujo sin complicaciones.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Descripción: Regular hidratado y perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica. No colabora. Poco reactiva.
AC: Tonos rítmicos. AP: MVC en ambos campos Abdomen: Hemiabdomen derecho empastado, eritematoso-violáceo, que se extiende hacia hipogastrio, vulva y región. No masas ni visceromegalias. PPL bilateral negativa. RHA: normal. Extremidades: livideces en extremidades inferiores y frialdad. Leves edemas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
- Analítica: Sin leucocitosis, con 21% cayados, PCT 5 ng/ml y PCR 400 mg/l. Función renal deteriorada. Plaquetopenia y coagulopatía.
- TC ABDOMINOPÉLVICO URGENTE CON CONTRASTE I.V.: Marcados cambios flemonosos/inflamatorios con extenso enfisema subcutáneo en pared abdominal anterolateral derecha y absceso en tejido celular subcutáneo de la fosa ilíaca derecha/región inguinal derecha, que se extiende a través de una colección laminar por la musculatura psoas ilíaca derecha

TRATAMIENTO:
Piperacilina/tazobactam 4 gr IV
Suero salino fisiológico 1000 + 1000 cc
DIAGNÓSTICO:
- FASCITIS NECROTIZANTE
- SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL.
- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA AKI III.
- ACIDOSIS METABÓLICA
- ALCALOSIS RESPIRATORIA.

EVOLUCIÓN:
Se explica a familiares gravedad de la situación y opciones terapéuticas (alternativa quirúrgica con pocas probabilidades de éxito dada la situación clínica de la paciente y su reserva basal, u optar por medidas de confort garantizando el acompañamiento y evitar el sufrimiento de la paciente). Finalmente, los hijos se deciden por medidas conservadoras. Se consulta con Medicina Interna para cursar ingreso a su cargo. Dada la irreversibilidad del cuadro y la situación de gravedad acordamos con familiares priorizar confort. Por lo previo, y teniendo en cuenta que la cobertura antibiótica no ofrecería ningún beneficio, únicamente

se administra tratamiento subcutaneo para confort estando de acuerdo los familiares. Finalmente la paciente fallece.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es una infección grave de los tejidos blandos con una elevada tasa de mortalidad, especialmente en pacientes ancianos con comorbilidades. En este caso, una paciente de 97 años presentó un cuadro de debilidad, oliguria y la aparición de un hematoma en la pared abdominal. La progresión rápida de los síntomas y los hallazgos en la tomografía abdominal sugieren una infección severa con compromiso sistémico.

El diagnóstico se basó en la combinación de criterios clínicos, laboratorio y pruebas de imagen. La presencia de enfisema subcutáneo y abscesos en la región abdominal es altamente sugestiva de fascitis necrotizante. La marcada leucocitosis con desviación izquierda, la elevación de la PCR y PCT, así como el deterioro de la función renal, reflejan una sepsis avanzada con insuficiencia multiorgánica.

El manejo de la fascitis necrotizante requiere un abordaje agresivo con antibióticos de amplio espectro y desbridamiento quirúrgico precoz. Sin embargo, en pacientes con una reserva funcional limitada y estado clínico muy deteriorado, la intervención quirúrgica ofrece pocas probabilidades de éxito. En este caso, la decisión compartida con la familia fue optar por medidas de confort en lugar de un tratamiento invasivo con escasas probabilidades de recuperación.

Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de la fascitis necrotizante, la toma de decisiones basadas en el estado basal del paciente y la comunicación efectiva con los familiares para garantizar un enfoque ético y humanizado en el final de la vida.

P. #565

UN GIRO, UN CHASQUIDO Y UNA FRACTURA VERTEBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ana Yolanda Rodríguez Torres, Leskier Eduardo Cuello Sánchez, Naysla Melissa Villota González, Diego Serrano Alises, María Alonso Cortejoso, María Bayón Carrascal

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial, artritis reumatoide seropositiva con daño articular múltiple y osteoporosis, en tratamiento habitual con amlodipino 5mg, ertacenept, metrotexate 10mg semanales, y desde hace 15 días pauta descendente de corticoides (actualmente 5mg diarios) tras brote agudo de artritis reumatoide.La paciente acude a Urgencias por presentar dolor en región dorsal de irradiación a región superior, que describe como Eva 8/10,de 7 días de evolución, tras movimiento de rotación lateral del tronco con autoescucha de chasquido, sin irradiación lumbar, con empeoramiento con lateralizaciones y movimientos del tronco y en el decúbito supino, sin pérdida de fuerza muscular de extremidades ni parestesias acompañantes; además, refiere que no presenta mejoría del dolor con pauta oral de analgesia prescrita por su médico de cabecera hace 3 días (diclofenaco 2 veces al día, alternando con metamizol y ciclopenzaprina en la noche). Durante la anamnesis muestra blíster de naproxeno que se encuentra tomando además de la pauta prescrita, y refiere que ayer ha acudido a fisioterapeuta con masaje y punción seca realizado en región posterior del tronco, sin mejoría alguna del dolor.

Al examen físico: equimosis violáceas múltiples, en región dorsal desde región supraescapular hasta región lumbar bilaterales. Columna dorsal: NO tumefacción. No deformidad, Dolor a palpación difusa de columna dorsal, a predominio T6-T8. Dolor en musculatura paravertebral bilateral, con importante contractura asociada. No presenta otras apofisalgias. No presenta impotencia funcional. Movilidad de extremidades conservada con fuerza muscular 5/5 en extremidades superiores e inferiores. Sin otros signos de alteración neurovascular distal.

Se realiza radiografía de columna dorsal donde se aprecia fractura-aplastamiento de T6 (se compara con radiografía de tórax lateral realizada hace 4 semanas donde se aprecia integridad de dicho cuerpo vertebral) y se solicita TAC de columna dorsal con protocolo GSI que informa: aplastamiento vertebral de T6 con una pérdida de altura aproximada de al menos el 40%. En el mapa procesado se identifica edema de la médula ósea en el cuerpo vertebral lo que sugiere proceso agudo. No se aprecian edema o fracturas en los cuerpos vertebrales restantes que se han incluido en el estudio.

Se instaura pauta de analgesia y se solicita interconsulta a Traumatología, quien indica uso de ortesis toraco-lumbar, pauta de analgesia y seguimiento por la Unidad de columna del servicio de Traumatología para control evolutivo y tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

Las fracturas por compresión vertebral (VCF) son las fracturas osteoporóticas más comunes, a menudo subdiagnosticadas en urgencias o atribuidas a otras causas, como la enfermedad articular degenerativa. Suelen presentarse con dolor de espalda y disminución de la actividad física, siendo más frecuentes en la columna torácica baja y desencadenadas por actividades leves, especialmente en personas con osteoporosis avanzada. Los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas tienen mayor riesgo de osteoporosis y fracturas relacionadas y en particular, la artritis reumatoide de larga evolución es un factor de riesgo para nuevas fracturas en personas con antecedentes de fragilidad ósea. En urgencias, el diagnóstico requiere una evaluación clínica cuidadosa, estudios de imagen y revisión de comorbilidades y tratamientos que puedan afectar el metabolismo óseo. Un manejo multidisciplinario, con diagnóstico temprano, tratamiento farmacológico, ejercicio y protección de la espalda, ayuda a prevenir complicaciones, reducir el dolor y el riesgo de nuevas fracturas.

P. #578

DE UN TRAUMATISMO CONTUSO A UNA ROTURA TRAQUEAL

Anca Florina Chirca Leac, Francisco Orts Mico, Ángela Florez Nisperuza, Vicente Pons Martínez, María Panadero Macia, Marcos Domínguez Galiana

Hospital Virgen De Los Lirios, Alcoi, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La lesión traqueobronquial (LTB) es una lesión poco común pero potencialmente mortal, y existen pocos datos disponibles para guiar su manejo. Puede ser consecuencia de mecanismos traumáticos penetrantes o contusos,[1].Los signos más comunes que son el enfisema subcutáneo (35 a 85%), el neumotórax (20 a 50%) , ronquera o afonia [2 3]. Las lesiónes contusas de VA bajas (tranquea-bronquios) son 0,5-1% de los casos[4]

Antecedentes

No RAM.

Fibrilación auricular permanente anticoagulada con sintron.

Portador de marcapasos

IABVD

Enfermedad actual

Varon, 76 años, acude por dolor dorsal tras caida por las escaleras (ultimos 2 escalones) mientras transportaba una botella de butano, No TCE no perdida de conocimiento, según refiere el paciente.

Exploración física

BEG, C y O en las 3 esferas, eupneico

Voz ronca, aunque la familia refiere que es su voz habitual

Normocoloreado, normohidratado. No focalidad neurologica

Dolor a la palpación musculo redondo izq. No dolor a la palpación de esternon, no dolor a la palpación de columna. Crepitaciónes intercostal derecho.Torax estable

Ascultación pulmonar normal

TA: 90/64 mmHg; Tª: 35.8 °C (Timpánica); FC: 70 lat/min; Sat. O2: 83 %; Dolor Eva 7;

Pruebas complementarias

RX TORAX Enfisema sc d. Posible pequeño ntx d

ECG: Ritmo de marcapasos ventricular

AS: Hemograma, Bioquimica, coagulación normal

TAC TORAX: Signos de rotura de la pars membranosa traqueal a la altura de D2, con abundante enfisema cervical y subcutaneo (en menor medida mediastínico). Pequeñas cámaras de neumotórax derechas no drenables.

Evolución

Primera valoración en el box de trauma. Se valora al paciente. Se observa desaturación e hipotensión. Se pauta O2 en GN a 4lpm con SAT O2 100%. Se canaliza vp, se solicita analitica y pruebas de imagen y se administa analgesia IV. Ante hallazgos RX Torax, se pasa al paciente a box de criticos, se monitoriza y se solicita valoracion por parte de cirugia. El paciente permanece clinica y hemodinamicamente estable con CTES Vitales en rango. Tras valoración por cirugia, se solicita TAC Torax y Cuello. En primera instancia, se informa verbalmente desde rayos de rotura traqueal

que mide agujero 6mm y altura a 48mm de carina (pte informe escrito)
Se contacta con UCI de nuestro hospital y con Cirugia toracica del hospital de referencia, quien recomienda actitud expectante y tratamiento conservador e indica traslado a UCI del hospital de referencia en SAMU para observación e intervención si complicaciónes. Se traslada con GN con SAT O2 100%. Durante su estancia en UCI se complica con nemotorax izq que se drena con éxito. Se pasa a planta de Cirugia Toracica.

CONCLUSIONES

Ante un traumatismo contuso con enfisema subcutaneo extenso y voz ronca deberiamos hacer diagnostico diferencial con una lesion traqueal, aunque sean poco frequentes.El tratamiento se basa en control urgente de via aerea, soporte ventilatorio,drenajes pleurales multiples con aspiración negativa o bajo presión; Bronscopia flexible urgente y en algunos casos cirugia

BIBLIOGRAFIA:
[1]Identification and management of tracheobronchial injuries due to blunt or penetrating trauma – UpToDate
[2]Total cervical tracheal rupture following blunt trauma Ahmet Dumanlı 1, 1, Neşe Nur User 2, Abdulkadir Bucak 3, Ersin Günay 4, Gürhan Öz 1
PMID: 30683031 DOI: 10.5578/tt.67717
[3]Tracheal Rupture After Trauma: A Successful Conservative Management - PMC (nih.gov)
[4]Guia clinica A.E.C Cirugia. Paciente politraumatizado. Trauma Toracico B.T Manzon, JC Rumberto Sánchez

P. #593

DOLOR ABDOMINAL POSTCOITAL

Patricia Bermejo Cotillo, Esther Jiménez Aranda, Andrea Iboleón Jiménez
Hospital Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 48 años.
Natural de Bélgica
NAMC
AP. Ca Útero (QT+RT+BRQ) en remisión 2019, con controles en su lugar de origen.
MOTIVO CONSULTA. Acude traída por ambulancia por dolor abdominal de 24 horas de evolución tras mantener relaciones sexuales anales, comienzo del dolor horas después del acto, continuo, invalidante. Presenta nauseas sin vómitos y una deposición diarreica. Dificultad para expulsar gases.
No fiebre u otra sintomatología. Durante el traslado administran Diclofenaco, metoclopramida y diazepam, ante persistencia de dolor 1/3 de cloruro mórfico.
EXPLORACION FISICA. A su llegada a consulta, en camilla, muy mal estado general, mala perfusión distal, consciente, tendente a hipotensión.
A la inspección se aprecian livideces generalizadas, abdomen distendido con dolor a la palpación generalizada, con signos de peritonismo, se pasa a la paciente a circuito de críticos.
Se realiza TAC abdomen con contraste con perforación de víscera hueca.
Pasa a quirófano para intervención urgente y posterior ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

Importancia de una buena exploración física y adecuada anamnesis.
Conocimiento de los signos de shock.
Coordinación de los equipos.

P. #607

CUIDADO CON LAS AGUJAS

José Nicolás Gálvez[1], José Antonio Melgarejo Teruel[1], María Esperanza Buendía Peñalver[1], María Inmaculada Arjona López[2], Raquel Bañón Lorente[1], María José Carrillo Burgos[3]

1. Urgencias del Hospital Morales Meseguer, Murcia, España
2. Centro de Salud Vistalegre-La Flota, Murcia, España
3. Urgencias del Hospital Vega Lorenzo Guirao, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 43 años consulta en urgencias hospitalarias por presentar dolor dorsal desde hace 3 horas tras sesión de fisioterapia con inserción de agujas con corriente. Además refiere dolor torácico izquierdo tipo pinchazo que empeora con los movimientos. Leve sensación disneica.
La paciente no es alérgica a ninguna medicación, sin factores de riesgo cardiovascular, sin hábitos tóxicos . Antecedente de dispepsia con Helicobacter pylori positivo erradicado. Colecistectomizada.
Actualmente en tratamiento con analgésicos y relajantes musculares por contractura dorsolumbar .
Exploración física: Tensión arterial : 120/65, Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria : 18 . Saturación de Oxígeno: 98%.
Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos a 80. Silencio auscultatorio en campo pulmonar superior izquierdo.
Dolor paravertebral dorsal izquierdo, sin hematomas, sin crepitantes.
Tras la exploración y ante la sospecha de Neumotórax se realiza radiografía de tórax en espiración, objetivándose neumotórax en campo pulmonar izquierdo de mas de 3 centímetros
Se inicia tratamiento con analgésicos y oxigenoterapia
Se contacta con cirugía para colocación de tubo de tórax.
Se extrae analitica de sangre con hemograma y coagulación, sin presentar datos anómalos.
La colocación de tubo de tórax se realiza sin ninguna complicación, con radiografia de tórax de control con resolución del neumotórax. Retirada del tubo de tórax en 48 horas y siendo dada de alta hospitalaria al día siguiente.
Juicio Clínico: Neumotórax izquierdo postraumático (agujas de acupuntura)

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano del neumotórax, basado en la historia clínica, exploración pulmonar y pruebas radiológicas, es fundamental para prevenir complicaciones graves, asegurar un manejo adecuado y mejorar el pronóstico del paciente.
Dependiendo de su severidad, el neumotórax puede ser tratado de forma conservadora o puede requerir intervención quirúrgica urgente.

P. #612

DE SINCOPE CON FRACTURA DE CADERA, A ROTURA DE ANEURISMA E INTERVENCIÓN URGENTE

Patricia Bermejo Cotillo, Reyes Picazo Castillo, Jokin Cabrera Gallastegui

Hospital Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años. Natural de Venezuela, vive en España desde hace 2 años con una de sus hijas.
Sin antecedentes médico conocidos, ni tratamiento habitual.
Acude traída por ambulancia por sincope en domicilio cuando la paciente se encontraba en el baño, sobre las 2.30 am, la hija se la encuentra con deposición diarreica en el baño, desorientada, por lo que avisa a servicios de emergencia, que ante primera valoración derivan con sospecha de fractura de cadera.
En nuestro servicio se solicita analítica de sangre, orina y radiografías de tórax y pelvis. Sin objetivar líneas de fractura.
- Analítica de sangre. Hb 9,8 (previa 14,2), pH 6,9, pCO2 51, HCO· 11,7. Se administra bicarbonato, se inicia antibioterapia y sueroterapia, y se solicita analítica de control.

Nos avisa enfermería por resultados críticos de analítica pH 7,1, acido láctico 10.
A nuestra valoración paciente agitada, precisa sujeción mecánica, consciente y orientada. Sin focalidad neurológica.
Abdomen blando, depresible sin masa ni megalias, ni signos de irritación peritoneal.
Tacto rectal. resto de heces de coloración normal.
Control analítico . Hb 7,7, pH 7,1, HCO3 19.3.
Se solicitan pruebas cruzadas en previsión, y nuevo control analítico. Se administra bicarbonato.
En analítica de sangre de control 6,6 pH 7,2, HCO3 13.3, pCO2 31.3.
Se inicia trasfusión de 2 concentrados de hematíes y se solicita angio-TC abdominal, que pone de manifiesto aneurisma de aorta infrarrenal con signos de rotura aguda contenida. Gran hematoma peritoneal y retroperitoneal.
Se contacta con Cirugía Vascular de hospital de referencia y se traslada para intervención e ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos se presentan con dolor abdominal irradiado a espalda, pero en algunos casos puede pasar desapercibido en la exploración física o la anamnesis, ya que se puede presentar de maneara atípica sin clinica compatible. Es aquí cuando entra en valor las pruebas complementarias elegidas, y los datos que hacen saltar las alarmas, analítica des sangre con descenso de hemoglobina progresivo sin exteriorización, así como angiotac abdominal.

P. #631

DOCTOR; NO COMO, NO VOY DE VIENTRE Y ME DUELE MUCHO LA TRIPA

Laura Gutiérrez Segarra[1], Eugenia Ojog Ojog[2], Anna Díaz Vilarasau[3], Estefania Judit Guerra González[3], Iolanda Caules Ticoulat[2]

1. Hospital Universitario Sant Joan, Reus, España
2. EAP Dr. Sarró, Valls, España
3. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 87 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiperplásia prostátitca, carcinoma urotelial y hernioplastia inguinal y umbilical intervenidas quirúrgicamente.
Acude a urgencias derivado por su médico por dolor abdominal y vómitos en poso de café.
El paciente refiere pérdida de apetito y abdominalgia de 7 días de evolución. Desde hace 2 días empeoramiento del dolor, ausencia de deposiciones y aparición de vómitos oscuros. Niega fiebre u otro síntoma acompañante.
A su llegada a urgencias presenta:
TA 117/64mmHg, FC 73lpm, Tª 36,3°C y SpO2 de 90%.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Consciente y orientado.
Somnoliento, reactivo a estímulos verbales intensos.
Presenta palidez y signos de deshidratación.
ACR: crepitantes basales bilaterales. Rítmico sin soplos ni reces
ABD: blando y depresible, doloroso a la palpación con Eva 8/10. Peristaltismo disminuido con ruidos metálicos.
Iniciamos oxigenoterapia con VMK al 24%, tratamiento antiálgico y cursamos:
- Rx tórax: patrón intersticial algodonoso bilateral.
- Rx abdomen: distensión de intestino delgado con patrón de pila de monedas.
- Analítica: PCR: 10.18 mg/dL; Hb: 8.5 g/dL; Hcrit: 28.1 %; Leucocitos: 9.54 10^3/µL; Neutrófilos: 8.42 10^3/µL; Neutrófilos %: 88.3 %; Urea: 99.8 mg/dL; Glucosa: 136 mg/dL y Lactato: 2.31 mmol/L.

Dado los resultados obtenidos y la clínica que presenta el paciente se orienta el caso como oclusión intestinal con infección respiratoria no filiada.
Tratamos con sueroterapia, antibioterapia, colocamos sonda nasogástrica para descompresión y se avisa a cirugía.
En la revaloración al paciente por parte de Cirugía, se detecta en región inguina derecha una hernia dolorosa no reductible, probablemente causante de la oclusión.
Se interviene quirúrgicamente de urgencia al paciente realizando una hernioplastia inguinal derecha con técnica de Nyhus por hernia inguinal derecha incarcerada por apéndice epiploico de sigma en su interior isquémico.
Tras la intervención el paciente presenta buena evolución siendo dado de alta al 3er día sin incidencias.

CONCLUSIONES

La Obstrucción intestinal es la detención del tránsito intestinal parcial o completa. Ésta puede ser mecánica por obstrucción o funcional como el íleo paralítico o Síndrome de Ogilvie.
El diagnóstico consiste en la anamnesis, la exploración física (abdominal e inguinofemoral, buscando hernias), analítica y radiografía de abdomen.
La presencia de signos de gravedad o una hernia irreductible es indicación de interconsulta a Cirugía sin necesidad de pruebas de imagen.
El tratamiento consistirá enla colocación de una sonda nasogástrica descompresiva en todos los casos.
En caso de que el paciente presente un cuadro agudo, pocas comorbilidades y antecedentes de cirugía previas, se puede administrar contraste hidrosolube (amidotrizoato de sodio/ meglumina 100mg) a través de la sonda con posterior pinzamiento y con control radiológico a las 4-8-12 y 24h. Si el contraste aparece en el colon en menos de 24h se iniciará tolerancia oral y si hay buena evolución se procederá al alta del paciente.
En caso de embarazadas, paciente complejos con múltiples comorbilidades, enfermedad inflamatoria intestinal o presencia de hernias y/o eventraciones, se realizará tratamiento conservador (dieta absoluta, sonda nasogástrica, reducción manual de la hernia si se puede, control del dolor) y observación, si se resuelve el episodio se podrá altar al paciente. Si por el contrario existe empeoramiento clínico se procederá a cirugía.
El uso de antibióticos se justifica por la alta incidencia de morbimortalidad de la sepsis bacteriana. Se recomiendan de alto espectro y contra anaerobios, por ejemplo combinando metronidazol más aminoglucósido.

P. #674

HALLAZGO DE FRACTURA HUMERAL SIN TRAUMATISMO ¿QUÉ ETIOLOGÍA PUEDE PRESENTAR?

Ana Arcos Atienzar[1], Carmen Monroy Gómez[2], Sandry Margarita Prieto De La Rosa[2], Cristina Patricia Morales Manso[3], Cristina Estrella Mohino Laguna[3], Andrés Machado Reyes[2]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España
2. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
3. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 76 años con los siguientes antecedentes personales: hipertensión, polineuropatía axonal sensitiva por déficit de vitamina B, osteoporosis y fractura vertebrales L1-L4 de etiología osteoporótica en Junio 2024.
La paciente acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor súbito en miembro superior izquierdo mientras cargaba objeto pesado de 24 horas de evolución.
No traumatismo previo. No otra sintomatología añadida.
EF: Tensión arterial 163/82 lpm FC 97 Tª 36,6. Buen estado general, consciente y orientada en las tres esferas, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: heces en marco cólico con presencia de gas distal, no signos de obstrucción. No dolor a la palpación. Extremidades inferiores. sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Miembros superior izquierdo. edema generalizado con bultoma en extremo distal de húmero. No empastamiento ni eritema. No signos de TVP. Pulso radial presente. Dolor a la palpación en tercio medio y distal humeral con incapacidad para la movilización por dolor. Hipoestesia en zona dorsal de la mano. Tras su valoración se solicita analítica con iones y radiografía de miembro superior izquierdo con visualización de fractura diafisaria espiroidea de tercio distal de húmero izquierdo asociado a lesiones líticas generalizadas.
Se procede a realizar interconsulta a Traumatología que indican manejo conservador con inmovilización con férula. Por otro lado, ante los hallazgos radiológicos y la etiología de fractura patológica, junto con antecedente previo de fractura vertebrales L1-L4 en Junio, se procede a realizar ingreso en Medicina interna para estudio ante probable proceso tumoral subyacente.
Este último servicio solicita pruebas complementarias con hallazgo de elevación de inmunoglobulina G con componente monoclonal IgG- kappa, motivo por el cual es derivada a Hematología ante el diagnóstico de Mieloma Múltiple.

CONCLUSIONES

Ante todo paciente con fractura ósea, además de visualizar el trazo de fractura y realizar una exploración minuciosa, se debe realizar una descripción detallada del parénquima óseo indicando que tipo de lesiones blásticas y/o líticas tiene. Además es importante indagar en la causa etiológica de la fractura, ya que no todas son traumáticas.
En esta paciente, ya presentaba el antecedente de fracturas vertebrales L1-L4 de aparición súbita sin traumatismo que se achacó a causa osteoporótica, por lo que presentaba indicios de etiología tumoral subyacente.

P. #696

DETRÁS DEL CONSUMO

Núria Prieto I Herrero, Esther Muñoz Vega, Alma Vázquez Serrano, Beltrán Calleja Cobo De Guzmán

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años con importante barrera idiomática y antecedentes personales de clínica psicótica en contexto de consumo de OH y cannabis que acude a urgencias traído por servicio de emergencias extrahospitalarias, encontrado en la calle, por dolor abdominal en contexto de consumo de OH, cocaína y otras drogas que no sabe precisar.

A su llegada el paciente se encontraba hemodinámicamente estable con tensión arterial de 109/88mmHg, no taquicárdico, manteniendo saturación de oxígeno en sangre en basal > 96%.

A la exploración física, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos, destacando abdomen con signos de peritonismo, en tabla, marcadamente doloroso de forma difusa sin focalizar.

Se solicitó gasometría venosa que no mostró alteraciones en el pH, con un ácido láctico de 2.3mmol/L.

Sospechando una posible isquemia intestinal en contexto de consumo agudo de cocaína se solicitó radiografía de tórax incluyendo cúpulas diafragmáticas, sin evidenciar neumoperitoneo. Ante exploración compatible con abdomen agudo, se contactó con servicio de radiología para solicitar tomografía computarizada axial (TAC) abdominopélvica, que inicialmente rechazaron ante la práctica normalidad gasométrica, a la espera de estudio analítico completo.

Se pautó analgesia y se cursó estudio analítico y tóxicos en orina, únicamente positivos para cocaína. Analíticamente presentaba leve leucocitosis de 15.1x1000/µl, neutrofilia de 13.4x1000/µl, sin alteración del perfil hepático y sin elevación de PCR, siendo de 0.18 mg/dL.

A la revaloración, abdomen persistentemente doloroso a pesar de tratamiento analgésico con mórficos por mal control del mismo, con signos de peritonismo, sin signos de hipotensión arterial.

Se contactó nuevamente con servicio de radiología, informando de la disociación clínico-analítica, solicitando estudio de imagen mediante TAC abdominopélvica, finalmente realizada y que fue informada como "Hallazgos compatibles con peritonitis difusa secundaria a perforación de víscera hueca, sin identificar soluciones de continuidad de la pared del tubo digestivo que permitan orientar el punto de perforación (probablemente gastroduodenal)". El paciente fue comentado con el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, siendo necesaria una intervención quirúrgica laparoscópica urgente y encontrándose una perforación de 1cm en la cara anterior antropilórica con débito sero-purulento en espacio rectovesical, perihepático y perigástrico. Tras reparación quirúrgica, el paciente permaneció ingresado bajo tratamiento antibiótico siendo posible el alta a la semana por evolución favorable y sin nuevas incidencias.

CONCLUSIONES

En la mayoría de ocasiones la clínica precede a la expresión analítica, por lo que la aparente normalidad en las pruebas complementarias nunca debería retrasar la sospecha diagnóstica ni la realización de pruebas de imagen que permitan un diagnóstico de certeza en cuadros de reciente inicio.

En el caso de nuestro paciente, la prueba de imagen fue retrasada a la espera de un estudio analítico que, lejos de aportar más información, fue innecesario para solicitar de nuevo el estudio de imagen, el cual fue motivado por el mal control del dolor y la persistencia de una exploración abdominal patológica.

P. #712

OH, SHIT, QUÉ DOLOR!! TENGO UN TUMOR, PERO ESE NO ES MI MAYOR PROBLEMA AHORA MISMO!!

Marina Sobreviela Albacete, Zaida Provencio Del Olmo, María Pilar Villanueva Morán
Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 56 años que acude a urgencias por caída, en condiciones desconocidas, debido a intoxicación enólica. El paciente refiere importante dolor en miembro inferior izquierdo. Refiere que ha comenzado esa tarde a consumir alcohol porque le han dado una mala noticia por la mañana: han confirmado malignidad en biopsia de próstata realizada hace una semana. El paciente no recuerda lo que ha sucedido, ni cómo se ha caído. En cuanto a la exploración física, se objetiva importante deformidad de la articulación de la rodilla, así como impotencia funcional y dolor, según refiere, 10/10. Se pautan 75 mcg de fentanilo, y se solicitan radiografías, que muestran luxación de la articulación femorotibial, sin datos de fractura asociada. Se avisa a traumatología, quienes acuden para proceder a la reducción de la articulación, que realizan con éxito. Tras ello, inmovilizan al paciente, que es dado de alta con control en sus consultas para seguimiento.

CONCLUSIONES

La luxación femorotibial es una patología muy poco frecuente. No obstante, cuando la confirmemos, no debemos tardar en avisar a traumatología, dado que es una patología urgente porque puede conllevar la disección de la arteria poplítea, y conllevar una gran hipovolemia de manera rápida.

P. #756

DORSALGIA TÍPICA NO TAN TÍPICA

Jokin Cabera Gallastegui, Coraima Cobos Montenegro, Patricia Bermejo Cotillo
Hospital de la Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
-No alergias medicamentosas conocidas.
-No enfermedades médicas de interés.
-IQ: Osteosíntesis L5-S1.
- fumador de 1 paquete diario
-No tratamiento
Varón de 51 años que acude por episodio de dolor torácico irradiado desde nivel dorsal. Realizando sobreesfuerzo , sintió fuerte dolor dorsal, con debilidad posterior en miembros inferiores. Náuseas. No otra clínica.
Constantes: TA: 152/79 mmHg,
Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, normoperfundido, eupneico en reposo. Pulsos periféricos conservados y simétricos.
ACR: Rítmico, no soplo, no roce. MVC sin ruidos sobreañadidos.
ABD: Blando y depresible, no doloroso a la palapción, no signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Blumberg y Murphy negativos.
Dolor a la palpación de musculatura paravertebral dorsal, no apofisalgias. Fuerza en los 4 miembros conservada.
ANALÍTICA: Hemograma: normal, coagulación normal, bioquímica normal, PCR 94, Troponina <2.5
ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm. Sin alteraciones.
RX tórax: Normal
Rx dorsal: Artrosis. Placa L5-S1
Dada la mejoría del dolor tras administrar metamizol intravenoso y diazepam 5 mg vía oral, alta domiciliaria.
Acude de nuevo al día siguiente por aparición de dolor súbito a nivel de hemitórax derecho y ambos hipocondrios. No otra sintomatología asociada.
Exploración física similar a previa.
Dada la persistencia del dolor intenso a pesar de analgesia pautada, se completa estudio.
ANGIO TC AORTA: Disección aorta toracoabdominal tipo B de Stanford, la luz falsa impresiona englobar la arteria renal derecha y parcialmente el tronco celíaco.
El diagnóstico diferencial se realiza con síndrome coronario agudo, miocarditis, pericarditis, tromboembolismo pulmonar, neumotórax y los dolores de tipo muscular.
60 mg de labetalol en bolos intravenosos de 20 mg más diazepam 5 mg intravenoso y traslado a Unidad de Cirugía Cardiovascular. Ingresa en Planta de CCV , siendo la evolución favorable.

CONCLUSIONES

Como conclusión dado que la disección de aorta es una patología poco frecuente pero crítica, con una elevada mortalidad, debemos ante sintomatología o signos compatibles, mantener la sospecha diagnóstica y realizar las pruebas complementarias pertinentes y sobre todo no infravalorar lo que el paciente nos cuenta.

P. #777

LA LUMBALGIA RECURRENTE: UN LOBO CON PIEL DE CORDERO

DEBORAH Prats Florez, FUENSANTA Casas Galan, Ana Bonmati Seva, CARMEN Paul Rios

Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
No alergias medicamentosas
- Antecedentes personales: asma, hallux valgus
- Hábitos tóxicos: no fumador, no bebedor. No presenta otros hábitos tóxicos
- Situación basal: independiente para las actividades básicas de la vida diaria
- Intervenciones quirúrgicas: niega
- Tratamiento habitual: budesonida

ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente varón de 49 años que acude a urgencias en dos ocasiones por lumbalgia sin irradiación de 2 meses de evolución refractaria a analgesia pautada.
Acude nuevamente por empeoramiento del dolor, actualmente con irradiación a nivel interescapular y en ocasiones a ambos miembros inferiores.
Refiere parestesias en ambos miembros inferiores y pérdida de diez kilos de peso en 4 semanas acompañado de sudoración profusa por las noches
Comenta que anoche presento pérdida del control de esfínteres en tres ocasiones.
Niega alteraciones en la visión ni alteraciones en la marcha en el momento actual
No fiebre ni sensación distérmica, no presenta otra clínica acompañante. Niega cuadro infeccioso en las semanas previas.
EXPLORACION FISICA
Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Afebril
Constantes: Tensión arterial 120/69 mmHg, frecuencia cardiaca 60 lpm, Saturación de oxígeno 99%
Lenguaje: nominación, comprensión, expresión y repetición conservadas. Oculomotores sin déficits severos. Resto de pares craneales normales.
Balance motor en miembros superiores sin alteraciones, no presenta claudicación. Miembros inferiores 5/5 bilateral con parestesias en ambos miembros inferiores. No disdiadocinesias, no alteración en la marcha ni dismetrías. Romberg negativo
Reflejo cutaneoplantar indiferented derecho y flexor izquierdo. Marcha normal incluido tándem y talones.
Exploración cabeza y cuello: adenopatías latero cervicales de 1 centímetro rodaderas, no adenopatías axilares ni femorales.
Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
Miembros inferiores sin edemas ni datos de trombosis venosa profunda. Se palpan pulsos pedios, femorales y poplíteos
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Se realiza analítica de sangre donde no se aprecian alteraciones. Se decide contacta con Traumatología de guardia quien recomienda la realización de Resonancia Magnética de urgencia para descartar un síndrome de compresión medular
Se solicita Resonancia Magnética donde se aprecia: proceso infiltrativo ósea difuso severo compatible con mieloma múltiple/ proceso sarcomatoide
PLAN
Se contacta con Medicina Interna de guardia quien recomienda ingreso a su cargo para realización de pruebas complementarias y evolución

CONCLUSIONES

En el caso de nuestro paciente los síntomas con los que acudió en las primeras ocasiones a urgencias eran síntomas inespecíficos por los que la actuación realizada en ese momento fue la correcta ya que haber realizado más pruebas complentarias no estaba indicado en ese momento. Posteriormente desarrolla un deterioro clínico acelerado debido a un tumor maligno en la columna, esto nos pone de manifiesto la importancia de una evaluación integral y una alta sospecha diagnóstica
El diagnóstico tardío de patologías como las de nuestro caso puede deberse a la inespecificidad de los síntomas iniciales por lo que es de gran importancia valorar la evolución de los paciente e insistir en cuales son los signos o síntomas de alarma por los cuales deben acudir nuevamente a urgencia

P. #782

¿DÓNDE ESTÁ EL FOCO?

Nuria Almeida Molina, Alexander Del Rosario Pion, Luis Enoc Minier Rodríguez, María Eugenia López Gómez, Fermín Talavera Díaz Alejo, Pablo Sánchez Sayago

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de aparición brusca e intermitente, localizado en abdomen inferior.
Sin antecedentes a destacar ni tratamiento en el momento que consulta.
A su llegada, presenta hipotensión con cifras de 80/60 mmHg, taquicardia con 119 lpm y se encuentra afebril con temperatura de 36,4ºC.
A la exploración, regular estado general secundario al dolor y sensación de mareo. Destaca marcada palidez y sequedad mucocutánea. A la auscultación, cardiopulmonar sin hallazgos relevantes. Abdomen con ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa pero predominante en epigastrio y fosa ilíaca derecha. No se palpan masas ni megalias. No presenta datos de irritación peritoneal.
Se solicitan pruebas complementarias. En la analítica, se objetiva leucocitosis de 22,9mil y anemia con hemoglobina de 8,3 gr/dL. En la gasometría venosa nos encontramos con un pH de 7,1 a expensas de bicarbonato de 20,1 mmol/L, acidosis metabólica, y lactato de 67.
Ante la sospecha de sepsis abdominal (QSOFA 2, NEWS 8), se extraen hemocultivos y se inicia metronidazol 1500 + ceftriaxona 2G IV + plasmalyte 1000cc. Se solicita ecofast, en el que se objetiva líquido libre, por lo que se extrae BHCG de 2475. Al realizar ecografía ginecológica, se objetiva ovario derecho englobado en estructura de ecogenicidad mixta de 94x99mm con imagen redondeada que podría corresponder con gestación ectópica derecha.

CONCLUSIONES

Tras realizar pruebas complementarias, con el probable diagnóstico de embarazo ectópico, se realiza traspaso interno a Ginecología realizándose laparoscopia exploradora donde se objetiva hemoperitoneo y gestación ectópica cornual derecha. Se realiza aspirado de coágulos y hemoperitoneo (1000cc) y salpinguectomía derecha sin incidencias.
Tras la cirugía, la paciente presenta hemoglobina de 6,4gr/dL por lo que se transfunde un concentrado de hematíes, sin mejoría, a lo que posteriormente se transfunde el segundo resultando con hemoglobina postcontrol de 7,3 gr/dL.
Se administra dosis de hierro intravenoso previo al alta.
Una vez estabilizada la paciente, se decide alta domiciliaria con analgesia y reposo relativo tras dos días de ingreso.

P. #795

CUANDO UNA BICICLETA PUEDE CONVERTIRSE EN UNA TRAMPA MORTAL

Jorge Beltrán Hortelano[1], Isabel Jiménez Ruiz[2], Sergio Luis Franco[3]

1. Complejo Asistencial de Soria - Hospital Santa Bárbara y CdS Soria Sur La Milagrosa, Soria, España
2. Complejo Asistencial de Soria - Hospital Santa Bárbara y CdS de Ólvega, Soria, España
3. CdS Miranda Oeste, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente de 17 años, que sufre caída accidental en bicicleta asociando traumatismo abdominal con el manillar, con dolor epigástrico y múltiples episodios eméticos secundarios referidos, sin sincope asociado. Se administró dexketoprofeno y paracetamol intravenoso con escasa mejoría clínica.
A la exploración, la paciente se encuentra consciente, orientada, con Glasgow 15, y estable hemodinámicamente con TA de 124/74; FC 82 lpm, SatO2 100%, y afebril. La auscultación cardiaca y pulmonar es anodina, pero a nivel abdominal, se aprecia depresible, pero doloroso a la palpación de forma difusa con mayor intensidad en hemiabdomen superior. Presenta defensa local con dudosos signos de irritación peritoneal, leve distensión, no timpanismo, y asocia pequeña equimosis.
Tras realizar pruebas complementarias, en la analítica de sangre se objetiva leucocitosis de 17000 con discreta neutrofilia, Hb 11,5, sin acidosis ni alteración de lactato. En ecografía no reglada en urgencias, se identifica líquido libre en todos los recesos peritoneales, más abundante en pelvis, sugestivo de probable hemoperitoneo. Se completa estudio mediante TC abdominopélvico con CIV en fases arterial, venosa y tardía, con hallazgo de transección pancreática grado III con hemoperitoneo y sangrado activo de origen venoso.
Durante su estancia en Urgencias la paciente permanece estable hemodinámicamente y con dolor abdominal controlado. Dados los hallazgos del TC, ante la posibilidad de requerir actuación quirúrgica urgente a nivel pancreático, así como procedimiento de embolización vascular, ya sea al momento del ingreso o en caso de presentar complicaciones, se contacta con servicio de referencia de Burgos de cirugía y vascular para derivación urgente, donde ingresa en UCI y posteriormente intervenida por pancreatectomía córporo-caudal. El curso postoperatorio fue favorable, cuya anemia que se fue corrigiendo progresivamente con dieta, y no se detectaron déficits endo ni exocrinos a posteriori.

CONCLUSIONES

La afección traumática del páncreas o traumatismo pancreático (TP) es una entidad poco frecuente pero potencialmente mortal frente al cual es necesario sospecharlo en todo paciente traumatizado y en especial frente a la presencia de traumatismo abdominal, ya que puede pasar inadvertida en un primer momento en la evaluación del paciente debido a su localización

retroperitoneal.
Los datos clínicos y de laboratorio a menudo son inespecíficos y las técnicas de imagen, como la ecografía o la TAC, son métodos diagnósticos de utilidad para la evaluación de estos pacientes. Un retraso en su detección conlleva un aumento sustancial en las tasas de morbimortalidad, que también se ven incrementadas por la presencia de lesiones asociadas, como la integridad del conducto pancreático, y en función de las cuales se modifica la actitud terapéutica/quirúrgica. Hay que tener en cuenta que la mortalidad global del TP es del 19%, que puede ascender al 30% en presencia de compromiso ductal, siendo del 7% en lesiones pancreática grados I y II, frente a una mortalidad frente al ascenso de un 29% en lesiones grado III-IV, como en nuestro caso.
La gran mayoría de los traumatismos pancreáticos pueden tratarse con drenaje, con o sin pancreatorrafia. Asimismo, deben tenerse en cuenta las posibles complicaciones relacionadas con el traumatismo pancreático e individualizar en cada caso las medidas a seguir, con seguimiento estrecho sobre la funcionalidad endo y exocrina residual.

P. #823

SINCOPE EN URGENCIAS. MÁS ALLÁ DEL VASOVAGAL

Alicia Ugena García, Laura Martínez Díaz, Pilar Berruga Pérez, Adrián Gómez García-Consuegra
Hospital Virgen de La Luz, Cuenca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años consulta por pérdida de conciencia. En la anamnesis, refiere epigastralgia y náuseas desde la semana previa, sin otra clínica. A la exploración palidez, hipotensión y signos de hipoperfusión periférica acompañados de taquicardia sinusal. Analíticamente, hemograma en el rango de la normalidad y ausencia de elevación de reactantes de fase aguda que haga sospechar proceso infeccioso.
Durante la exploración, presenta dos crisis epilépticas con movimientos tonicoclónicos y desconexión del medio coincidiendo con episodios de hipotensión. Se inicia tratamiento con Levetiracetam y fluidoterapia intensiva precisando soporte vasoactivo, por lo que se canaliza acceso venoso central.
Ante sospecha de crisis secundarias a bajo gasto se realiza ECO-FAST observándose líquido libre abdominal. TAC toraco-abdomino-pélvico confirma abundante líquido libre intraperitoneal con puntos de extravasación de contraste en el hemiabdomen izquierdo; sugestivo de hemoperitoneo con sangrado activo.
Se avisa a Cirugía General que realiza laparotomía exploradora urgente en la que se localiza vaso arterial con sangrado activo en epiplón, realizándose sutura y lavado de cavidad abdominal. Analíticamente, se observa anemización de hasta 5 puntos con coagulopatía progresiva. Por ello, se transfunden 4 hemoconcentrados, 2 bolsas de plasma y 2 pools de plaquetas. Se administran 600 UI de complejo protrombínico y 1 gramo de ácido tranexámico.
Pasa el post-operatorio a cargo de UCI con retirada progresiva del soporte vasoactivo, corrección de la coagulopatía y manteniendo hemoglobina superior a 8 g/dL sin necesidad de nuevas transfusiones. Tras evolución favorable, el paciente es dado de alta sin incidencias.

CONCLUSIONES

La pérdida transitoria del conocimiento (PTC) se define como pérdida del conocimiento de corta duración caracterizada por la amnesia, la ausencia de control motor y la falta de respuesta a estímulos. El objetivo del médico de Urgencias consiste en discernir sus distintas causas y descartar aquellas que supongan un riesgo inminente.
Habitualmente se han denominado síncopes a todas las PTC, clasificándolos como cardiogénicos, neurogénicos, metabólicos o neurocardiogénicos (comúnmente, vasovagales). En este sentido, la Sociedad Española de Cardiología (ESC) diferencia el síncope del resto de PTC determinando que estos son secundarios a la hipoperfusión cerebral, mientras que el resto tiene múltiples causas tales como la hipoglucemia en los metabólicos o la hiperactividad anormal cerebral en los ataques epilépticos.
La causa central del síncope es una presión arterial sistémica (PAS) disminuida, una PAS inferior a 60mmHg causa una PTC

al determinar una PA inferior a 45mmHg a nivel cerebral. La PAS está determinada por dos pilares principales, el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica, una caída en cualquiera de ellos puede causar un síncope. Entre las causas de bajo gasto cardíaco destacan las bradicardias, las arritmias, las enfermedades estructurales, el bajo retorno venoso y la incompetencia inotrópica y/o cronotrópica del corazón. En nuestro caso, el ECG normal descartó arritmias, el TC pulmonar descartó embolias y TC TAP confirmó la hipovolemia secundaria al sangrado como causa de bajo retorno venoso.
El diagnóstico diferencial de las PTC constituye un desafío en Urgencias. La anamnesis detallada, el examen físico y las pruebas complementarias dirigidas como el electrocardiograma, el ecocardiograma y la TC cerebral son fundamentales para discernir las posibles causas subyacentes descartando aquellas que suponen un riesgo vital para al paciente.

P. #828

FASCITIS NECROTIZANTE EN EL MIEMBRO SUPERIOR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María Cuesta Gómez, Ángel Sutil Blanco, Guillermo Rojas De La Serna, María Lázaro Carrasco Juliá, Esteban García Prieto, Natalia Ruiz Micó

Hospital General de Villalba, Collado Villalba, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años sin antecedentes médicos de interés, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro progresivo de dolor, inflamación y enrojecimiento en codo derecho con fiebre asociada, tras un traumatismo menor ocurrido 48 horas antes.
En la evaluación inicial, el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y fiebre, con una temperatura de 38.5°C. La exploración física evidenció eritema difuso y edema significativo desde el codo hasta el antebrazo proximal, con dolor desproporcionado a la exploración, pero sin fluctuación ni crepitación palpable. No se observaron signos de sufrimiento cutáneo de manera inicial. Se decidió realizar un abordaje conservador con diagnóstico presuntivo de celulitis, iniciando tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina/clavulánico vía oral y seguimiento ambulatorio en Atención Primaria.
Tras mala evolución a pesar del tratamiento pautado, 24 horas después, el paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias para reevaluación por deterioro clínico evidente. A su llegada presentaba fiebre persistente de 39°C, taquicardia de 110 lpm e hipotensión (90/60 mmHg). A la exploración, la piel mostraba un eritema más extenso con zonas de induración y equimosis. Además, se observaba secreción serohemorrágica a través de la herida y un empeoramiento claro del dolor, acompañado de parestesias en los dedos, con una función neurovascular distal conservada.
Se realizaron estudios de laboratorio, evidenciando leucocitosis con predominio de neutrófilos (22,000/mm^3), proteína C reactiva elevada (25 mg/dL), hiponatremia (132 mEq/L) y creatinina elevada (1.8 mg/dL). Ante la sospecha de fascitis necrotizante se solicitó una tomografía computarizada (TC) con contraste, la cual evidenció un engrosamiento difuso de la fascia, leve gas en tejidos blandos y edema subcutáneo extenso, hallazgos compatibles con fascitis necrotizante.
Por ello, se decidió intervenir de urgencia, realizando fasciotomías exploratorias y desbridamiento de tejidos. Durante la intervención, se observó una fascia necrótica con exudado purulento, destrucción extensa del tejido subcutáneo y signos de trombosis vascular. Se desbridó de manera agresiva, resecando los tejidos desvitalizados y lavando profusamente con solución salina y antiséptico. Se recogieron muestras para cultivos microbiológicos y pruebas de sensibilidad antibiótica.
El paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para su manejo postoperatorio. Se instauró antibioterapia intravenosa empírica con Piperacilina/Tazobactam, Clindamicina y Vancomicina y soporte con vasopresores por inestabilidad hemodinámica. Los cultivos microbiológicos confirmaron la presencia de Streptococcus pyogenes como agente etiológico, modificando el esquema antibiótico a

Penicilina G y Clindamicina.
Durante el ingreso, el paciente requirió múltiples reintervenciones quirúrgicas para desbridamientos adicionales, logrando el control del proceso infeccioso y cierre primario de las incisiones. Tras 14 días de ingreso, la evolución fue favorable, con mejoría de los parámetros inflamatorios y estabilización hemodinámica. Se inició rehabilitación temprana para preservar la funcionalidad del miembro afecto y, finalmente, el paciente fue dado de alta con seguimiento ambulatorio en cirugía plástica y rehabilitación.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es una enfermedad infecciosa de rápida progresión que representa un desafío diagnóstico y terapéutico, debido a su alta tasa de mortalidad y el riesgo de complicaciones severas. Su presentación clínica inespecífica en las primeras etapas puede conllevar retraso en el diagnóstico, impactando negativamente en la evolución de los pacientes.
Este caso resalta la importancia de la identificación temprana de la fascitis necrotizante y la necesidad de un abordaje quirúrgico inmediato, ya que, a pesar del compromiso sistémico inicial, el desbridamiento agresivo y la antibioterapia permitieron evitar la amputación del miembro, mejorando el pronóstico del paciente. La combinación de un diagnóstico clínico precoz, el uso de herramientas auxiliares como el LRINEC Score, el manejo antibiótico dirigido, la cirugía agresiva y el abordaje multidisciplinar siguen siendo la estrategia más efectiva para reducir la morbimortalidad de esta enfermedad.

P. #835

USO DE KETAMINA EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO SECUNDARIO A FRACTURAS EN EL ÁMBITO DE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Laura Acosta Urbano[1], José Ramón Villegas Caceres[1], Sandra Giménez Revert[2]

1. Delta Condado Campiña -Servicio Andaluz De Salud, Huelva, España
2. Servicio De Emergencias Sanitarias De La Comunidad Valenciana, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor en pacientes con fracturas en el ámbito extrahospitalario representa un desafío para los equipos de emergencias. La ketamina, un anestésico disociativo con propiedades analgésicas y sedantes, ha emergido como una alternativa eficaz y segura en comparación con los opioides tradicionales. Esta presentación analiza la evidencia disponible y las recomendaciones para su empleo en emergencias extrahospitalarias.

OBJETIVO

1. Evaluar la eficacia y seguridad del uso de ketamina en el manejo del dolor por fracturas en el ámbito extrahospitalario.
2. Comparar su perfil analgésico con los opioides tradicionales.
3. Proporcionar recomendaciones para su administración en entornos de urgencias prehospitalarias.

MÉTODO

Se analizaron estudios clínicos, guías de manejo del dolor agudo y experiencias de profesionales en servicios de urgencias extrahospitalaria sobre el uso de ketamina en el tratamiento y estabilización de fracturas.
Caso 1: Paciente masculino de 45 años, víctima de un accidente de tráfico, presenta fractura abierta de fémur izquierdo con dolor intenso y signos de shock inicial. Se administra ketamina en dosis subdisociativa (0.2 mg/kg IV), logrando un alivio significativo del dolor sin depresión respiratoria.
Caso 2: Paciente femenina de 60 años, caída desde una altura de 3 metros, con fractura abierta de fémur derecho. Se administra ketamina intramuscular (0.75 mg/kg) ante la imposibilidad de canalizar una vía venosa en el lugar del accidente. La paciente experimenta alivio del dolor con efectos disociativos transitorios leves.
Caso 3: Paciente masculino de 30 años, accidente en motocicleta con fractura de tibia y peroné. Se administra ketamina IV (0.3 mg/kg) con buen control del dolor y sin eventos adversos significativos.
Caso 4: Paciente femenina de 50 años, atropello con fractura diafisaria de fémur. Se administra ketamina IM (0.5 mg/kg) con reducción significativa del dolor.
Caso 5: Paciente masculino de 28 años, caída de altura con fractura expuesta de tibia. Se administra ketamina IV en bolus (0.2 mg/kg) y posterior infusión, permitiendo maniobras de reducción sin necesidad de opioides.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los hallazgos indican que la ketamina en dosis subdisociativas (0.1-0.3 mg/kg IV o 0.5-1 mg/kg IM) proporciona un alivio del dolor similar o superior al de los opioides, con una menor incidencia de depresión respiratoria y efectos adversos graves. Se destaca su utilidad en:
- Pacientes con contraindicación al uso de opioides.
- Situaciones donde se requiere analgesia rápida y efectiva.
- Escenarios de difícil acceso donde la monitorización es limitada.
Entre los efectos adversos más comunes se encuentran las reacciones disociativas leves y náuseas, las cuales pueden minimizarse con la administración conjunta de benzodiacepinas o antieméticos.
En comparación con los opioides tradicionales (morfina, fentanilo), la ketamina mantiene la estabilidad cardiovascular y respiratoria, lo que la convierte en una opción valiosa en pacientes con riesgo de inestabilidad hemodinámica. Además, su uso reduce la incidencia de hiperanalgesia y tolerancia, efectos adversos frecuentes con los opioides.
Los sedantes habituales, como las benzodiacepinas y el propofol, presentan un mayor riesgo de depresión respiratoria y hemodinámica en comparación con la ketamina, que ofrece analgesia efectiva sin comprometer la función respiratoria, facilitando el manejo y transporte seguro del paciente en el ámbito extrahospitalario.

CONCLUSIONES

La ketamina es una alternativa segura y eficaz para el manejo del dolor en fracturas en emergencias extrahospitalarias, reduciendo la necesidad de opioides y sus efectos adversos. Su rápida acción y estabilidad hemodinámica la convierten en una herramienta fundamental en el manejo prehospitalario del dolor agudo traumático. La experiencia de la Unidad de Emergencias Terrestres Delta Condado Campiña, en la provincia de Huelva, asi como las unidades SAMU de la Comunidad Valenciana, confirman su utilidad en la práctica clínica, destacando su efectividad en la analgesia prehospitalaria y la mejora en la atención del paciente politraumatizado.

P. #841

MANEJO PREHOSPITALARIO DE FRACTURA-LUXACIÓN DE RODILLA CON USO DE KETAMINA EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Laura Acosta Urbano[1], María José Cabrera Ramírez[1], Sandra Giménez Revert[2]

1. Delta Condado Campiña Huelva- Servicio Andaluz De Salud, Huelva, España
2. Servicio De Emergencias Sanitarias De La Comunidad Valenciana, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:Las fracturas-luxaciones de rodilla representan una urgencia traumatológica de gran relevancia en el contexto extrahospitalario debido al riesgo de shock hipovolémico, dolor intenso y complicaciones asociadas. La analgesia efectiva es crucial para la estabilización y transporte del paciente. En este caso, se describe el uso de ketamina en dosis subdisociativa como alternativa analgésica en un paciente politraumatizado.
Descripción del Caso:
Paciente: Varón de 55 años, sin antecedentes médicos relevantes.
Mecanismo Lesional: Accidente de tráfico, impacto frontal entre motocicleta y vehículo.
Hallazgos en la Evaluación Inicial (PHTLS - XABCDE):
X (Control de hemorragias exanguinantes): Hemorragia activa en extremidad inferior izquierda, controlada con torniquete proximal y vendaje compresivo.
A (Vía aérea con control cervical): Vía aérea permeable, sin necesidad de dispositivos avanzados. Se coloca collarín cervical por mecanismo de alta energía.
B (Ventilación): Saturación de O2 del 97% con oxígeno suplementario. Exploración pulmonar sin signos de compromiso ventilatorio.
C (Circulación con control de hemorragias): Presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm. Acceso venoso periférico bilateral con administración de fluidoterapia y preparación para posible perfusión de noradrenalina.
D (Déficit neurológico): Glasgow Coma Scale (GCS) de 14 (desorientación leve).
E (Exposición y control ambiental): Se retira la ropa para identificar lesiones adicionales. Se previene la hipotermia con manta térmica.
Intervención y Manejo Prehospitalario:
Control de la hemorragia: Aplicación de torniquete proximal ante hemorragia activa, reforzado con vendaje compresivo y control de sangrado secundario con presión directa.
Evaluación ecográfica prehospitalaria (eFAST): Exploración orientada a descartar neumotórax, hemotórax y hemoperitoneo, sin hallazgos positivos.
Inmovilización: Colocación de férula de tracción para estabilización de la extremidad lesionada.
Acceso venoso y reposición de volumen: Canalización de dos accesos venosos periféricos con administración de cristaloides en bolo inicial y reevaluación de respuesta.
Administración de ácido tranexámico: Dosis inicial de 1 g IV en bolo seguido de perfusión continua durante el traslado para

minimizar el sangrado y mejorar la coagulación.
Soporte hemodinámico: Iniciación de perfusión de noradrenalina a dosis bajas para optimizar la perfusión tisular en contexto de inestabilidad hemodinámica.
Analgesia: Ketamina 0.2 mg/kg IV en bolo, logrando una reducción rápida del dolor a Eva 3/10 sin depresión respiratoria ni alteraciones hemodinámicas.
Monitorización continua: Evaluación de constantes vitales durante el traslado y preparación para recepción en centro de trauma.
Manejo hospitalario
Evaluación inicial en el servicio de urgencias con control radiológico y ecografía FAST.
Revisión del control de la hemorragia.
Mantenimiento perfusión de noradrenalina en perfusión continua para mantener estabilidad hemodinámica en caso de hipotensión persistente.
Reposición de volumen con cristaloides y hemoderivados según necesidad.
Evaluación por cirugía ortopédica para reducción y fijación quirúrgica de la lesión.
Analgesia multimodal con ketamina en infusión continua y AINEs para control del dolor postoperatorio.

CONCLUSIONES

Discusión:
El uso de ketamina en dosis subdisociativa permitió un alivio rápido y efectivo del dolor sin los efectos adversos de los opioides, como depresión respiratoria o hipotensión. En pacientes con traumatismos graves, la estabilidad hemodinámica es prioritaria, lo que justifica su elección en este contexto prehospitalario y hospitalario. La administración de noradrenalina fue clave para el manejo del shock y la optimización del transporte al quirófano. El uso de ácido tranexámico ha demostrado reducir la mortalidad en pacientes con sangrado significativo, y su administración temprana es clave en la atención prehospitalaria.
Conclusiones:
La ketamina es una opción segura y eficaz para la analgesia en pacientes politraumatizados en el entorno extrahospitalario y hospitalario. Su implementación en protocolos de urgencias, junto con estrategias avanzadas de control hemodinámico como el uso de noradrenalina y ácido tranexámico, mejora el control del dolor y la estabilidad del paciente, optimizando la atención y el pronóstico.

P. #846

LESIÓN MEDULAR AGUDA TRAS PRECIPITACIÓN

María José Gálvez Pascual, María Auxiliadora Morales Mármol
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual, que acude trasladada en ambulancia tras precipitación accidental desde una altura de 1.5 metros. Traumatismo directo en espalda. No traumatismo craneoencefálico (TCE), no amnesia del episodio, no pérdida de conocimiento pero baja reactividad a estímulos durante cinco minutos tras caída. Acude a urgencias fundamentalmente con dolor en zona lumbosacra.
Se ha tratado con fentanilo durante el traslado.
Exploración inicial:
Glasgow 14/15 (apertura ocular a órdenes)
Frecuencia cardíaca (FC) 85 latidos por minutos (lpm)
15 respiraciones por minuto (rpm), saturación de oxígeno (SatO2) al 97% sin aportes
Tensión arterial (TA) 129/100 mmhg
Buen estado general (BEG). Estable hemodinámicamente, consciente y orientada.
Bien hidratada y perfundida (BHYP). Vía aérea permeable
Auscultación cardiorrespiratoria (ACR) con hipoventilación en bases
Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación.
Dolor a la palpación en ambas crestas ilíacas. Intenso dolor en zona lumbar no irradiada a miembros. Apofisalgia selectiva a nivel de L1.
Exploración neurológica sin focalidad. Moviliza las 4 extremidades sin pérdida de sensibilidad. Reflejos conservados.
Pruebas complementarias:
**Gasometría venosa sin alteraciones
**Analítica: Hemoglobina 11.6, discreta leucocitosis con neutrofilia, plaquetas normales. Coagulación en rango. Función renal, patrón abdominal e iones normales.
**Body-TC: Fractura vertebral L1 con impronta del muro posterior sobre el saco tecal y reducción del calibre del canal raquídeo un 35%. Fractura de su arco posterior izquierdo no desplazado. Fractura no desplazada en el 7°arco costal posterior derecho y 6° anterior izquierdo.
Se reevalúa a la paciente que continúa estable y refiere mejoría del dolor tras analgesia.
Se comenta caso con Traumatología (COT) quien decide ingreso en observación para vigilancia y corsé. Se inicia anticoagulación profiláctica con Fondaparinux.
Al las horas, se realiza analítica de control donde se objetiva únicamente Hemoglobina en 10.2. Gasometría de control normal.
Cuando se reevalúa a la paciente se encuentra tendente al sueño aquejando mucho dolor sacro.
TA 80/40 mmhg, FC 53 lpm, SatO2 91% precisando gafas nasales a 2 litros ascendiendo a 95%. 16 rpm. Eupneica en reposo. BHYP. Glasgow 15.
ACR sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino.
No hallazgos de sangrado activo.

Se decide pautar naloxona con respuesta de la paciente, más reactiva. Se decide sueroterapia de hasta 1.5 L de suero fisiológico y reevaluar. Sondaje vesical donde se objetiva globo.
Se vuelve a evaluar tras sueroterapia, pero la paciente continúa hipotensa, bradicárdica en torno a 55 lpm y precisa oxigenoterapia. Refiere haber presentado un episodio defecatorio involuntario en ese período, previo al sondaje nos confirma la paciente que se encontraba en anuria.
Se traslada a la paciente para realización de nuevo TC de control presentando desplazamiento de la fractura L1 con compresión medular.
Ante estado de shock medular se comenta de nuevo con COT quien realiza intervención quirúrgica de urgencia y posterior ingreso de la paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

CONCLUSIONES

La lesión medular traumática (LMT) precisa de una acción mutidisciplinar, la observación constante del paciente, la sospecha rápida y diagnóstico precoz es el primer paso para establecer tanto un tratamiento inicial especializado como para evitar las posibles complicaciones secundarias.
La LMT puede dar lugar a un espectro de problemas neurológicos, incluyendo la pérdida de la función motora y sensorial, intestinal, disfunción vesical, espasticidad, dolor neuropático y disreflexia autonómica.
En nuestro caso la vigilancia activa de la paciente pudo alertarnos de la aparición de hipotensión y bradicardia paradójica, las cuales nos llevaron a sospechar de forma precoz la lesión de la paciente pudiendo intervenirla de urgencia y evitando complicaciones futuras.

P. #856

TRAUMA TORÁCICO CERRADO, CÓMO ABORDARLO

ANDREA Iboleon Jiménez, Patricia Bermejo Cotillo, JOKIN Cabrera Gallastegui

Hospital Comarcal Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas (NAMC).
Sin antecedentes patológicos de interés.
Motivo de consulta: Varón 34 años Politraumatismo por accidente de tráfico (motocicleta).
Atención prehospitalaria: Paciente trasladado por equipo de emergencias médicas tras sufrir un accidente de motocicleta. A la llegada del equipo sanitario, se encuentra en decúbito prono, con estado neurológico alterado, aturdido y desorientado sin puntuación precisa en la escala de Glasgow. Se canaliza vía venosa periférica y se administra midazolam 5mg iv debido a agitación durante el traslado. Se realiza transferencia a hospital comarcal con collarín cervical rígido.
Exploración en box de críticos:
Estado neurológico: Agitado y desorientado a pesar de la contención y medicación. Escala de Coma de Glasgow 9-10. Pupilas mióticas y reactivas. Movilización de miembros inferiores conservada sin alteraciones sensitivas.
Cabeza y cuello: Amputación semitotal del pabellón auricular izquierdo, unido por puente cutáneo retroauricular, con conservación de trago y raíz auricular.
Tórax: Crepitantes en ambos hemitórax en cara anterior, con enfisema subcutáneo más notorio en hemitórax izquierdo, en región ventral, a nivel de la unión esternoclavicular.
Abdomen: Depresible, sin dolor ni signos de irritación peritoneal. No signos de irritación peritoneal.
Extremidades: Pequeña abrasión en trocánter derecho sin lesiones óseas evidentes.
Manejo inicial: Ante la persistencia de agitación y aumento del trabajo respiratorio con descenso progresivo de la saturación de oxígeno a pesar de oxigenoterapia, se decide intubación orotraqueal con adecuada inmovilización cervical y sin incidencias. Tras la intubación, se logra estabilidad hemodinámica (TA 110/60 mmHg, FC 110 lpm, SpO2 95%) y se inicia ventilación mecánica en modo IPPV con FiO2 al 60%.
Estudios complementarios:Tomografía computarizada (Body-TC):
Aorta torácica: Hallazgos sugestivos de pseudoaneurisma/disección incipiente en cayado aórtico, con probable hematoma mural distal y aumento de partes blandas periaórticas. Desviación traqueal hacia la derecha, compatible con hematoma periaórtico.
Tórax: Múltiples fracturas costales de predominio izquierdo, contusión pulmonar y neumotórax mínimo en región superior izquierda. Derrame pleural bilateral discreto.
Craneal: Pequeños focos contusivos intracraneales.
Columna vertebral y extremidades: Fracturas en apófisis transversa izquierda de T6 a T9 y fractura de acromion izquierdo.
Evolución y manejo:Ante los hallazgos radiológicos y la estabilidad hemodinámica mantenida, se contacta con el servicio de cirugía cardiovascular para valoración en centro

de referencia, con indicación de implantación de endoprótesis aórtica. Previo al traslado, se canaliza vía central femoral derecha, arteria radial derecha, sonda nasogástrica nº16 y sondaje vesical nº14.
Durante la evolución, el paciente presenta tendencia a la inestabilidad hemodinámica con hipotensión (TA 85/40 mmHg, FC 120 lpm), por lo que se inicia perfusión continua de noradrenalina (7-12 ml/h). Se administran 2 litros de suero fisiológico al 0.9% en carga y dosis de ácido tranexámico (Amchafibrin).
Diagnóstico:
- Politraumatismo por accidente de motocicleta.
- Traumatismo craneoencefálico: Pequeños focos contusivos intracraneales.
- Trauma torácico cerrado: pseudoaneurisma/disección incipiente del cayado aórtico, con posible hematoma mural y desviación traqueal por hematoma periaórtico. Sospecha de rotura contenida traumática de aorta torácica.
- Neumotórax anterosuperior izquierdo discreto.
- Derrame pleural bilateral con atelectasia subyacente.
- Fracturas múltiples de arcos costales izquierdos (posteriores paravertebrales de 10 a 12, laterales de 1 a 5) sin compromiso parenquimatoso. Fracturas en uniones condrocostales anterosuperiores derechas con enfisema de partes blandas asociado.
- Traumatismo ortopédico:Fractura de apófisis transversas izquierdas de T6 a T9. Fractura de acromion izquierdo.

CONCLUSIONES

- La intubación orotraqueal en trauma torácico cerrado debe realizarse en función del estado clínico del paciente, priorizando la protección de la vía aérea y la estabilidad hemodinámica.
- La evaluación integral y dinámica del estado clínico del paciente es determinante en la toma de decisiones terapéuticas, incluyendo la indicación de drenaje torácico o intubación orotraqueal, considerando la evolución de la función respiratoria y la estabilidad hemodinámica.

P. #922

DOLOR ABDOMINAL EN MUJERES: RECORDAR CAUSAS GINECOLÓGICAS

Irene Cesteros Martín, Cristina García López, Vanisha Lilaram Lachmandas, Marta Bosa Santana, Raquel Pérez Jiménez, Celia Herrera González

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Derivación desde Atención Primaria por dolor abdominal, sospecha de abdomen agudo.
Antecedentes personales
No alergias medicamentosas conocidas
Intervenciones quirúrgicas: prótesis mamarias, legrados.
Antecedentes ginecoobstétricos: Gestaciones 3 Partos 0 Abortos 3
Enfermedad actual:
Mujer de 42 años que refiere historia de dolor abdominal que localiza en hipogastrio y fosas iliacas de una semana de evolución, asociado a nauseas y fiebre de hasta 39ºC. Al inicio del cuadro, el dolor se focalizaba más en hipogastrio y luego se fue generalizando hacia fosas ilíacas e hipocondrios.
Respecto a antecedentes recientes, cuenta un aborto un mes antes, y que desde entonces, presentaba coitalgia y coitorragia.
Exploración física:
Exploración abdominal: inspección normal. No timpanismo. Depresible y muy doloroso a la palpación en fosas ilíacas con defensa involuntaria y signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias.
Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: Hemoglobina 10 g/dL. Plaquetas 663000 /uL. Leucocitos 12140 /uL. Proteína C reactiva 27.02 mg/dL
Test de gestación negativo.
Tomografía computerizada abdominal: Útero con distensión de cavidad endometrial con cérvix prominente y una imagen tubular hipodensa posterolateral izquierda asociada que pudiera sugerir un absceso, si bien la valoración de los hallazgos está limitada. Quiste ovárico folicular izquierdo
de hasta 21 mm.
Diagnóstico: Enfermedad inflamatoria pélvica grado III
Plan:
Con los resultados analíticos y la exploración física patológica, se decide realizar una prueba de imagen, con hallazgo de un posible absceso tubárico, por lo que se inicia antibioterapia empírica endovenosa con metronidazol,
doxiciclina y cefoxitina. Se comenta el caso y se remiten al Servicio de Ginecología, donde ingresa para antibioterapia endovenosa y continuidad de cuidados.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal como motivo de consulta abre un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, desde los cuadros más leves hasta cuadros que requieren tratamiento quirúrgico de forma emergente. En toda valoración de un paciente que

consulta por dolor abdominal, es muy importante insistir en los síntomas asociados y características del dolor, así como en los antecedentes, tanto médicos como quirúrgicos que cuente el paciente, sin perder de vista la parte ginecoobstétrica. En el caso que hemos presentado, hay que resaltar que una buena historia clínica, destacando el antecedente de procedimiento ginecológico reciente; asociada a una exploración física sugestiva nos llevan al diagnóstico de confirmación mediante la prueba de
imagen.
Por tanto, no olvidar que en el caso de nuestras pacientes femeninas que consultan por dolor abdominal, recordar siempre preguntar por antecedentes ginecoobstétricos y sintomatología ginecológica asociada.

P. #933

UNA PATOLOGÍA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y POTENCIALMENTE LETAL

Irene Cesteros Martín, Vanisha Lilaram Lachmandas, Yaiza Suárez Luis, Marta Bosa Santana, Cristina García López

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Malestar general e infección en la pierna izquierda.
Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas conocidas. Fumador.
Diabetes tipo 2 con complicaciones: enfermedad renal crónica en diálisis y pie diabético. Hipertensión arterial. Dislipemia.
Vive en una chabola.
Historia actual:
Paciente varón de 67 años que acude en ambulancia sanitarizada al Servicio de Urgencias tras activación por parte de la mesa de transporte al trasladarlo a diálisis. Al llegar a Urgencias presenta malestar general con taquicardia e infección de miembro inferior izquierdo (MII).
Refiere que desde dos semanas presenta enrojecimiento en MII, no habiéndose percatado de las ampollas hemorrágicas que presenta. Niega fiebre, vómitos y diarreas. Mantiene diuresis residual muy escasa.
Exploración Física:
Tensión arterial a su llegada: 120/63, frecuencia cardiaca 112 latidos por minuto, saturación de oxígeno 92% basal. Malas condiciones higiénicas. Consciente y orientado.
Deshidratación cutáneo mucosa. Anisocoria pupilar (refiere intervención de cataratas).Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: Hipofonesis global con crepitantes en ambas bases. Tolera decúbito. Abdomen: anodino. MII: amputación de primer dedo, mal perforante plantar , celulitis con ampollas hemorrágicas pretibiales y ampolla más tensa en cara interna y de pierna y muslo izquierdos, malolientes.
Pruebas complementarias:
Hemograma: Hemoglobina: 10,4 g/dL, Hematocrito: 32,3, plaquetas: 98.000 /mL, leucocitos: 11.700 /ml . Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa 225 mg/dl, urea 221 mg/dl, creatinina: 7,58 mg/dl, Na 133 mmol/l,
potasio 7,1 mmol/l, LDH 381 U/L, PCR 47,32 mg/dl, procalcitonina 252 ng/ml.
Tomografía Computarizada (TC) de extremidad con contraste: Colección hidroaérea de bordes mal definidos en tejido celular subcutáneo de toda la longitud de la cara lateral de pierna así como anterolateral de pie, que parece invadir o profundizar más allá de la fascia profunda periférica, la cual se encuentra engrosada, con abundantes cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo circundante, con extensión craneal hacia el tercio proximal del muslo. Se visualiza leve cuantía de líquido entre planos musculares y se identifican varias colecciones líquidas cutáneas en la región medial del muslo. Todos estos hallazgos descritos son compatibles con una fascitis necrotizante.
Tras la realización de la TC, presenta episodio de taquiarritmia de QRS estrecho autolimitada de segundos de duración

con empeoramiento clínico notable, taquipnea y tiraje con desaturación a 86% y deterioro del nivel de consciencia. Se decide IOT y se canaliza vía venosa yugular derecha ecoguiada y se inicia perfusión de noradrenalina por hipotensión mantenida de hasta 50/30 mmHg.
Plan:
Dado los cambios infecciosos en MII, destacando hiperpotasemia, hiperlactacidemia y marcada elevación de reactantes de fase aguda con procalcitonina 252 ng/ml y hallazgos de fascitis necrotizante en TC.
Se decide iniciar antibioticoterapia con meropenem y linezolid, además de administrar insulina, bicarbonato y gluconato cálcico. Se contacta con UMI y Cirugía vascular y se interviene quirúrgicamente: amputación supracondílea urgente. Se cubre con antibioterapia con meropenem, daptomicina y clindamicina. Resultados de hemocultivos positivos a Enterococo Gallinarum, Citrobacter Koseri y en exudado de herida a Providencia Rettgeri. Tras mejoría clínica y resultados microbiologicos, se ajusta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y ampicilina.

CONCLUSIONES

La fascitis necrotizante es una emergencia potencialmente mortal ya que es una infección rápidamente progresiva de la piel y de los tejidos blandos que suele asociarse con una importante toxicidad sistémica.
En este caso resalta la importancia de hacer seguimiento estrecho del mal perforante plantar y otras patologías vasculares en pacientes con alto riesgo de complicaciones. Además de la instauración precoz de antibioterapia empírica, se debe considerar la derivación al Servicio de Vascular para un tratamiento dirigido si la evolución clínica no es favorable.

P. #944

EMERGENCIA GINECOLÓGICA: ABORDAJE Y RESOLUCIÓN DE UN CASO DE TORSIÓN OVÁRICA EN URGENCIAS

Mariola Michelini Sola, Cristina Herranz Martínez, Carmen Manuela Tauste Rubio, Bertina Del Carmen Quintero Platt, Cristina María Capó Pons, Julia Santos Gala
Institut Català de la Salut, Viladecans, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 18 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Reconsulta al servicio de urgencias por dolor abdominal de tipo cólico, de intensidad 8/10 en la escala visual analógica (EVA), localizado en fosa iliaca izquierda desde hace unas 18 horas, tras iniciarse de forma brusca mientras dormía, interrumpiendo el descanso.
Refiere que el dolor aumenta con los movimientos y que en ocasiones asocia náuseas. Niega disuria, fiebre termometrada u otra sintomatología. Niega posibilidad de embarazo. Manifiesta fecha de última regla 32 días antes de la fecha actual.
Fue visitada en el mismo servicio 12 horas antes con orientación diagnóstica de dolor abdominal inespecífico, dada de alta con analgesia convencional, con escasa respuesta.
A su llegada, la paciente presenta un síncope con cortejo vegetativo asociado. Se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, con tensiones arteriales de 116/56 mmHg y FC 70 lpm. Se canalizan dos vías y se inicia resucitación con sueroterapia.
Hemograma sin leucocitosis ni elevación de proteína C reactiva, tampoco alteración de la función renal ni hepática y sedimento de orina con 3 hematíes por campo, sin otros hallazgos patológicos de interés. Radiografía de tórax y abdomen normales.
Se orienta como dolor abdominal en fosa iliaca izquierda en mujer en edad fértil, que requiere de administración de opioides endovenosos por escasa mejoría del dolor.
Se explora el abdomen sin palparse masas, megalias o signos de irritación peritoneal. Genitales externos con coloración y posición normal, sin lesiones ni sangrado aparente.
Se contacta con Ginecología de guardia, que decide realizar una ecografía abdominal para completar estudio, con los siguientes hallazgos: útero normal, ovario derecho normoposicionado con imagen de quiste folicular de 21 mm, ovario izquierdo con lesión quística anexial ocupante en fosa iliaca izquierda de 126 x 90 x 90 mm, con componente sólido papilar con Doppler score 2 central. No presencial de líquido libre abdominal.
Tras esta valoración, se opta por realizar una exploración quirúrgica urgente, objetivandose un ovario izquierdo torsionado y aumentado de tamaño debido a un quiste. Se realiza una quistectomía sin complicaciones y se envía la pieza para su análisis, cuyo resultado indica que se trata de un teratoma maduro.
Orientación definitiva:
Torsión ovárica a causa de quiste anexial izquierdo.

CONCLUSIONES

La torsión ovárica es una urgencia ginecológica caracterizada

por la rotación del ovario y/o la trompa de Falopio sobre su eje vascular, lo que puede comprometer el flujo sanguíneo y provocar necrosis, con la consiguiente pérdida del ovario y/o la trompa de Falopio.
Uno de los principales factores de riesgo es la presencia de una masa ovárica de 5 cm o más de diámetro, así como la hiperestimulación ovárica. Es más frecuente en mujeres en edad fértil, lo que resalta la importancia de un diagnóstico precoz para preservar la función ovárica.
El diagnóstico diferencial puede resultar complicado, ya que la presentación clínica del dolor abdominal pélvico es variable: puede ser agudo, sordo, constante o intermitente, con posible irradiación y síntomas asociados como náuseas y vómitos.
En mujeres en edad fértil con dolor abdominal, es fundamental descartar en primer lugar un embarazo ectópico mediante la determinación de beta hCG. Otros diagnósticos diferenciales incluyen masas pélvicas, enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis aguda y diverticulitis, entre otros.

P. #963

LA IMPORTANCIA DE ESTUDIAR LOS SIGNOS DE INESTABILIDAD

Marta Palmero Calvo De Mora[1], Marta Auxiliadora Marqués Mayor[2], Elena Moyano Jiménez[1]

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España
2. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos encontramos en consulta de urgencias hospitalarias cuando acude una mujer de 59 años con los siguientes antecedentes personales: fibrilación auricular paroxística con sintrom, hipertensión, diabetes mellitus con antidiabéticos orales, obesidad y fumadora activa de 20-30 cigarros/día.
La paciente refiere dolor abdominal en hipogastrio y flanco izquierdo desde hace dos semanas. El dolor es continuo pero aumenta con la flexión del tronco. No se acompaña de nauseas ni vómitos. Tiene un hábito intestinal estreñido de forma habitual. No fiebre. Durante la entrevista la paciente refiere que el dolor se originó tras un giro brusco del torso.
Previamente consultó por dicho motivo hasta en tres ocasiones en urgencias de su hospital comarcal donde le administraron medicación analgésica y le realizaron analíticas sanguíneas sin hallazgos relevantes.
La paciente presenta buen estado general. Al tomar constantes, se objetiva tensión arterial (TA) en 90/60mmHg. La paciente refiere que es la tensión que está teniendo estos últimos días, incluso refiere que su médico de atención primaria le ha tenido que retirar su medicación antihipertensiva.
A la palpación abdominal encontramos un abdomen globuloso, doloroso a palpación en flanco y fosa ilíaca izquierdas, con defensa a palpación.
Solicitamos pruebas complementarias. En analítica sanguínea se objetiva en hemograma una hemoglobina 13.3, no leucocitosis y plaquetas 248.000. Coagulación con valores dentro de normalidad. Bioquímica con función renal, perfil hepático e iones dentro de normalidad. En radiografía abdominal asas ligeramente distendidas en fosa ilíaca izquierda con presencia de gas distal.
Se reevalúa a la paciente que persiste con bajas cifras de tensión arterial y con dolor abdominal a pesar de la administración de analgésicos intravenosos. Se decide completar estudio con TAC de abdomen con contraste, se adjuntarán imágenes en la presentación de dicho póster. En esta prueba se identifica un hematoma en espesor de musculatura recta de hemiabdomen izquierdo, con dimensiones aproximadas de 4,2x5,7x11 cm. Se aprecia extravasación de contraste en relación con sangrado activo probablemente dependiente de una rama epigástrica inferior izquierda. Rarefacción de grasa y tejido células subcutáneo.

CONCLUSIONES

La paciente ingresa a cargo de servicio de cirugía general. Deciden realizar manejo conservador con analgesia, sueroterapia y colocación de faja abdominal. Realizan TAC de abdomen de control objetivando unas dimensiones del

hematoma ahora en 3,2x5,5x11 cm. Evolución favorable.
El hematoma de la vaina de los rectos del abdomen es un diagnóstico infrecuente en la práctica clínica. Esta vaina aponeurótica envuelve a cada músculo completamente por su cara anterior, mientras que el plano fascial posterior termina formando el arco de Douglas, a unos 5 cm por debajo del ombligo. El músculo es irrigado por las arterias epigástrica superior (rama de la mamaria inferior) e inferior (rama de la ilíaca externa). La ausencia de vaina posterior, desde la arcada de Douglas hasta el pubis, deja más desprotegidos el músculo y los vasos. La hemorragia se debe a la rotura de la arteria epigástrica inferior (como ocurre con nuestra paciente) o de pequeños vasos intramusculares.
Además es importante destacar que superado el arco de Douglas, los músculos y los vasos epigástricos inferiores se apoyan sobre la fina fascia transversalis que se encuentra en íntimo contacto con el peritoneo parietal, lo que explica la clínica de irritación peritoneal que con frecuencia produce el hematoma y que orienta erróneamente el diagnóstico hacia un cuadro intraabdominal quirúrgico.
De este caso clínico se puede extraer la importancia de continuar estudio cuando encontramos signos de alarma y la gran importancia de la entrevista clínica completa al paciente.

P. #985

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO EN GESTANTE DE 40 SEMANAS

Jaime Hidalgo Salaverri[1], Mayra Estefanía Del Razo Romero[2]
1. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España
2. Hospital Infanta Margarita, Cabra, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 29 años, gestante de 40 semanas sin otros antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por hemiparesia de miembros derechos y desviación de comisura labial. Refiere que la clínica inició hace dos horas, duró treinta minutos y cedió de forma espontánea, y se acompañó de cefalea frontal y vómitos. A su llegada a consulta se encuentra asintomática, con constantes en rango de normalidad y sin focalidad neurológica. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica básica y coagulación, anodinas. Se realiza interconsulta con Ginecología y Neurología.
Neurología indica realizar tomografía de cráneo sin contraste pese a la gestación de la paciente, que entiende los riesgos y acepta la prueba. Se realiza tomografía, en la que se descartan alteraciones agudas intracraneales de carácter agudo.
Ginecología realiza registro cardiotocográfico, en el que se observa un patrón reactivo normal. La ecografía no muestra alteraciones.
Una vez realizada la tomografía, se contacta con Neurología para continuar estudio, indicándose el ingreso a cargo de Neurología, donde se cataloga el episodio de la paciente como Cefalea migrañosa con déficit neurológico transitorio de hemisferio izquierdo de instauración progresiva. Dado el estado de gestación, no se inició enoxaparina al ingreso en planta. Se extrajo estudio de trombofilia y autoinmunidad.
Durante el ingreso a cargo de Neurología se realizó cesárea urgente por Ginecología, debido a riesgo de pérdida de bienestar fetal objetivado en registro cardiotocográfico (desaceleraciones no coincidentes con la contracción). La cesárea se realizó sin complicaciones.
Al alta de la planta de Neurología se prescribió enoxaparina 40 miligramos subcutánea durante una semana. La paciente quedó citada en consulta con Neurología para continuar estudio. Se solicitó angio resonancia magnética craneal para continuar estudio.
Tras el alta, la paciente no ha vuelto a presentar nuevos episodios de focalidad neurológica. Se encuentra pendiente de cita de seguimiento en consultas externas de Neurología.

CONCLUSIONES

Ante pacientes gestantes, debemos ser especialmente cautos en la realización de pruebas que pudieran dañar al feto, así como en la administración de ciertos tratamientos. Además, en estos casos conviene realizar interconsultas desde Urgencias al servicio de Ginecología para cerciorarnos del buen estado de salud del feto.
Sin embargo, existen casos como el que nos ocupa o, por ejemplo, el tromboembolismo pulmonar, en los que nos vemos obligados a realizar pruebas con alta carga de radiación al

existir riesgo para la vida de la madre, siempre tras explicar a esta el riesgo para el feto.
La importancia de este tipo de casos recae, por lo tanto, en sus implicaciones éticas y morales más que en la dificultad diagnóstica.

P. #993

LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN EN TRAUMATISMO ABDOMINAL DE ALTA ENERGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Karen Nielsen Martínez, Teresa Salinero Delgado, Arantxa Ramos Miravet, Mónica Herranz Garriga

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
-No alergias a medicamentos conocidos
-Colecistectomía (2018)
HISTORIA ACTUAL
Varón de 58 años que acude al servicio de urgencias para valoración tras recibir hace 45min una patada por una yegua en flanco izquierdo.
Paciente refiere que mientras se encontraba en su finca ha recibido una patada de su yegua en flanco izquierdo tirándole al suelo, causándole una laceración superficial en codo izquierdo sin afectación de la articulación. Comenta que tras la caída comienza con mal estar general, náuseas y sudor frio. Niega vómitos, pérdida de conocimiento, dolor abdominal, cambios en la orina u otra clínica asociada
EXPLORACIÓN FÍSICA
-Constantes: Tensión arterial 92/60mmHg Presión arterial media 70mmHg Frecuencia cardiaca 67 lpm Saturación 02 97% Temperatura 36,4°C
-Consciente y orientado en las tres esferas. Hidratado y perfundido. Leve palidez facial con normalidad de coloración mucosas. Eupneico. Afebril
-Auscultación cardiaca: Tonos rítmicos. No ausculto soplos ni roces. No ingurgitación yugular.
Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado en ambos campos. No ruidos sobreañadidos. No signos de insuficiencia respiratoria ni uso de musculatura accesoria
-Abdomen: Blando y depresible. No distendido. Doloroso a la palpación de flanco izquierdo con lesión erosiva superficial acompañado de eritema e inflamación. Ruidos hidroaereos: normal. No masas ni visceromegalias. Puño percusión renal bilateral negativa. Signos de irritación peritoneal negativos
-Extremidades: No edemas ni signos de trombosis venos profunda. Pulsos pedios +
Lumbar: No dolor en la palpación de las prominencias vertebrales ni paravertebrales, tampoco de la musculatura dorsal, torácica ni lumbar. No limitación en la movilidad.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-Electrocardiograma: Eje normal. Rítmico. Ritmo sinusal a 65lpm. PR normal.QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización
-Analítica de sangre: Hematíes 4,62x10E6/mm3 Hb 14,2 g/dl,hematocrito 40,9%,leucocitos 17,97x 10E3/mm3, Coagulación sin alteraciones, bioquímica sin alteraciones reseñables, PCR 0,4mg/dL.
-Uroanálisis: Sangre +++,resto negativo. Sedimento 20-25 hematíes/campo, leucocitos aislados.
-TC abdomen: Traumatismo esplénico grado 4 de la AAST. Fractura de los arcos costales 9 y 10 izquierdos. Restos de vísceras abdominales y tórax sin hallazgos.

EVOLUCIÓN
Tras sueroterapia remonta la tensión arterial (110/73mmHg). Reevaluamos al paciente. Refiere dolor abdominal difuso con signos de irritación peritoneal. Se realiza a pie de cama ECOFAST +, por lo que se solicita TC desde urgencias.
Se realiza interconsulta a cirugía general y medicina intensiva. Valoran al paciente, dado que se encuentra estable hemodinámicamente tras tratamiento pautado e urgencias y teniendo en cuenta los resultados del TC,se repite nueva analítica, se cruzan 2 hemoconcentrados y pasará directamente a quirófano
JUICIO CLÍNICO
-Traumatismo esplénico. Fracturas costales (9 y 10 izquierdos)
TRATAMIENTO
- En urgencias: 1000ml suero salino fisiológico intravenoso + 1gr Paracetamol IV + Metoclopramida 10mg IV
-Esplenectomía con ligadura doble del hilio esplénico y lavado profuso de cavidad (gran cantidad de coágulos en abdomen izquierdo y líquido libre hemático en ambas gotieras y pelvis)

CONCLUSIONES

-Es muy importante reevaluar al paciente periódicamente
-Ante cambios de síntomas o Exploración física replantearnos la actitud diagnostico terapéutica.
-En los casos en los que haya disociación entre clínica y pruebas de imagen, priorizar la clínica y exploración física
-El ecoFAST a pie de cama es una herramienta muy útil en traumatismos de alta energía

P. #1084

DOLOR LUMBAR EN URGENCIAS: UN DIAGNÓSTICO MAS ALLÁ DEL CÓLICO RENAL

Sònia Coromina Lloret, Beatriz Lafuente González, Irina Martín Besalú, Mariona Miquel Verdés, Montserrat Carreras Rodríguez
Hospital Dr. Josep Trueta, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 20 años, deportista profesional, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos de interés. Consulta por abdominal con predominio en fosa renal derecha Eva 10/10, con diaforesis y vómitos sin productos patológicos, de inicio progresivo hace 5 días. Niega clínica miccional, hematuria, fiebre, ni otra sintomatología. Explica hace 15 días contusión costo-lumbar derecha en partido de fútbol, con dolor inicial que remitió los días posteriores, continuando la práctica deportiva sin limitaciones. El día anterior consultó a otro centro donde realizaron analítica de sangre, sedimento de orina y radiografía abdominal, orientando como cólico renal y administrando analgesia con escasa mejoría. Consulta hoy por empeoramiento del dolor.
A la exploración física, hemodinámicamente estable, afebril, con buenas saturaciones a aire ambiente, frecuencia cardiaca 86lpm. Exploración abdominal con dolor a la palpación generalizada y puñopercusión lumbar derecha positiva, sin lesiones cutáneas en región lumbar. Exploración cardiopulmonar sin alteraciones.
Exploraciones complementarias:
-Analítica con Hb 9.5g/dL, Hcrit 30.3%, leucocitos 14.330 /mcl, lactato 17mg/dl. Sin alteraciones en la coagulación, función renal, función hepática ni ionograma.
-Sedimento de orina sin alteraciones.
-Electrocardiograma con ritmo sinusal a 85lpm. Sin alteraciones.
-Se realiza ecografía FAST a pie de cama que muestra abundante líquido perirrenal derecho y en pelvis.
-Se solicita TC multifásico de abdomen que muestra gran hematoma perirrenal derecho de 10x7x13cm con signos de sangrado activo, extensa ocupación por líquido de aspecto hemático en el resto de espacios retroperitoneales y pelvis, además de una pequeña imagen hipodensa menor a 1cm inespecífica que no permite descartar pequeña laceración renal.
Actitud y manejo:
Se orienta como traumatismo renal derecho grado 4 según la Escala de la AAST. Se contacta con radiología intervencionista que realiza embolización de arteria segmentaria de la arteria renal en polo inferior con dos microcoils sin incidencias. Se realiza analítica posterior a la intervención que muestra Hb 7.7g/dL, Hcrit 24.3%, PCR 11.5mg/dl, persistiendo el paciente hemodinámicamente estable. Se transfunde dos concentrados de hemoderivados y se repite el TC multifásico de abdomen que descarta sangrado activo. Analítica de control con Hb de 9.7mg/dl. Se mantiene al paciente 24 horas en observación en urgencias e ingresa a cargo del servicio de Urología.

CONCLUSIONES

Los traumatismos cerrados de tórax inferior, espalda, fosa renal o abdomen superior pueden ser causa de lesión renal. La presencia de dolor lumbar, hematuria, equimosis en fosa renal, fracturas costales, distensión o masas abdominales y dolor a la palpación abdominal indican la posibilidad de afectación renal posterior a un traumatismo.
El TC multifásico es la prueba diagnóstica de elección. La fase arterial permite evaluar lesiones vasculares, la venosa el daño parenquimatoso y la tardía el sistema colector. Las lesiones renales se clasifican según la Escala de gradación de las lesiones renales de la AAST en 5 estadios de gravedad, según si hay contusión, hematoma, laceración, lesión vascular con o sin sangrado activo, infarto o estallido renal.
El objetivo del tratamiento consiste en reducir al mínimo la morbilidad y conservar la función renal.
La inestabilidad hemodinámica debida a hemorragia renal y las lesiones vasculorrenales grado 5 son indicación de exploración renal quirúrgica, mientras que el tratamiento endovascular está indicado en fístulas arteriovenosas, disecciones, pseudoaneurismas y oclusiones arteriales, a la vez que, en la extravasación activa de contraste y el hematoma perirrenal de más de 2,5cm. En el resto de los casos la elección es el tratamiento conservador.
Con todo lo mencionado podemos concluir que, la sospecha diagnóstica de lesión renal es obligada ante un traumatismo cerrado de tórax inferior y abdomen, ya que esta puede suponer una verdadera emergencia médica.

P. #1085

DOLOR INCOERCIBLE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Cepeda Zamorano[1], Rafaela Martínez López[1], Ángela Lara López[2], Víctor Daniel Navia Quilindo[1], Carlos Luis Montenegro Escobar[1]

1. Hospital General Tomelloso, Tomelloso, España
2. Hospital General Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 58 años, con atencedentes personales de hipertensión arterial. Acude a urgencias hospitalarias por dorsolumbalgia de un mes de evolución que no mejora con analgesia de primer escalón y con empeoramiento en los dos últimos días hasta hacerse incoercible con limitación funcional.
En servicio de urgencias se solicitan radiografías dorso-lumbares en las que se descarta patología ósea y se pauta analgesia de primer y segundo escalón sin mejoría.
Ante persistencia de dolor, se realiza interconsulta a traumatología que dado los hallazgos exploratorios "dolor selectivo a la palpación de musculatura paravertebral a nivel de charnela dorsolumbar izquierda sin irradiación a miembros inferiores ni región abdominal, no apofisalgia, abdomen blando sin defensa, no dolor hipogástrico.
Miembros inferiores con fuerza 5/5 en todos los grupos musculares. Sensibilidad distal conservada y simétrica. Reflejos rotulianos simétricos" no considera que sea una urgencia traumatológica.
Se ajusta analgesia de 3 escalon y ante persistencia de dolor incoercible se solicita TC abdominal para descartar de patología renal.
El TC es informado como: "Sin patología aguda intraabdominal. Masa lítica en tercio posterior del octavo arco costal derecho de aspecto maligno, según se describe, así como múltiples lesiones líticas de comportamiento agresivo en el esqueleto axial incluido que condicionan erosión de las corticales (probables depósitos secundarios), de predominio en cuerpo vertebral D8 (sustituido en su práctica totalidad) y D9, y la mayor de 40 x 16 mm en el margen posterior de la pala iliaca derecha."
Dados los hallazgos es ingresado para completar estudio siendo diagnosticado finalmente de mielóma múltiple.

CONCLUSIONES

El paciente, previamente sin antecednetes relevantes, consulta por dorsolumbalgia de tiempo de evolución con claro empeoramiento en los últimos días que no controla a pesar de opiodes de alta potencia. La ausencia de hallazgos en la radiografía y la persistencia del dolor llevaron a la realización de un TAC abdominopélvico, que reveló la presencia de metástasis óseas múltiples.
En un paciente con dolor incoercible, las pruebas de imágenes no solo son recomendables, sino muchas veces esenciales para evitar retrasos diagnósticos que podrían derivar en secuelas irreversibles o complicaciones graves.
Es primordial diferenciar entre causas benignas y graves, tener en cuenta que la falta de respuesta a analgesia convencional y resistente a opioides, sugiere causa subyacente más compleja que no es puramente mecánica, como infiltración tumora,

compresión medular o procesos inflamatorios severos.
Las radiografías pueden ser no ser suficientes para detectar lesiones óseas tempranas, fracturas ocultas, infecciones o tumores, por lo que se requiere TAC o RMN para una mejor caracterización.
Identificar precozmente la causa permite tomar decisiones terapéuticas oportunas.

P. #1114

"DE LA COCINA AL BOX DE CRÍTICOS". CÓDIGO TRAUMA POR EXPLOSIÓN DE UNA OLLA A PRESIÓN

Andrea Gallardo Jiménez, Ana Rocío Villalón Sánchez, Carmen García Rosado, María Teresa Serrato Llamas
Hospital Serranía de Málaga, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales. Varón de 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas; hipertenso en tratamiento con enalapril de 5 mg diarios.
Enfermedad actual. Acude trasladado por el servicio de urgencias extrahospitalarias como Código Trauma por fractura abierta de fémur izquierdo a causa de una caída aparentemente provocada por la onda expansiva de una olla a presión que ha explotado en el domicilio mientras estaba haciendo de comer. Caída desde su propia altura, sin traumatismos de la propia olla ni con otros objetos, sin TCE ni pérdida de consciencia.
A su llegada a Urgencias, se realiza una evaluación primaria del paciente siguiendo el esquema ABCDE;
X: Sangrado activo en babeo a través de herida en muslo izquierdo, con exposición ósea, deformidad y gran hematoma circundante.
A: vía aérea permeable.
B: no asimetrías ni crepitación en tórax. A la auscultación, tonos rítmicos, con murmullo conservado en ambos campos. SatO2 99%, Frecuencia respiratoria 19.
C: TA 75/50 mmHg, Frecuencia cardiaca 120 lpm. Lesión exanguinante en cara externa de muslo izquierdo, con sangrado activo en sábana. Pulso distal muy débil, con frialdad y palidez distal.
D: Consciente y orientado. Escala de Glasgow 15/15. Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad 5/5. Sin focalidad neurológica. Glucemia 116 mg/dL.
E: Abdomen anodino. Pelvis estable. Sin otras lesiones cutáneas.
Se procede con la estabilización hemodinámica del paciente así como con las medidas ante una fractura abierta. Se administran 500 cc de SSF 0.9% a chorro + 1gr de ácido tranexámico en 10 min y posteriormente 1 gr a pasar en 8 h + 2 gr de cefazolina y 300 mg gentamicina + ⅓ de fentanilo diluido en 50 cc de SSF.
Se solicita Body-TAC y se cursa analítica de sangre y pruebas cruzadas en previsión a la necesidad de transfusión sanguínea.
Se comenta caso con traumatología y se procede intervención urgente.
En analítica de sangre, Hb . En Body-TAC: fractura desplazada de fémur izquierdo, con gran hematoma con burbujas aéreas de partes blandas, con foco hiperdenso de sangrado activo a nivel de rama arterial intramuscular en músculo vasto lateral.
Se realiza una reducción de fractura con fijador externo.
Trás la intervención quirúrgica de urgencia el paciente pasa a unidad de cuidados intensivos, con buena evolución y posterior ingreso a cargo de traumatología.
Juicio clínico. Fractura abierta transversa de tercio proximal de diáfisis fémur izquierdo grado IIIa de Gustilo. (por impacto de alta energía –> explosión de olla a presión). IQ: Reducción de fractura. Fijador externo.
- Anemia por pérdidas secundarias a fractura.

CONCLUSIONES

- En este caso se enfatiza la importancia de la evaluación y estabilización precoz en pacientes con fracturas abiertas de extremidades, particularmente aquellas asociadas con hemorragia activa. El manejo multidisciplinario entre los equipos de urgencias y traumatología permitió una atención oportuna, minimizando complicaciones hemorrágicas y sépticas. La rápida actuación con control del sangrado, antibioterapia temprana y cirugía de urgencia fueron claves en la evolución favorable del paciente.
- Se implementó el protocolo de reanimación inicial siguiendo el esquema X-ABCDE, destacando la aplicación de medidas para el control del sangrado, resucitación con fluidos, administración de ácido tranexámico y cobertura antibiótica precoz. La tomografía computarizada evidenció una fractura desplazada de fémur con un gran hematoma y sangrado activo de una rama arterial intramuscular, lo que justificó la intervención quirúrgica urgente con reducción y fijación externa.
- Finalmente, este caso resalta la necesidad de una adecuada formación en la atención inicial de politraumatizados y la aplicación de protocolos de control de hemorragia en Urgencias, asegurando una mejor supervivencia y recuperación funcional en este tipo de pacientes.

Bibliografía. Juntadeandalucia.es. https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2024/11/PAI_ATG_2020.pdf

P. #1128

DE LA URETRORRAGIA AL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: UN CASO DE RESURRECCIÓN CLÍNICA

Carmen Rosa Santamaría Gutiérrez, Joseline Maritza San Miguel Barros, Bruno Esteban Zambrana Moreno, Blanca Campos Vives, Lara María Montes Andújar

Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
Presentamos el caso de un paciente con debut de carcinoma urotelial de vejiga secundario a uretrorragia masiva que condicionó un shock hemorrágico asociado a parada cardiorrespiratoria por exanguinación con recuperación tras manejo avanzado.
Antecedentes personales
Sin alergias medicamentosas, hipertenso y dislipémico, fumador de hasta 60 cigarrillos al día con antecedente a destacar de EPOC tipo enfisematoso.
Enfermedad actual:
Acudió a nuestro servicio de urgencias un varón de 74 años traído en ambulancia por uretrorragia de tres días de evolución, requiriendo realización de vendaje compresivo a su valoración inicial en el domicilio. Asoció molestias a nivel genital con posterior irradiación a nivel abdominal hipogástrico. Niega otra sintomatología. Se intentó completar historia clínica con familiares, lo que resultó infructuoso.
Exploración física:
Constantes vitales; 124/ 63 mmHg, 89 lpm, afebril y saturación de 02 100% basalmente.
Mal estar general. Pálido y sudoroso, taquipneico y con lividece en regiones declives. Colaborador con exploración física, aunque parcialmente orientado, Glasgow 15/15.
Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: Lividece en región declive. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa.
Genitales: porta vendaje compresivo peneano, limpio.
Manejo inicial:
Se monitoriza al paciente y se realiza abordaje ABCDE canalizando dos accesos periféricos gruesos con toma de analítica sanguínea completa, gasometría venosa e inicio de sueroterapia intensiva, tratamiento hemostático y cloruro mórfico. Al valorar control de diuresis y manipular el vendaje compresivo se evidencia un sangrado activo y masivo lo que condiciona comunicación emergente con Urología para control del foco y se comenta el caso con Cuidados Intensivos.
Analíticamente se objetivó anemización severa (Hb 4 gr/dL) asociando leucocitosis 21,32 x10e3/µL con neutrofilia 16,31 x10e3/µL, sin trombopenia. Se extraen pruebas cruzadas para transfusión urgente, se mantiene ritmo intensivo de fluidoterapia, se adiciona antibioterapia de amplio espectro y se amplía estudio complementario con escáner abdomino-pélvico.
A la valoración por cuidados intensivos el paciente se encuentra en situación de shock hemorrágico refractario y se decide

traslado a su unidad.
Evolución
El paciente evoluciona a una parada cardiorrespiratoria por bajo gasto, de la que se recupera en ritmo sinusal sin secuelas tras manejo avanzado con politransfusión.
Se dispone del resto de parámetros analíticos solicitados inicialmente; Coagulopatía, Cr 8.60 mg/dL Urea 90.2 mg/dL Sodio 144.0 mmol/L Potasio 3.27 PCR 1.73 mg/L Lactato 10.00 mmol/L lo que condicionando una gasometría con acidosis metabólica hiperlactacidémica.
El escáner revela hidronefrosis derecha, vejiga ocupada por un gran coágulo intravesical y sangrado activo intravesical.
A la valoración por parte de Urología se comentó el caso con radiología vascular intervencionista de cara a control del foco de sangrado, que, sin embargo, no se objetiva durante su exploración. Se decidió, por tanto, cirugía de urgencia informando a la familia de situación de gravedad. Durante la intervención se objetivó un tumor vesical de aspecto sólido papilar en la barra trigonal derecha que se resecó con hallazgos anatomopatológicos de carcinoma urotelial invasivo de alto grado pT2 que tras completar estudio de extensión se confirma afectación ganglionar regional sin afectación a distancia.
Tras alta médica se comentó el caso en comité de tumores multidisciplinar y se consideró al paciente no candidato a cistectomía radical ni tratamiento quimioterápico sistémico, pero si apto para radioterapia de lecho tumoral. Actualmente en seguimiento por parte de Oncología y libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

El presente caso clínico permite actualizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de la uretrorragia, así como sus repercusiones inmediatas y potenciales complicaciones a largo plazo.

P. #1140

¿ES SIEMPRE UNA BUENA IDEA HACER DEPORTE SOLO LOS FINES DE SEMANA?

Marcelo Roomel Zevallos Romero, Leonard Mihaita Román, Paloma Gallego Rodríguez, Luis Díaz Vidal, María Jesús Estevez Rueda, José Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

El politraumatismo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población mundial, especialmente en los sectores jóvenes. Se refiere a la lesión múltiple de diferentes órganos o sistemas, consecuencia de un traumatismo severo, que afecta simultáneamente a diversos órganos o estructuras del cuerpo.
Presentamos el caso clínico de un varón de 49 años, sin APP de interés, traído por el SUMMA, tras sufrir accidente de tráfico, atropello por alcance posterior mientras que realizaba deporte (montar en bicicleta) a unos 30km/h con politraumatismo.
Evolución más examen físico:
TA: 100/60, FC: 100, FR:18, SpO2: 98%
Buen estado general. Portador de collarín cervical, Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. Afebril en el momento actual. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio.
En región supraclavicular derecha herida penetrante redondeada sin sangrado exterior en el momento actual de unos 2 cm de diámetro, con leve enfisema subcutáneo
Resto de la evaluación primaria y secundaria sin evidenciar otros hallazgos patológicos.
Pruebas realizadas en Urgencias:
-Analítica: Hemoglobina 14.20 g/dL Plaquetas 231.000, Leucocitos 22.50 10^3/µl (3.7 - 9.5), Neutrófilos 17.60 10^3/µl (1.5 - 6.5), resto sin alteraciones destacables
- TAC CRANEAL, cervical, toraco-abdomino-pélvico:
1. Hallazgos sugestivos de rotura diafragmática con saco herniario intratorácico de cuello
estrecho que contiene gran parte de cúpula hepática. Defecto diafragmático de 32 mm medido en plano AP.
2. Múltiples fracturas agudas:
- Cabeza: fx ambos peñascos y seno esfenoidal.
- Tórax: fx clavícula izquierda, costillas (1° costilla izquierda en dos puntos (unión condroesternal y arco posterior no desplazado) con hematoma extrapleural de 11 mm de espesor adyacente. * 2° costilla izquierda arco posterior. * 1° costilla derecha en la unión condrocostal
- Pelvis: fémur izquierdo, sacro y ramas pubianas.
3. Alteración esplénica inespecífica por pequeños hematomas intraparenquimatosos
Evolución:
Tras la valoración primaria y secundaria del paciente se realiza plan de actuación por sistemas.
Por la hernia diafragmática izquierda de origen traumático con herniación hacia el tórax de fundus gástrico, con resolución quirúrgica.
Fractura subcapital desplazada de fémur izquierdo, con reducción cerrada con osteosíntesis de cadera izquierda.
Ingresado en UVI médica por 2 semanas por destete complicado

por agitación en el despertar y posterior neumonía asociada a VM por morganella morgagni en BAS precisando drogas vasoactivas. Colocación de tubo de tórax el por abundante derrame pleural izquierdo con datos de hemotórax más mínima cámara de neumotórax.
TC abdomino-pélvico de control a las 2 semanas tras alta UVI médica, sin lesiones postraumáticas. Tras la estabilidad clínica, tolerancia oral, tránsito intestinal adecuado, alta en 5 semanas tras ingreso.

CONCLUSIONES

El pronóstico de los pacientes politraumatismo más rotura diafragmática depende de la gravedad de las lesiones asociadas, el momento de la intervención y la rapidez en la estabilización del paciente. Si se trata adecuadamente, la mayoría de los pacientes puede tener una recuperación completa sin secuelas importantes.
La cirugía de la rotura diafragmática debe realizarse a la mayor brevedad posible para evitar complicaciones a largo plazo. La técnica quirúrgica dependerá de la extensión y localización de la lesión, la aproximación debe ser a través de una cirugía mínimamente invasiva cuando sea posible.

P. #1157

MUAY THAI, ¿DEPORTE DE RIESGO?

Laura Codina Carballo, Adela Florinda Braña Cardeñosa, Macarena Campos Carreras, Andrea Lorda Valle, Sabela Martínez Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 24 años, fumador, sin antecedentes de interés ni medicación habitual que acude al servicio de urgencias por dolor en el primer dedo del pie izquierdo de un mes de evolución. Refiere que el dolor comenzó durante un entrenamiento de Muay-Thai, dando patadas, y se inició a nivel de región gemelar interna, progresando distalmente. Niega notar palidez o frialdad del miembro en ese momento. No claudicación soleogemelar. Desde entonces el dolor ha progresado, empeorando, sobre todo por las noches, por lo que acude al servicio de urgencias del hospital.
En la exploración se advierte en miembro inferior derecho pulsos tronculares a todos los niveles excepto pedio con movilidad y sensibilidad conservadas, sin lesiones tróficas. A nivel de miembro inferior izquierdo presenta bloqueo distal (poplíteo alto) con movilidad reducida de hallux, preservada en el resto del pie. No lesiones tróficas. Cianosis en pulpejo de hallux.
A nivel de pruebas complementarias:

- Analíticamente presenta una función renal conservada sin alteraciones iónicas, creatinquinasa normal y no elevación de reactantes de fase aguda. Hemograma y coagulación sin alteraciones.
- Eco-doppler arterial de miembros inferiores: trípode femoral sano y permeable. Arteria femoral superficial (AFS) sana con flujos trifásicos. Arteria poplítea permeable en P1-P2, objetivandose caída progresiva de onda. Impresiona P3 distal ocluida. No se lee buen flujo en troncos distales. Vena safena interna (VSI) 3 mm proximal y distal en torno a 2 mm.
- Arteriografía de miembro inferior izquierdo: oclusión de arteria poplítea (AP) en tercera porción, abundante circulación colateral, oclusión de arteria tibial posterior (ATP) y AP. Arteria tibial anterior (ATA) permeable por colateralidad con oclusión en el tobillo. Permeabilidad de arteria pedia.
- Angiotomografía computarizada de sistema aórtico femoral: oclusión brusca en segmento P3 de la AP izquierda. No se identifican flaps intimales que sugieran disección. Oclusión de ATP, AP y origen de ATA izquierdas, que distalmente se muestra permeable posiblemente por colateralidad al menos hasta tobillo. No se identifican otras alteraciones en la circulación arterial en miembros inferiores. No existe ateromatosis ni trombosis en ningún segmento de la aorta ni sus ramas, tampoco en el eje ilíaco ni en el eje arterial de miembros inferiores.

Evolución: el paciente ingresa en el área de observación del servicio de urgencias con sospecha de isquemia arterial aguda, solicitando valoración por cirugía vascular quienes confirman isquemia en este caso subaguda, por lo que el paciente ingresa en planta de hospitalización recibiendo tratamiento anticoagulante, alprostadil y cilostazol con buena evolución clínica con mejoría del dolor.

CONCLUSIONES

La isquemia arterial aguda o subaguda es una causa infrecuente de dolor en pacientes jóvenes sin factores de riesgo. Pero hay que sospecharla ante un paciente con antecedente traumático (en este caso deporte de contacto) con disminución de pulso periférico en la exploración física. El diagnóstico precoz es muy importante para prevenir una evolución tórpida y la progresión de la isquemia.

P. #1176

ISQUEMIA MESENTÉRICA, EL RETO ESTÁ EN LLEGAR A TIEMPO

Rubén Pérez García, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Marco Pérez Gómez, Ana Ramos Rodríguez, Ángela Arévalo Pardal, Laura Pajares Fernández

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo I en tratamiento con insulinoterapia y ramipril. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 6 horas de evolución sin acompañarse de náuseas, vómitos ni otra sintomatología. Consultó por cuadro similar tres días previos diagnosticándose de cólico renoureteral pautándose tratamiento con metamizol y tamsulosina. A su llegada hemodinamicamente estable, afebril presentando dolor localizado en hemiabdomen superior con defensa abdominal, signo de Blumberg positivo.
Se solicitó analítica de sangre presentando discreta leucocitosis con desviación izquierda y elevación de proteína C reactiva (54,6 mg/L). Ante la persistencia del dolor que no cedía pese a tratamiento analgésico de tercer escalón y signo de Blumberg positivo se solicitó tomografía computarizada abdominal con contraste en el que no se observaron alteraciones vasculares en ramas principales ni otros hallazgos significativos. Se contactó con cirugía general para que valorase al paciente indicando no precisar tratamiento por su parte en el momento actual. El paciente fue ingresado en el Servicio de Digestivo repitiéndose prueba de imagen a las 8 horas evidenciándose una isquemia mesentérica y colónica, intervenido quirúrgicamente de urgencia y trasladado a unidad de cuidados intensivos pendiente de trasplante intestinal.

CONCLUSIONES

En urgencias se desempeña un papel crucial en brindar atención inmediata a pacientes que presentan emergencias médicas, pero en ocasiones hay que enfrentarse a patologías en un estado de aparición incipiente, cobrando especial importancia el juicio clínico del medico que puede marcar la diferencia entre una intervención efectiva, influyendo así en la supervivencia del paciente.
Nos encontramos en una etapa en la que la medicina está centrada en la utilización de pruebas complementarias para llegar al diagnóstico e iniciar el tratamiento después de las misma. Pero estas en muchas ocasiones no son capaces de detectar estadios tempranos de la enfermedad o pueden dar lugar a error al realizar la técnica, produciéndose así un retraso en el diagnostico y en el tratamiento generando un aumento de la morbimortalidad.
La decisión de ingreso en este caso fue decisiva, tomada por el médico de urgencias tras descartarse patología urgente en las pruebas de laboratorio e imagen y tras ser desestimado por parte de cirugía. De no haber sido así es probable que se hubiera retrasado aún más el diagnostico y el tratamiento produciendo el fallecimiento del paciente. No hay que olvidar que la anamnesis

y la exploración física son una de las bases de la competencia profesional del médico, y que muchas veces proporciona más información que pruebas complementarias realizadas.

P. #1253

MÁS ALLÁ DE UNA LUMBALGIA

Ester García Solivelles[1][2], Lucía López Martínez[1], Cristina Gasós García[1], Laura Lafuente Muñoz[1], Joaquín López Miota[1], Rosalía Vidal Baños[1]

1. Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España
2. Centro de Salud de Paterna, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años que acude al servicio de urgencias por lumbalgia de un mes de evolución que no mejora a pesar de tratamiento analgésico. Es dado de alta con ajuste de analgesia y seguimiento por atención primaria.
Dos meses más tarde, consulta de nuevo derivado desde el servicio de rehabilitación por empeoramiento de la clínica presentando pérdida de fuerza progresiva, imposibilidad para la flexión dorsal del pie derecho con arrastre del mismo e hipoestesias bilaterales.
Asocia sensación de rampa al ponerse de pie con posterior debilidad generalizada más acentuada en lado derecho, con pérdida de equilibrio si no se ayuda de bastón.
No alteraciones esfinetrianas. No traumatismo previo. No fiebre ni clínica infecciosa.
Antecedentes médicos:
- Epilepsia en la infancia. Sin tratamiento
- Tóxicos: Fumador ocasional (1-2 cigarrillos/semana)
Tratamiento médico habitual:
Escitalopram 20mg
Exploración física:
Tª: 37°C (timpánica) TA: 134/87mmHg FC: 100lpm SatO2: 98% aire ambiente
- Miembros superiores: Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos.
- Miembros inferiores :
• Flexión cadera: derecha 4/5 izquierda 4/5
• Extensión cadera: derecha 4/5 izquierda 4/5
• Flexión rodilla: derecha 4/5 izquierda 5/5
• Extensión rodilla: derecha 4/5 izquierda 5/5
• Flexión dorsal pie: derecho 4/5 izquierdo 5/5
• Flexión plantar pie: derecho 4/5 izquierdo 4/5
• Reflejos osteotendinosos abolidos aquíleo y rotuliano bilateral
• Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral
• Hipoestesia en territorio L4 bilateral
Pruebas complementarias:
- ANALÍTICA SANGRE: Sin alteraciones.
- RESONANCIA MAGNÉTICA COLUMNA COMPLETA, URGENTE:
Lesión ósea destructiva de 47x34mm en vertiente izquierda de soma L4 que se extiende a pedículo y que condiciona compreisón del foramen neural L4-L5 izquierdo y ocupación de canal con una estenosis mayor del 50% de predominio en receso paracentral izquierdo.
La lesión presenta una señal isointensa en T2 y con restricción difusión, hallazgo que junto con la ausencia de otras lesiones sugiere como 1ª posibilidad diagnóstica un plasmocitoma sin poder descartar metástasis única.
En columna cervicodorsal no se identifican lesiones agresivas (hemangiomas dorsales típicos).

Médula sin signos de mielopatía ni compresiones extrínsecas.
Conclusión: Lesión ósea en soma L4 sugestiva de plasmocitoma con estenosis de canal y foraminal izquierda.
Ante la clínica que presenta el paciente se contacta con traumatología de guardia para valorar tratamiento urgente pero al tratarse de clínica progresiva sin signos de cono medular ni cola de caballo, se desestima descompresión urgente.
Se ingresa al paciente en sala de hematología para estudio del caso dada la sospecha de plasmocitoma como primera opción diagnóstica.
Diagnóstico diferencial: Fractura vertebral patológica, hernia discal compresiva, espondilitis, osteomielitis, espondilolistesis, mielopatía, metástasis.

CONCLUSIONES

El plasmocitoma es una neoplasia de células plasmáticas productoras de una inmunoglobulina monoclonal y son de localización más frecuentemente en hueso, aunque también se pueden encontrar en tejidos blandos (plasmocitoma extramedular). Cuando la localización es vertebral, se suele presentar como lumbalgia ± compromiso neurológico.
La lumbalgia, es un problema de salud con una prevalencia de un 70% aproximadamente y es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria y urgencias, por lo que habrá que prestar atención a la posible presentación de signos de alarma asegurándose si se trata de un dolor mecánico o inflamatorio, si presenta síndrome de la cola de caballo, síndrome radicular etc.
En el caso expuesto destaca la importancia de una buena anamnesis y evolución de la clínica así como una minuciosa exploración física analizando la fuerza, sensibilidad y la presencia o no y de qué forma, de los reflejos osteotendinosos dado que eso nos permite orientar el caso a la presencia o no de afectación del sistema nervioso que determina la urgencia de la solicitud de pruebas complementarias para el diagnóstico clínico.

P. #1258

DE LA BICICLETA AL QUIROFANO: UN VIAJE SIN FRENOS

Lorena Martín Horcajada, María Gema Gómez García, María Fátima Férnandez Salgado, José Herrera Díaz, Paula De Bautista López, Laura Royuela Del Olmo
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia Actual: Varón, 78 años,acude por su propio pie a urgencias ,tras caída en bicicleta, con traumatismo en hombro derecho, tórax, nariz y espalda. Comienza bruscamente con sensación de cuerpo extraño en faringe y dificultad para tragar . Antecedentes Personales : Fibrilación Auricular permanente. Accidente isquémico transitorio en 2021. Quirúrgicos: artrodesis cervical,y prótesis de rodilla izquierda.
Exploración Física: Consciente y ansioso, buenas constantes Saturación de oxígeno al 98% y frecuencia respiratoria (FR) 24rpm. Hiperventilación y sialorrea. Cabeza y Cuello:dolor intenso en la región cérvico-dorsal. Orofaringe normal. Auscultación Cardiopulmonar: rítmico , no soplos, Murmullo Vesicular conservado. Dolor a palpacion muscular paravertebral bilateral dorsal, Abdomen sin hallazgos Extremidades no edemas, pulsos periféricos conservados. Neurológicamente orientado y Glasgow 15.
Evolución Inicial y Pruebas Diagnósticas
Otorrino, realiza fibroscopia sin hallazgos relevantes. El paciente comienza con dificultad respiratoria, y se traslada al Box Vital, se realiza tomografía computarizada (TC) de cuello, que revela un hematoma cervical de 27x7x5 cm desde la encrucijada cérvico-torácica hasta el mediastino medio, ejerciendo efecto de masa sobre el esófago y la tráquea y reduciendo su calibre que proviene de arterias vertebrales a nivel de C6-C7. Tomografía craneal y abdominal sin alteraciones.
Analítica: Índice internacional Normalizado (INR) elevado (3.44) ,hemoglobina normal, se inicia tratamiento con de Octaplex y vitamina K. Analgesia con fentanilo, mejorando cuadro ansioso y dolor. Es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
Se procede a intubación orotraqueal mediante videolaringoscopia dificultosa. La ecografía cardíaca muestra ventrículo izquierdo parcialmente colapsado que impresiona de hipovolemia.
Se traslada a Cirugía torácica del hospital de referencia
Intervención Quirúrgica y Recuperación
Intervenido de urgencia por Cirugía Torácica realizan drenaje del hematoma mediastínico posterior. En el TAC postquirúrgico identifica fractura inestable de C7, que muestra lesión medular incompleta a este nivel y se somete a una segunda intervención conjunta de traumatología y neurocirugía vascular, realizándose una artrodesis cervical.
Tras 25 días de hospitalización, es dado de alta
Diagnóstico Final

- Hematoma periesofágico de 27x7x5 cm en unión esofagogástrica, con signos de sangrado activo.
- Shock hemorrágico con compresión mecánica extrínseca mediastinica.
- Fractura de C7 con lesión medular incompleta (Asia E).
- Fractura de arcos costales de 5° y 9° costillas

CONCLUSIONES

Este caso clínico representa un conjunto de entidades poco frecuentes que evolucionaron de manera compleja. Destaca la importancia de una evaluación clínica exhaustiva y un diagnóstico diferencial preciso en situaciones de urgencia, así como la necesidad de intervención multidisciplinaria para un manejo óptimo del paciente.

P. #1260

ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

Tania Adalgisa Jiménez Lora, Vanesa Blanes Castañer

Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud de La Fábrica, Alcoy, Alcoy, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 75 años sin antecedentes previo de interes, G4 P3 CST1, Menopausia 50 años, desde entonces nunca ha sangrado que refiere haber notado, desde hace 8 días, hinchazón abdominal que aumenta al acostarse y se acompaña de una leve molestia. Niega pérdida de peso, síntomas digestivos, sangrado vaginal, cambios en el patrón evacuatorio o síndrome constitucional.
Exploración física:
· Abdomen: Presencia de una masa de aproximadamente 7 cm en el cuadrante inferior derecho del abdomen que no cruza la línea media y no se modifica con la maniobra de Valsalva ni con la tos.
Exploraciones complementarias
Pruebas de laboratorio:
· Bioquímica: Glucosa 99 mg/dL, urea 34 mg/dL, creatinina 0.61 mg/dL, sodio 140 mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, PCR 0.1 mg/dL, bilirrubina total 0.20 mg/dL, ALT 11 U/L, amilasa total 90 U/L, lipasa 87 U/L.
· Hemograma: Hemoglobina 10.9 g/dL, VCM 81 fl leucocitos 6.83 miles/µL, plaquetas 287 miles/µL.
· Marcadores tumorales: CA 125: 49 U/mL (0,0-35,0)
· Orina: Normal.
Pruebas de imagen:
· Radiografía de abdomen: Silencio abdominal con pérdida de la reacción normal de la ampolla rectal.
· Ecografía transvaginal: Útero aumentado de tamaño a expensas de una hidrometra de 10 × 6 cm. Imagen en el fondo uterino de 19 × 20 mm, vascularizada e irregular. En la topografía anexial izquierda, se observa una masa anecoica bien delimitada de 74 × 72 mm sin tabiques ni papilas. No se visualiza el ovario izquierdo. No se observa líquido libre.
· Resonancia magnética (RMN): Hidrometra uterina con una masa sólida en la pared lateral izquierda de 3 × 1.7 cm, con características radiológicas sospechosas de malignidad, compatible con neoformación endometrial primaria/adenocarcinoma (Estadio IB, FIGO). GIRADS 4.
· Tomografía computarizada (TC) abdominal: Tumoración neoformativa hipogástrica probablemente de dependencia uterina . Quiste simple de ovario derecho.
· Biopsia: Muestra: endometrio cara lateral izquierda : Carcinoma de células claras, entre abundante material necrótico.
Se diagnostica adenocarcinoma de endometrio, por lo que se decide realizar cirugía seguida de tratamiento adyuvante.
Evolución y tratamiento
La paciente es intervenida quirúrgicamente con histerectomía total más doble anexectomía. La evolución postoperatoria es favorable, sin complicaciones inmediatas. Se inicia tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia según el protocolo oncológico establecido.

CONCLUSIONES

· Importancia de la localización de la masa abdominal: La presencia de una masa en hipogastrio o fosas ilíacas debe hacer sospechar patología ginecológica, lo que resalta la necesidad de una evaluación detallada.
· Alta frecuencia del adenocarcinoma de endometrio: Es el tumor maligno más común del aparato reproductor femenino, lo que justifica la necesidad de un diagnóstico precoz.
· Valor de la autoexploración y la historia clínica: En este caso, la detección temprana por parte de la paciente y una adecuada anamnesis permitieron identificar la enfermedad en una fase inicial, favoreciendo el tratamiento oportuno.
· Relevancia del diagnóstico temprano: Identificar el adenocarcinoma antes de su extensión mejora significativamente el pronóstico y las opciones terapéuticas.

P. #1280

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POTENCIALMENTE GRAVES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL: COMPARACIÓN ENTRE INGRESADOS EN UCI Y NO INGRESADOS TRAS VALORACIÓN PRIMARIA

Giuseppe Dominijanni, Silvia Ruiz De Castañeda Menéndez, Borja Muriente Orio, José Antonio Galiano Gordillo, Antonio F Caballero Bermejo, Joaquín López Pérez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El politraumatismo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su manejo inicial es clave para garantizar una adecuada evolución clínica. La clasificación de gravedad en estos pacientes se basa en criterios fisiológicos, anatómicos, del mecanismo lesional y comorbilidades, según el American College of Surgeons. Sin embargo, algunos pacientes inicialmente catalogados como potencialmente graves pueden no requerir ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva (SMI)

OBJETIVO

Describir y comparar las características de los pacientes politraumatizados
potencialmente graves, atendidos en un centro de tercer nivel, diferenciando entre aquellos que requieren ingreso en la UCI y los que no.

MÉTODO

Análisis descriptivo (enero 2023 – abril 2024) que incluyó a pacientes
politraumatizados clasificados en la atención inicial como potencialmente graves según los criterios del American College of Surgeons (fisiológicos, anatómicos, mecanismo lesional y comorbilidades). Se recogieron datos clínicos y demográficos. Variables cuantitativas: mediana (IQ25-IQ75) y variables categóricas: valor absoluto y/o %. Análisis estadístico: t de Student (variables cuantitativas) y Odds Ratio (OR; variables cualitativas), con sus respectivos intervalos de confianza.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 200 pacientes, 100 requirieron ingreso en UCI vs. 100 que no lo requirieron tras la valoración primaria. No se demostraron diferencias significativas en la edad (43.9 (39.6-48.2) vs. 45.2 (41.3-49.1) años) y el género varón (66 (66%) vs 60 (60%)). Los pacientes ingresados en UCI presentaron puntuaciones más altas en el Injury Severity Score (19 (17-20.9) vs. 7.4 (6-8.9); p<0.001) y más bajas en el Revised Trauma Score (7 (6.8-7.3) vs 7.8 (7.7-7.9); p< 0.001).
De entre los mecanismos lesionales, solo la precipitación mostró un aumento significativo del riesgo de ingreso en UCI (25% vs 10%; OR 3 (IC95 1.4–6.6; p=0.007)). Las caídas accidentales desde

propia altura mostraron una tendencia al aumento del riesgo de ingreso en UCI sin alcanzar la significación estadística (19% vs. 10%; OR 2.1 (IC95 0.9-4.8;
p=0.075)). Los accidentes de circulación no se relacionaron con un incremento de ingreso en UCI, actuando el accidente de coche como factor protector: motocicleta 13% vs. 17%; OR 0.7 (IC95 0.3-1.6; p=0.423) y coche 14% vs. 37%; OR 0.3 (IC95 0.1-0.6; p<0.001).
Los pacientes ingresados en UCI mostraron estancias hospitalarias más prolongadas (17.5 (14.3-20.7) vs 6.7 (0-14.1) días; p=0.009) y una mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria (13% vs. 0%; p=0.018).

CONCLUSIONES

Las escalas pronósticas son una herramienta útil a la hora de discriminar al
paciente politraumatizado grave. Los pacientes precipitados o con caídas desde su propia altura presentan una mayor gravedad que aquellos provenientes de accidentes de circulación.
En conjunto, los criterios de valoración empleados permiten realizar una adecuada discriminación del paciente grave que se beneficia del ingreso en UCI.

P. #1295

YA SOY MAYOR PARA ESTAS COSAS

Vanessa Heras Fernández, María Dolores Tuñon Leiva, Wael Humaid Alqadoumi, Myriam Barcina Rodríguez, María De Los Ángeles López López

Hospital Príncipe Asturias, Alcala Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 17 años sin antecedentes personales de interés que acude a servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de aproximadamente dos semanas de evolución. Ha presentado deposiciones más líquidas en los últimos días, no ha tenido fiebre pero ha disminuido la ingesta oral.
En la exploración física se encuentra despierta y alerta. Destaca coloración pálida de piel y sequedad de mucosas. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. El abdomen se encontraba blando y depresible con dolor a la palpación a nivel de hemiabdomen izquierdo.
Se solicita analítica donde no se evidencia leucocitosis, creatinina 0,63mg/dl, sodio 136 y potasio 4. PCR 45. En la radiografía de abdomen se evidencia abundante gas y distensión del marco cólico con un calibre máximo de 8 cm a nivel de colon transverso. Dada la clínica y los hallazgos en la radiografía se solicita TAC abdominal.
En el TAC realizado destaca a nivel de fosa iliaca izquierda una imagen de “asa en asa “en el intestino delgado en relación con invaginación intestinal , posiblemente yeyuno-yeyunal debido a su localización , con cabeza de invaginación de 10 mm sin observarse lesiones asociadas. Las asas intestinales inmediatamente proximales presentan un calibre máximo de 25mm con contenido líquido en su interior sin signos de sufrimiento de asas.

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal constituye una causa poco frecuente de obstrucción mecánica en el adulto. Tiene una baja incidencia en el adulto al contrario de lo que sucede en los niños. La principal manifestación es el dolor abdominal tipo cólico acompañado de náuseas y vómitos pudiendo asociar un cuadro bioquímico inflamatorio. En la mayoría de ocasiones asocia una lesión orgánica.
Debido a que es una enfermedad muy poco frecuente en los adultos la mayor parte de los pacientes son intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de oclusión intestinal y solo cerca de una tercera parte tiene el diagnóstico preoperatorio de invaginación intestinal
Cuando se presenta en la edad pediátrica suele manifestarse como un cuadro oclusivo y la causa más frecuente de obstrucción intestinal es entre los 3 meses y los 6 años de edad.
La paciente permaneció en urgencias con tratamiento sintomático y sueroterapia hasta conseguir mejoría clínica y tras probar adecuada tolerancia fue dada de alta.

P. #1307

DOLOR LUMBAR, SÍNTOMA PROMINENTE DEL MIELOMA MÚLTIPLE

Ezequiel José Blázquez Esquiva
Hospital Vega Baja De Orihuela, Orihuela, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años, en seguimiento desde hace 3 años por Mieloma Quiescente (MQ) sin clínica hasta la fecha, acude por dolor lumbar (DL), sin irradiación, que ocurre durante la movilización dorsal, de 3 semanas de evolución. El dolor es de predominio nocturno y se intensifica con el descanso. Es progresivo y no se alivia con analgésicos de primer nivel.
- Exploración y pruebas complementarias
BEG, afebril. TA 132/64, FC 65 lpm. Auscultaciones normales a pesar de numerosos cuadros respiratorios. Dolor a la movilización activa de la columna dorsal-lumbar, con limitación del movimiento. Lasegue negativo.
Resto de la exploración, incluidas radiografías, anodinas.
TC Tórax/Abdomen: lesión lítica en T5 con partes blandas comprimiendo médula; T7 con fractura y leve hundimiento del platillo superior sin afectación del muro posterior; lesiones líticas vertebrales en T7, T10 y L2.
Se solicita analítica completa con proteinograma: PCR 13 mg/dl, Ca corregido en límite superior, y proteinograma con componente monoclonal IgG kappa de 7.620 mg/dL (<1.600) con una disminución profunda de IgM <16,6 mg/dL (>40).
- Juicio Clínico
Mieloma Múltiple (MM) en progresión, con múltiples lesiones vertebrales agudas.
- Diagnóstico Diferencial
Existen distintos tipos de DL: mecánico, inflamatorio, infeccioso, metabólico o neoplásico (nuestro caso). Entre las enfermedades que resulta más difícil diferenciar se encuentran: hernias de disco, espondilosis, osteoporosis y espondilodiscitis, entre otras. Además, será factible buscar otros signos de MM como hipercalcemia, proteinuria, hipogammaglobulinemia, hiperviscosidad o infecciones de repetición, que será quienes nos orienten a un diagnóstico de certeza.
- Tratamiento y Evolución
Ante la sospecha de progresión a MM sintomático, se inició tratamiento inmediato con bortezomib, talidomida y dexametasona (VTD) en combinación con Daratumumab. Durante el seguimiento, el paciente presentó diversos efectos secundarios como prurito, parestesias, náuseas, diarrea y adenopatías, lo que generó preocupación y dudas sobre la continuidad del tratamiento. Con el ajuste de la terapia, se logró estabilizar su sintomatología, aunque las parestesias persistieron. Debido a la alta carga tumoral y la ocupación medular por células plasmáticas, se realizaron varias sesiones de aféresis para reducir la sobrecarga celular en la médula ósea. Posteriormente, el paciente fue considerado candidato para trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE) tras inmunosupresión con Melfalán, logrando una remisión clínica significativa hasta la actualidad.
El seguimiento periódico ha permitido monitorizar la respuesta al tratamiento, observándose estabilidad de la enfermedad sin signos de progresión a la fecha.

CONCLUSIONES

MQ cumple criterios de MM, pero sin clínica. En cambio, todos progresan a MM con un tiempo mediano entre 1 y 3 años. Así, el dolor lumbar en contexto de MM debe ser evaluado, especialmente, si hay refractariedad, osteólisis, fracturas vertebrales, compresión medular o deterioro neurológico. Por tanto, es crucial detectar signos de alarma y progresiones rápidas en el MM, y brindar un tratamiento específico y precoz para mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento temprano y la monitorización continua son clave para el manejo adecuado de la enfermedad y la reducción de complicaciones asociadas.
Los objetivos a destacar del caso son:
1. Identificar precozmente la progresión del MQ a MM sintomático mediante la evaluación clínica.
2. Detectar signos de alarma como dolor refractario, osteólisis, fracturas vertebrales y compromiso medular para llegar a un diagnóstico precoz.
3. Brindar un tratamiento integral que permita mejorar la calidad de vida del paciente y minimizar complicaciones asociadas.
4. Evaluar la respuesta al tratamiento con terapias dirigidas y considerar opciones terapéuticas como el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.
5. Monitorizar de manera continua la evolución de la enfermedad para ajustar la estrategia terapéutica según la respuesta del paciente.
6. Recalcar la importancia de revisar siempre los antecedentes personales de los pacientes.

P. #1318

¿PUEDE LA OBESIDAD ENMASCARARNOS PATOLOGÍAS?

Belén Tortajada Hernández, Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Juan Martín Pilares Barco, Lucía Ros Dopico
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años, con antecedentes personales de obesidad, hipertensión arterial, hepatitis autoinmune (HAI) en tratamiento con prednisona y azatioprina (ingreso reciente hace 1 mes por brote moderado). Colonoscopia de 2017 (hallazgos de diverticulosis, hemorroides y pólipo subcentimétrico) y TAC abdominal de hace un mes sin hallazgos patológicos a nivel intestinal.
Acude a Urgencias por estreñimiento de 4 días de evolución, dolor y distensión abdominal asociado, con empeoramiento en las últimas 24 horas. Ausencia de ventoseo desde hace 3 días. Náuseas sin vómitos. Mala tolerancia oral. Sensación distérmica no cuantificada. No sintomatología urinaria.
A la exploración consciente, orientada, normocoloreada y eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, con murmullo vesicular conservado. En Abdomen ruidos hidroaéreos disminuidos, distendido, globuloso, doloroso a la palpación generalizada predominantemente en hipogastrio,signos de irritación peritoneal.
Se inicia analgesia y se solicitan pruebas complementarias con presencia de discreta elevación de reactantes de fase aguda en analítica y dilatación de asas de intestino grueso en radiografía abdominal, con signos de edema de asas. Se decide solicitar TAC abdominal con presencia de neumoperitoneo y ascitis moderada compatibles con perforación intestinal de probable origen diverticular.
Se inicia antibioterapia empírica (Metronidazol + Ciprofloxacino), glucocorticoides a dosis de estrés por insuficiencia suprarrenal secundaria a corticoterapia prolongada y se avisa a Guardia de Cirugía General quienes realizan laparotomía urgente con hallazgos de peritonitis purulenta de los cuatro cuadrantes con perforación en sigma de aproximadamente 1 cm de diámetro. Durante el ingreso presenta deterioro grave de la función renal y hepática, anasarca y encefalopatía de predominio hepático que desencadena en el fallecimiento de la paciente.
Juicio clínico: Abdomen agudo secundario a diverticulitis aguda perforada en paciente con diverticulosis colónica.

CONCLUSIONES

Se han descrito ciertas enfermedades del aparato digestivo asociadas con el sobrepeso y la obesidad, entre las cuales debemos destacar los adenomas del colon, el cáncer de colon y la enfermedad diverticular del colon.
Diversos estudios presentan como factor de riesgo de aparición de complicaciones de la enfermedad diverticular del colon a pacientes con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 40 kg/m2, en comparación con los pacientes que tuvieron IMC por debajo de 25 kg/m2.
Es por ello que debemos estar vigilantes en aquellos pacientes con obesidad y dolor abdominal que acudan al servicio de urgencias, ya que existe una gran probabilidad de que presenten condiciones de severidad así como complicaciones de patologías subyacentes.

P. #1324

NO TODAS LAS FRACTURAS SON SOLO FRACTURAS

Miguel Moreno Martín[1], María Begoña Suárez Rodríguez[2]
1. CS Trobajo del Camino, León, España
2. Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, que acude a Urgencias por omalgia tras caída desde su propia altura con contusión sobre hombro derecho. El paciente indica previamente una tumoración de partes blandas en la región escapular derecha, que le ha ocasionado limitación funcional y dolor local que ha ido incrementando en intensidad con el paso de los meses, sin clara mejoría con los primeros escalones analgésicos, que le ha llevado a realizar pruebas complementarias por cuenta propia. A la exploración destaca masa de partes blandas, dura, no móvil y no dolorosa a la palpación en región escapular derecha, con limitación para la movilidad del hombro derecho por dolor, sin presentar afectación neurológica ni vascular a nivel distal.
Se le realiza Radiografía humeral AP y lateral de hombro derecho, donde se identifica una fractura de características patológicas en cabeza humeral y cuello del humero.
Dadas las características de la lesión, el paciente nos aporta informes de pruebas complementarias, donde destaca una ecografía que visualiza una masa hipoecogénica subescapular y deltoidea de 5,1 × 3,9 cm, con vascularización escasa y sin clara afectación del tendón del bíceps; y una resonancia magnética que evidencia una lesión intraósea en el extremo proximal del húmero con interrupción cortical, componente extraóseo y afectación de partes blandas, lo que sugiere una neoplasia ósea primaria con extensión a tejidos blandos o una neoplasia de partes blandas con metástasis óseas.
Tras la valoración por Traumatología, se inmoviliza el hombro con cabestrillo y se deriva al paciente a la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna dado el antecedente de tumoración de partes blandas y la fractura patológica para completar el estudio etiológico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico inicial de una fractura patológica en Urgencias debe ir acompañado de una evaluación integral para determinar su causa subyacente. En este caso, la combinación de imagen y antecedentes clínicos orientó hacia una neoplasia agresiva, requiriendo una rápida coordinación con la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna para completar el estudio. El manejo en Urgencias se enfocó en la estabilización del paciente mediante la inmovilización del miembro afectado y el control del dolor, permitiendo minimizar el impacto funcional y facilitar la evaluación posterior. El enfoque multidisciplinario permite una transición eficiente desde el servicio de Urgencias asegurando que el paciente reciba una atención estructurada y priorizada a fin de diferenciar en este caso entre una lesión metastásica o una neoplasia ósea primaria, lo cual determinará el abordaje terapéutico de nuestro paciente y de igual modo, su pronóstico.

P. #1326

UNA CAÍDA DE ALTURA. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA INMOVILIZACION PRECOZ

Marina Esther Cillanueva Ortiz, Delia Herranz Benito, Patricia González Cuadrado, Alba Hernando Mate, Paula Queizan García, Francisco Ubet Barbera
Hospital General Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Trasladado en SVA por caída accidental de unos 3 metros de altura, presentando TCE grave.
EXPLORACIONES FÍSICAS. Neurológica: GCS 13 pupilas midriaticas, otorragia izquierda y rinorragia.
Resto de exploración normal.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
BODYTAC: Focos de hemorragia subaracnoidea en surcos fronto-parietales derechos con focos de hemorragia intraparenquimatosa en región fronto-temporales ipsilaterales y focos de hemorragia extraxial frontal derecho
que sugieren hematoma subdural de reciente inicio.
Región temporal izquierda hematoma extraxial de 10 mm de espesor que sugiere hematoma epidural, presenta algunas burbujas aéreas en su interior; inmediatamente inferior a este hematoma subdural de hasta 5 mm de espesor.
Dos trazos de fractura en hueso temporal izquierdo no desplazadas, una con compromiso del peñasco ipsilateral. Hemoseno esfenoidal bilateral con trazo de fractura no desplazada en la pared inbferolateral del seno esfenoidal izquierdo y un trazo de fractura no desplazada en la pared postero-superior del seno esfenoidal derecho. Portadora de collarín lo que limita la valoración de la estática de la columna, en lo valorable presenta adecuada alineación en planos coronal y sagital.
Tórax: Tubo orotraqueal con extremo distal en bronquio principal derecho con desviación del mediastino hacia la izquierda y atelectasia completa del hemitórax izquierdo, en el hemitórax derecho no se evidencia. No hay trazos de fractura. Enfisema celular subcutáneo adyacente a ambas clavículas, sin identificar trazos de fractura.
ANALÍTICA.
HB de 10.90 g/dl (12-16) Hematíes 3,74x10^6/µL (4,1-5,1) Hematocrito 33,50 %(35-48). Lactato deshidrogenasa (LDH)315 U/L(105-233) Creatina kinasa (CK) 241 U/L (26-192).
Gasometria con perfil de acidosis respiratoria pH7,22 , Sat O2 74,1% Lactato4,5 mmoL/L(0,5-2,2)
TRATAMIENTO.
- 6 Mg midazolam. 50 mcg Fentanilo. 8 mg de Ondansetron.1 gr Ácido tranexamico. 750 cc de SSF 0.9%

Derivación a UCI
EVOLUCIÓN. Intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se decide traslado a Valladolid a Unidad de neurocirugía para evacuación de hematoma, valorado por ORL presentado fx seno esfenoidal izquierdo adyacente al conducto carotideo, fx de la escama del hueso temporal izquierdo con extensión al peñasco izquierdo con hemotimpano, se mantiene tratamiento conservador.
A los 2 días extubada con alteración en el lenguaje por lo que se

comenta con Neurofisiologia para descartar crisis comiciales las cuales se descartan tras realización de EEC.
A las 24horas mejoría clínica significativa con mejoría del lenguaje, refiriendo cefalea. Evoluciona favorablemente que deriva a planta de hospitalización.
Tras 8 días de ingreso alta con:
- Hematoma epidural, Hematoma subdural frontal derecho y temporal izquierdo, Hemorragia subaracnoidea en surcos fronto-parietales derechos, Hemorragia intraparenquimatosa en región fronto-temporales ipsilaterales, Fracturas de hueso temporal izquierdo, Hemoseno esfenoidal bilateral con trazo de fractura no desplazada en la pared inbferolateral del seno esfenoidal izquierdo y un trazo de fractura no desplazada en la pared postero-superior del seno esfenoidal derecho, Hematoma subdural de fosa posterior.

CONCLUSIONES

Los traumatismos accidentales graves representan en España la tercera causa global de muerte en todos los rangos de edad.
Los primeros minutos tras el incidente, lo que clásicamente se denomina hora dorada o “golden hour”, son los fundamentales para el inicio de los cuidados. El 50% de las muertes de pacientes con traumatismo grave se produce antes de ser atendidos en una Urgencia hospitalaria. De los pacientes que llegan a ser atendidos en un hospital de primer nivel, el 60% fallecen en las primeras 4 horas. Por lo que, una actuación rápida, eficaz y guiada por un equipo especializado con protocolos de trabajo para traumatizados graves va a modificar las cifras de muertes de manera directa.
El abordaje inicial del politraumatismo requiere una actuación sistematizada. Hay dos aspectos fundamentales que no se deben olvidar nunca en la atención a un paciente politraumatizado:
- Priorizar las fases asistenciales del ABCDE y una reevaluación periódica.

P. #1338

ABSCESO ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberto Chacón Poveda, Rocío López Valcárcel, José Manuel García Álvarez

Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca De La Cruz, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 26 años sin antecedentes médico-quirúrgicos que refiere desde hace aproximadamente 36 horas dolor en hemiabdomen inferior acompañado de náusea sin vómito y hasta 4-5 deposiciones diarreicas sin productos patológicos, además de sensación distérmica no termometrada en domicilio. Refiere polaquiuria y disuria en este contexto. Sin otra sintomatología. Niega posibilidad de embarazo, fecha de última regla hacía 12 días.
Constantes vitales a su llegada: Frecuencia cardíaca 126 latidos por minuto, Tensión arterial: 126/75 mmHg, Saturación oxígeno a aire ambiente: 96%. Temperatura: 38,1°C.
Exploración física: Buen estado general. Consciente y orientada. Exploración cardiopulmonar en la normalidad. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. Doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, focalizado en hipogastrio. Presenta defensa abdominal voluntaria, sin signos de irritación peritoneal generalizada. Puñopercusión renal izquierda dudosa, derecha negativa.
Ante situación clínica se administra Paracetamol 1 gramo intravenoso y se realizan pruebas complementarias: análisis de sangre (gases venosos, bioquímica con reactantes de fase aguda (RFA), coagulación, hemograma) y orina (anormales y sedimento, test de gestación).
Se obtiene un test de gestación negativo con orina no patológica, por lo que se realiza radiografía de tórax y abdomen simple en bipedestación, las cuales no muestran signos patológicos.
En analítica de sangre se objetiva elevación de proteína C reactiva a 36,9 mg/dL, procalcitonina a 4,4 ng/mL, leucocitosis de 27670 unidades/microlitro y alteración de la actividad de protrombina (38%).
Dada la exploración y los resultados de las pruebas complementarias se decide paso a camas de observación en Urgencias y realización de ecografía de abdomen que se convierte a TC sin contraste que es informado como posible proceso inflamatorio pélvico: hidrosálpix versus piometria. Ante dichos hallazgos es valorada por ginecólogo de guardia que tras ecografía vaginal descarta la necesidad de intervención urgente (sin clara imagen de absceso tubárico y ausencia de flujo maloliente).
La paciente queda en camas de Urgencias con tratamiento antibiótico empírico (amoxicilina-clavulánico y metronizadol), manteniéndose en todo momento estable hemodinámicamente. En analítica control se objetiva incremento de los RFA, por lo que vuelve a ser valorada por Ginecología, optando por una laparoscopia exploradora con fin diagnóstico. Durante la operación se observa abundante pus en cavidad abdominal y una masa en complejo tubo-ovárico derecho de hasta 6 centímetros, la cual es liberada mostrando una abscesificación de trompa derecha, siendo necesaria la realización de

salpinguectomía.
La paciente permanece ingresada durante 3 días con tratamiento antibioterápico dirigido a enfermedad inflamatoria pélvica en los cuales evoluciona sin incidencias.

CONCLUSIONES

El papel del médico de urgencias fue fundamental en el manejo integral de esta paciente, ya que su intervención permitió identificar rápidamente y tratar adecuadamente un proceso infeccioso pélvico complejo. Ante un cuadro clínico que incluía dolor abdominal, fiebre, náuseas, diarrea y síndrome miccional, se realizó una exploración física completa y se solicitaron las pruebas complementarias esenciales necesarias.
La detección de reactantes de fase aguda elevados y leucocitosis con neutrofilia alertó sobre la existencia de un proceso inflamatorio grave, mientras que la alteración de la actividad de protrombina indicó que había complicación sistémica. La rápida interpretación de estos hallazgos analíticos posibilitó la decisión de trasladar a la paciente a camas de observación, solicitar una prueba de imagen complementaria específica, comenzar antibioterapia y finalmente avisar a Ginecología para la realización de laparoscopia diagnóstica.
Gracias a la capacidad de decisión del médico de urgencias se coordinó de manera efectiva la derivación al equipo quirúrgico, lo que permitió un abordaje multidisciplinario y una intervención adecuada. Este caso resalta la importancia crítica del médico de urgencias en la toma de decisiones y en la derivación urgente de los pacientes que lo precisan.

P. #1346

ANEURISMA DE AORTA: PRESENTACIÓN AGUDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Andrea Tejada Claros, Lara González Del Río, Rocío Romero Fernández, Denís Martínes Peón
HUCA, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias con dolor abdominal intenso y repentino, irradiado hacia la espalda. Describe el dolor como un "desgarramiento" que comenzó hace aproximadamente dos horas mientras estaba en reposo. Además, refiere mareos y sensación de debilidad. Tiene antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y es fumador de más de 20 paquetes/año. No presenta antecedentes quirúrgicos ni alergias conocidas.
A la exploración física, en estado de alarma, con palidez y sudoración profusa. Los signos vitales muestran una presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto y una saturación de oxígeno de 94% en aire ambiente. La palpación abdominal revela una masa pulsátil en la región periumbilical, con sensibilidad significativa. Los pulsos femorales son bilaterales y simétricos.
Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias:
* Hemograma completo: Anemia leve (Hb: 10 g/dL) y leucocitosis (12,000/mm^3).
* Electrocardiograma (ECG): Sin signos de isquemia miocárdica aguda.
* Tomografía computarizada (TC) con contraste: Confirma la presencia de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) con hemorragia retroperitoneal.
El diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal roto se estableció con base en la presentación clínica y los hallazgos de imagen. Esta es una emergencia quirúrgica que requiere intervención inmediata para prevenir la muerte por shock hipovolémico
Diagnóstico diferencial
1. Disección aórtica: Considerada por la naturaleza del dolor, pero menos probable debido a la localización específica del aneurisma y la hemorragia.
2. Infarto agudo de miocardio: Descartado por el ECG sin cambios isquémicos y la localización del dolor.
3. Pancreatitis aguda: Considerada debido al dolor abdominal, pero descartada por la ausencia de antecedentes relacionados y los hallazgos de imagen.
4. Úlcera péptica perforada: Descartada por la falta de historia de enfermedad ulcerosa y los hallazgos de imagen.

CONCLUSIONES

El aneurisma de aorta abdominal roto es una condición crítica con alta mortalidad si no se trata rápidamente. En este caso, el manejo inmediato incluyó la estabilización hemodinámica con fluidos intravenosos y la preparación para cirugía de emergencia. El paciente fue sometido a una reparación endovascular del aneurisma (EVAR) con éxito. Durante el postoperatorio, el paciente mostró una recuperación favorable y fue dado de alta

a los diez días con seguimiento programado en consulta externa. Este caso resalta la importancia de la evaluación rápida y el manejo efectivo en el entorno de urgencias hospitalarias para salvar vidas en situaciones de emergencia vascular. Además, subraya la relevancia de la prevención y el control de factores de riesgo como la hipertensión y el tabaquismo en pacientes con riesgo de aneurismas aórticos.

P. #1357

UN DIAGNÓSTICO NUEVO PARA UN PACIENTE CRÍTICO

David Martín-Crespo Posada, Mónica Martín De Miguel, María Del CArmen Sánchez Beltrán, Cristina Domínguez Lubillo, Teresa Agudo Villa

HUSO, Leganés (madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón que acude al Servicio de Urgencias (SU) por que le encuentran en su casa, tirado en el suelo, con bajo nivel de conciencia. Se desconocen antecedentes personales (su hijo desconoce la vida de su padre desde hace 20 años). No figura en Selene ni Horus por carecer de CIPA. Exploración física (EF): Aspecto desaliñado con falta de aseo, caquéctico, desnutrido, bajo nivel de conciencia (Glasgow 12), pasa a la emergencia. Se coloca manta térmica y monitoriza; TA 80/40.FC: 120 Lpm, Saturación O2:89%, Fr32/min, Tª: 32ºC. Glasgow 12. Glucemia 62. Tórax: dolor a la palpación últimos arcos costales izquierdos.AC: rítmico sin soplos. AP: Hipoventilación generalizada, crepitantes bibasales. Abdomen: distendido, vientre en tabla. EEII: edema hasta raíz de muslo y bolsas escrotales, necrosis dedos de ambos pies, ausencia de pulsos femorales y flictenas. Analítica: PH:7.07, PCO2:105. Láctico 5. HCO3: 24. Creat 0.9, Urea 133, K8. Bilirrubina Total:4.6. AST: 749 y ALT:159. CK15000. HB:15.9. Plaquetas 36000, INR2. ECG: taquicardia sinusal. ECO FAST: líquido libre en ambas gotieras, abundantes líneas B en tórax y derrame pleural Bilateral. Contractilidad cardiaca parece adecuada, no derrame pericárdico. Sonda vesical en anuria, se inicia soporte con sueroterapia, VNMI, (BIPAP con IPAP 20 y EPAP 8 con FiO2 0.5), gluconato cálcico,15U insulina en suero glucosado al 10%, 1.5 mg cloruro mórfico. En TAC BODY: se descarta Tromboembolismo pulmonar. Existe derrame pleural bilateral de hasta 4.5cm, con datos de sobrecarga derecha. Enfisema difuso. Oclusión de la aorta abdominal suprarrenal que se extiende hasta ambas arterias iliacas y femorales que condiciona isquemia en ambos riñones e hipoperfusión de asas intestinales, sugestivos de Síndrome de Leriche extenso, con abundante líquido libre en los cuatro cuadrantes y en el tejido celular subcutáneo en probable relación con sobrecarga hídrica. Ante los hallazgos se avisa a intensivista (no se dispone de cirugía vascular en nuestro hospital) y se traslada a hospital de apoyo (cirugía vascular urgente, una vez estabilizado el paciente.

CONCLUSIONES

El paciente crítico (PC) según la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, "es aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución". Una anamnesis detallada, bajo nivel de conciencia, taquicardia, taquipnea, hipotensión y oliguria son datos de alarma. Existen distintas clasificaciones del shock, pero en ocasiones es más importante, celeridad en las medidas iniciales (asegurar la vía aérea, ventilación etc) e identificar la causa con una evaluación simultánea, que clasificarlo, ya que esto mejora el pronóstico.
En el caso de nuestro paciente tras medidas iniciales, la evaluación simultánea descartó shock séptico (ausencia de fiebre y aumento

de reactantes), sin poder descartar traslocación bacteriana en el contexto de un abdomen agudo, Shock cardiogénico (ECG normal y troponinas normales, contractilidad cardiaca normal y ausencia de derrame pericárdico), sin poder descartar daño valvular agudo. Shock hipovolémico (No datos de hemorragias externas), sin poder descartar shock hipovolémico, de la misma manera se contempló causa obstructiva. Finalmente, el TAC BODY, desveló un Síndrome de Leriche extenso (variante rara de enfermedad vascular ateroesclerótica), caracterizada por oclusión total de la aorta abdominal, las arterias iliacas comunes o ambas y no afecta generalmente a las arterias renales. Tiene escasa incidencia y prevalencia y es rara la presentación aguda (aparece de manera incidental en estudios en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y la triada (claudicación intermitente, ausencia de pulsos femorales, impotencia).
Es por tanto un desafío diagnóstico diario para el médico de urgencias el PC, ya que la mortalidad por Shock es eleva. El pronóstico dependerá del tiempo trascurrido desde el comienzo, el diagnóstico y la rapidez y adecuación del tratamiento.

P. #1359

LUXACIÓN ATLANTOAXOIDEA NO TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leyre C Urueña Zamora, Andrea Baztán Ubani, Arantxa Bezunartea Pascual
HUN, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

CASO CLINICO
Varón de 63 años, vive solo, sin apoyo familiar. No toma medicación habitualmente. Como antecedente de interés destaca lumbalgia mecánica por la que había consultado en el último mes cuatro veces en el servicio de urgencias. Acude nuevamente por dolor en raquis, pero esta vez en región cervical. Refiere imposibilidad para la extensión completa del cuello. Lo achaca a haber dormido en el sillón por la lumbalgia que venía presentando. No déficits sensitivos ni motores.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Tensión arterial: 150/62 mmHg, Frecuencia cardiaca 96 latidos por minuto. Afebril.
Columna cervical: Deformidad de cuello en flexión, intenso dolor a la movilización activa con rigidez asociada. Espinopercusión dolorosa. No alteraciones motoras ni sensitivas. Reflejos simétricos. Resto de exploración física sin hallazgos significativos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Inicialmente se solicita radiografía cervical: Se objetivan cambios degenerativos en raquis cervical pero llama la atención listesis grado II de C2 con inclinación/angulación vertebral anterior
Ante la sospecha de luxación atlantoaxoidea, se habla con neurocirugía y con radiología. Se amplía estudio con TC cervical: "Fractura patológica C2 con luxación anterior C1-C2 e imágenes compatibles con metástasis vertebrales cervicales múltiples niveles"
Se amplía con analítica sanguínea, sin hallazgos significativos.
JUICIO CLÍNICO
Cervicalgia por fractura luxación atlantoaxoidea de origen patológico
EVOLUCIÓN
Durante su estancia en urgencias se pauta analgesia con de primer escalón inicialmente, con ketorolaco 30 mg, sin mejoría clínica. Se decide escalar a tramadol, con control parcial del dolor cervical pero sin mejoría de motilidad.
Se realiza interconsulta a neurocirugía, quienes de manera urgente fijan la fractura y biopsian las lesiones.
El paciente ingresa en oncología, se realiza el rastreo del tumor primario que no arroja un resultado concluyente. Durante el ingreso, anatomía patológica informa de metástasis de adenocarcinoma en células en anillo de sello. El paciente empeora significativamente y es trasladado a un centro de cuidados paliativos, donde fallece al mes.

CONCLUSIONES

El dolor cervical es un motivo muy frecuente de consulta en el contexto de urgencias hospitalarias. Se cree que hasta un 20% de la población adulta sufre cervicalgia en algún momento de su vida.

El diagnóstico diferencial es muy amplio. La mayoría de las cervicalgias en urgencias son benignas y de origen musculoesquelético. Sin embargo, es crucial identificar signos de alarma para descartar causas graves que requieran manejo urgente. La sospecha de un origen no mecánico del dolor como en casos de traumatismos, infección, sospecha de malignidad, enfermedad reumatológica... nos obliga a pedir pruebas complementarias.

En nuestro caso, la cervicalgia que limita la movilidad y no mejora a pesar de analgesia, es un síntoma de alarma que nos obliga a completar con pruebas de imagen. La luxación atlantoaxoidea no traumática es una patología infrecuente que Puede comprometer a nivel neurológico al paciente y poner en riesgo su vida. Su manejo requiere un diagnóstico temprano con imágenes adecuadas obtenidas por TAC (gold estándar), inmovilización estricta y derivación urgente para estabilización definitiva.

P. #1360

A PROPÓSITO DE UNA CAIDA: LACERACION ESPLENICA

Jorge Gutiérrez Miguel, Ruben Perz García, María Jesús Giraldo Pérez, Raquel Talegon Martínez, Rut Anel Cuadrillero

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 95 años, independiente para las actividades básicas de vida diaria que vive sola en su domicilio con asistencia durante el día. Remitida en soporte vital básico por presentar la noche anterior caída casual al tropezarse con una alfombra, presentando traumatismo en zona costal baja izquierda. La paciente aqueja mal control del dolor en flanco izquierdo pese a haber tomado Tramadol. No presentó traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento.

Como única medicación que toma de forma crónica figura Lorazepam 1 miligramo (mg) por dificultad para conciliar el sueño y Valsartan 160 mg.

Como constantes presenta tensión arterial sistólica 102 mmHg, tensión arterial diastólica 56 mmHg con una media de 77 mmHg. Frecuencia cardiaca 77 latidos por minuto y una saturación de oxígeno de 98% con fracción de oxigeno de 21%.

A la valoración, la paciente se muestra consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo con buen estado general. Palidez mucocutánea sin signos de deshidratación.

La exploración cardiopulmonar es anodina salvo un discreto crepitante en base izquierda. En la línea axilar de los últimos arcos costales de parrilla izquierda presenta un hematoma, doloroso a palpación sin impresionar de asociar enfisema subcutáneo. También presenta un intenso dolor en flanco izquierdo con defensa a palpación.

No presenta heridas ni signos de traumatismo en otras zonas del cuerpo.

Se realizan pruebas analíticas y de imagen con los siguientes resultados:

- Analítica sanguínea. Leucocitos 38000 (92% neutrófilos, 3.7% leucocitos). Hemoglobina de 10.3 g/dl. Plaquetas 2304000 por micro litro. Coagulación normal. Bioquímica sin alteraciones.
- Se solicita ecografía abdominal para valorar hipocondrio izquierdo, donde se visualiza hematoma esplénico. Se completa estudio con una tomografía axial computarizada donde se confirma la presencia de una laceración esplénica acompañada de una importante cantidad de líquido periesplénico hiperdenso que se extiende por hipocondrio y flanco izquierdo. Además, se confirma la presencia de fracturas de arcos costales izquierdos posteriores en 9°, 10°, 11° y 12°.

Dados los resultados analíticos se hace interconsulta con Hematología para completar estudio con frotis de sangre periférica, confirmándose el diagnostico de síndrome mielodisplásico crónico.

También se contacta tanto con Cirugía General como con Medicina Intensiva (UVI) para valoración de la paciente. Por parte de Cirugía General se recomienda en un primer momento manejo conservador valorando embolización como primera opción terapéutica, ya que dada la edad de la paciente presenta elevada mortalidad quirúrgica. Posteriormente la paciente ingresa en UVI.

CONCLUSIONES

Los traumatismos costales suelen presentar poca gravedad siendo asociados a traumatismos casuales o caídas. Sin embargo, cuando se presentan en las últimas costillas son una entidad que debe valorarse de forma detenida y exhaustiva, dado que éstas recubren órganos abdominales, como es el caso del hígado y la vía biliar en el lado derecho y el bazo en el lado izquierdo (como se describe en nuestra paciente).
Los pacientes que presenten laceraciones hepáticas o esplénicas deben ser valorados tanto por Cirugía General para proceder a un tratamiento quirúrgico, o por otro lado también se podría plantear el tratamiento conservador con una embolización del vaso sangrante.
En cualquier caso, estos pacientes precisan de una vigilancia estrecha en el Servicio de Medicina Intensiva pues presentan una elevada mortalidad.
BIBLIOGRAFIA
-Marmery H, Shanmuganathan K. Multidetector-row computed tomography imaging of splenic trauma. Semin Ultrasound CT MR. 2006 Oct;27(5):404-19. doi: 10.1053/j.sult.2006.06.007. PMID: 17048455.
-Watson GA, Hoffman MK, Peitzman AB. Nonoperative management of blunt splenic injury: what is new? Eur J Trauma Emerg Surg. 2015 Jun;41(3):219-28. doi: 10.1007/s00068-015-0520-1. Epub 2015 Apr 15. PMID: 26038038.

P. #1371

EL DOLOR ABDOMINAL QUE NO PUEDE ESPERAR: UN CASO DE APENDICITIS EN URGENCIAS

Andrea Tejada Claros, Lara González Del Río, Rocío Romero Fernández, Denís Martínez Peón
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias con dolor abdominal intenso y vómitos recurrentes desde hace 12 horas. El dolor comenzó de forma súbita, localizado en el cuadrante inferior derecho del abdomen, y se ha intensificado progresivamente. La paciente refiere que el dolor aumenta al moverse y al toser. No presenta fiebre, pero menciona haber tenido pérdida de apetito y náuseas. No tiene antecedentes médicos relevantes ni cirugías previas, y no está tomando medicación regular.
Exploración y pruebas complementarias
A la exploración física, signos de dolor al tacto en el cuadrante inferior derecho del abdomen, con defensa muscular y signo de Blumberg positivo. La auscultación revela ruidos intestinales normales. La paciente no muestra ictericia ni palidez.
Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias:
* Hemograma completo: Leucocitosis (15,000/mm^3) con desviación a la izquierda.
* Proteína C reactiva (PCR): Elevada (50 mg/L).
* Análisis de orina: Sin signos de infección urinaria.
* Ecografía abdominal: Identificación de un apéndice inflamado y engrosado, con líquido periapendicular sugestivo de apendicitis aguda.
* Prueba de embarazo: Negativa
Diagnóstico diferencial
1. Apendicitis aguda: Altamente probable dado los signos clínicos y los hallazgos ecográficos.
2. Enfermedad inflamatoria pélvica: Considerada, pero menos probable debido a la ausencia de síntomas ginecológicos y examen ginecológico normal.
3. Diverticulitis: Menos probable por la localización del dolor y la edad de la paciente.
4. Litiasis renal: Descartada por la ausencia de hematuria y la localización del dolor.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de apendicitis aguda se confirmó mediante la presentación clínica y los hallazgos ecográficos. La apendicitis aguda es una emergencia quirúrgica común que requiere intervención temprana para evitar complicaciones graves como la perforación y la peritonitis. En urgencias hospitalarias, el manejo inicial incluyó la estabilización con fluidos intravenosos, analgesia y la preparación para cirugía. Se realizó una apendicectomía laparoscópica con éxito. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato y fue dada de alta a los dos días sin complicaciones. Se programó una cita de seguimiento en una semana para evaluar su recuperación y retirar los puntos.
La apendicitis aguda es una patología de urgencia relativamente común, pero este caso destaca la importancia de un diagnóstico

y tratamiento oportunos para prevenir complicaciones potencialmente mortales. La colaboración efectiva entre el personal de urgencias y el equipo quirúrgico es fundamental para asegurar el mejor resultado posible para los pacientes. Este caso subraya la relevancia de una evaluación clínica exhaustiva y el uso adecuado de las pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento adecuado.

P. #1374

UN GESTO COTIDIANAMENTE PELIGROSO: EL CASO DE UN DOLOR EPIGÁSTRICO POST-VÓMITO

Anna Gill Martínez[1], Jorgina Piferrer Martí[2], Anna Felip Palaus[1], Paula Cortés Roig[1]

1. Hospital Santa Caterina, Salt, España
2. Institut Català Oncologia, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 71 años que acude a urgencias presentando dolor epigástrico muy intenso después de dos episodios de vómitos con restos hemáticos tras comer erizos de mar. Después de los vómitos presenta dolor irradiado a zona mandibular y hombro izquierdo. Como antecedente relevante había presentado una contusión torácica un mes atrás al chocar con un árbol en la montaña y episodio de cardiopatía isquémica por infarto agudo de miocardio 5 años atrás en tratamiento antiagregante. En la exploración física inicial, el paciente se presenta con mal estado general, con palidez cutánea, diaforesis y deshidratación. A pesar de que sus constantes vitales no mostraron alteraciones significativas ni hubo inestabilidad hemodinámica al inicio, presenta un dolor intenso (EVA 9/10). En la auscultación respiratoria, se encontró hipofonesis pulmonar izquierda y respiración superficial. El abdomen es blando y depresible, sin dolor a la palpación, y el resto de la exploración física no muestra hallazgos relevantes.

Dada la gravedad del cuadro clínico, el paciente fue trasladado a la zona de reanimación, se canalizaron dos vías periféricas y se administró analgesia para manejar el dolor. El electrocardiograma (ECG) descartó un síndrome coronario agudo, aunque mostró ondas T aplanadas en las derivaciones precordiales. Se realiza tomografía computarizada (TC) toracoabdominal urgente para descartar una posible patología aórtica aguda. En este se observa un gran hidroneumotórax izquierdo. Se realiza el drenaje del hidroneumotorax en quinto espacio intercostal sin incidencias con la obtención de 1150mL de líquido turbio de color marrón con contenido hemático.

Inicialmente se orienta como posible empiema posttraumático secundario al traumatismo torácico de un mes atrás en paciente con tratamiento antiagregante y se cubre con Ceftriaxona 1g ev i Cloxacilina 2g ev. Después del drenaje se obtiene la tinción de Gram inicial que informa de la presencia de cocobacilos gramnegativos. Además en el informe definitivo del TC informa de gran hidroneumotórax, recomiendan valorar necesidad de completar estudio con tránsito esofagogástrico para despistaje de fístula esofagopleural. Se escala tratamiento antibiótico a Piperacilina-Tazobactam 4g ev orientando como una posible perforación esofágica. Se decide trasladar el paciente a un hospital de tercer nivel para intervención quirúrgica (IQ) urgente. Los hallazgos de la IQ son una perforación de esófago distal de 5 cm y de cardias de 2 cm, abundante contenido alimentario (granos de arroz) en mediastino inferior y medio y apertura de la cavidad pleural baja. Se realiza sutura contínua de la perforación con funduplicatura por protección. La evolución posterior del paciente es correcta y responde bien a la antibioterapia pautada.

CONCLUSIONES

- La rotura del esófago por esfuerzo o síndrome de Boerhaave se asocia con una alta morbilidad y mortalidad y es fatal en ausencia de tratamiento.
- Las perforaciones esofágicas son raras, con una incidencia de 3,1 por 1.000.000 por año. Entre las perforaciones esofágicas, aproximadamente el 15 por ciento son perforaciones espontáneas.
- El síndrome de Boerhaave generalmente ocurre en pacientes con un esófago subyacente normal. Sin embargo, un subconjunto de pacientes con síndrome de Boerhaave tiene esofagitis eosinofílica subyacente, esofagitis inducida por medicamentos, enfermedad de Barrett o úlceras infecciosas.
- La perforación esofágica suele afectar la cara posterolateral izquierda del esófago intratorácico distal y se extiende por varios centímetros. Sin embargo, la rotura puede ocurrir en el esófago cervical o intraabdominal. La rotura del esófago intratorácico provoca la contaminación de la cavidad mediastínica con contenido gástrico. Esto conduce a mediastinitis química con enfisema e inflamación mediastínica y, posteriormente, infección bacteriana y necrosis mediastínica. La rotura de la pleura suprayacente por inflamación mediastínica o por la perforación inicial contamina directamente la cavidad pleural y produce derrame pleural. Puede dar dolor irradiado a la espalda y hombro derecho.

P. #1394

CUANDO EL SIGNO PRECEDE AL SÍNTOMA

Susana Pérez Antón, Paloma Gallego Rodríguez, Audrey Morales Rodríguez, Marta Crespillo Peralta, Francisco Javier Ayuso Iñigo, Noiva Díaz García

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 71 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento.
Vive sola y es independiente para actividades básicas de la vida diaria.
Acude a urgencias por dolor en tobillo y pie derecho, desde hace un mes y medio, de intensidad creciente, que le está propiciando caídas de repetición por "fallos" en dicho pie. Niega traumatismo previo al inicio de dolor. No presenta en la anamnesis dolor a ningún otro nivel, ni incontinencia fecal ni urinaria, ni adormecimiento de genitales.
En la exploración física, llama la atención la marcha en equino derecha, reflejo aquíleo derecho abolido, y la imposibilidad para la dorsiflexión del pie.
Se realiza radiografía simple de pie y tobillo sin alteraciones.
Se pauta analgesia y se le da de alta dejando solicitada resonancia magnética nuclear (RMN) lumbosacra, electromiograma y consulta con reumatología.
Hasta que se le citan dichas pruebas, en los meses posteriores, varias consultas a urgencias, por dolor ahora a nivel lumbar, así como por otra el pie más "caído", lo que le impide la deambulación. Acude en silla de ruedas.
En RMN lumbar, presenta cambios degenerativos disco vertebrales a todos los niveles, más en lumbar 4, lumbar 5 y sacra 1, con abombamiento discal que condiciona estenosis de los recesos laterales con posible contacto entre disco y la raíz sacra1 derecha.
Electromiograma con signos de denervación subaguda en los territorios radiculares lumbar 5 y sacra 1 derechos.
Se deriva a consultas de neurocirugía para intervención.
Posterior recuperación total.

CONCLUSIONES

La exploración física minuciosa en paciente que acuden a urgencias con tan pocos síntomas, es fundamental para establecer una sospecha diagnostica, y en base a ello poder solicitar las pruebas complementarias adecuadas.
Aunque la paciente no presentó al inicio dolor en región lumbar, fue la exploración física la que nos orientó al origen del cuadro, confirmándose luego en la RMN.
En el caso de nuestra paciente, primero se presenta el signo de la enfermedad, y posteriormente comienzan los síntomas.

P. #1409

DOCTOR, ME HA DESPERTADO UN DOLOR INSOPORTABLE

José Manuel Piñar Rueda, Irene García De La Oliva, Andrea Egea Millán

Hospital de Baza, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años hipertenso y con hipotiroidismo en tratamiento, acude a urgencias a las 5:30h de la madrugada por dolor testicular izquierdo de inicio súbito desde hace alrededor de 1:30h que le despierta en la noche. No refiere traumatismo ni actividad sexual en las últimas 48 horas. Refiere que el dolor ha ido en aumento progresivamente. Se encuentra actualmente sin tratamiento administrado y en ayunas desde hace alrededor de 8 horas.

Exploración Física:

- Tensión arterial (TA) 114/77 mmHg.
- Saturación de oxígeno (SaO2) al 98% (FiO2 al 21%).
- Frecuencia cardiaca de 70 lpm.
- Temperatura de 36,3°C.
- Exploración testicular con leve inflamación testicular izquierda y dolor muy intenso a la palpación. Se aprecia testículo izquierdo elevado y rotado (posición horizontal) con respecto a contralateral (signo de Gouverneur positivo) y con dolor aumentado y muy intenso tras ascenso del mismo (signo de Prehn negativo). Se intenta manipular para recolocación testicular sin éxito por dolor intenso.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea aparentemente anodina, con valores de PCR en el límite superior de la normalidad (7.1 mg/L) y coagulación sin alteraciones significativas.

Se solicita ecografía testicular con el fin de realizar diagnóstico diferencial entre torsión testicular vs epididimitis con el siguiente resultado:

- Engrosamiento del epidídimo izquierdo que podrá estar en relación con cambios inflamatorios.
- Ascenso y aparente rotación del testículo izquierdo, que a pesar de presentar la misma ecogenicidad y flujo que el testículo derecho, no podemos excluir torsión incompleta.

Nos informa radiología que a pesar de encontrar flujo bilateral, según la movilización en la exploración, ese flujo resulta variable por lo que no puede descartar torsión incompleta del teste. Por dichos hallazgos, se interconsulta con servicio de Urología quien, a pesar de ser torsión incompleta, indica intervención quirúrgica urgente.

Se realiza exploración quirúrgica de teste izquierdo encontrando torsión testicular de vuelta y media con respecto a si mismo. Se detorsiona sin incidencias y se observa teste con buena coloración postquirúrgica.

CONCLUSIONES

El término “escroto agudo” engloba una serie de episodios clínicos urgentes caracterizados por un dolor agudo, brusco e intenso del contenido escrotal. Esta situación incluye varias patologías que requieren una actuación urgente por poder poner en peligro la viabilidad del testículo. Las patologías más frecuentes son la torsión testicular y la orquiepididimitis.

La clínica típica de ambas patologías es un dolor agudo intenso acompañado de edema escrotal y el reflejo cremastérico abolido. El diagnóstico diferencial se realizará mediante el signo de Prehn (positivo en orquiepididimitis y negativo en torsión testicular) y el Signo de Gouverneur (horizontalización y ascenso testicular presente en torsión testicular) entre otros, aunque una prueba de imagen ecográfica suele ser la gold estándar en el diagnóstico de esta patología.

A pesar de ser una situación clínica prevalente en la infancia y adolescencia, es posible encontrarla también en adultos. Su incidencia suele estar relacionada con traumatismos previos y, aunque no exista una torsión completa testicular (como en el caso de este paciente), el tratamiento debe de ser quirúrgico y realizarse en menos de 6 horas. Por ello, podríamos catalogar esta patología como tiempo-dependiente, que requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar pérdida de viabilidad testicular.

P. #1423

ENTRE COL Y COL, BERZA

Irati Oregi Belaustegi[1], Alba María Ramos García[2], Sheila Susan Condor Pineda[2], Ana Rengifo Martínez[2], Lorea Gómez Berasategui[2], Carlos Pardo Rodríguez[2]

1. Osakidetza. Hospital Mendaro, Mendaro, España
2. Osakidetza. Hospital Bidasoa, Hondarribi, España

HISTORIA CLÍNICA

La torsión ovárica es una patología grave y poco frecuente. La incidencia exacta no está bien definida. La frecuencia de torsión en pacientes sometidas a cirugía urgente por dolor abdominal agudo es de un 2,5-7,4%. Hallar 3 casos en 5 meses resulta excepcional, sin embargo, sus consecuencias a nivel de morbilidad nos obligan a pensar en ello.

Caso 1: Mujer de 36 años, embarazada de 12+6 semanas, acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco de 4 horas de evolución, intenso, de tipo cólico. 2° embarazo, sin otros antecedentes, afebril, con una ecografía obstétrica 5 días antes normal. Hemodinámicamente estable, afectada por dolor. Dolor a la palpación de FID y flanco derecho, rebote positivo y sin signos de irritación peritoneal como único dato exploratorio destacable. Con analítica de sangre orina sin datos patológicos, y ante la falta de respuesta a analgesia habitual, en control con opiáceos. En contacto con ginecología y urología por sospecha cólico renal, por lo que, tras repetirse analítica, persistentemente normal, se realiza una ecografía abdominal sin objetivarse causa obstructiva ni dilatación de la vía excretora. Útero grávido con latido fetal. Tras ingreso en urología, a las 24 horas es valorada por ginecología (40h del inicio del dolor). Con hallazgo ecográfico de: ovario derecho aumentado de tamaño 59 x 32mm ecogenicidad mixta, mínima captación Doppler y escasa lengüeta de LL en FID, se sospecha torsión de anejo derecho y se decide realizar anexectomía urgente. 48h tras el ingreso, estable, y con LCF + es dada de alta.

Caso 2: Mujer de 22 años que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco en reposo, de 2h de evolución, intenso, continuo, referido como "un dolor de ovario muy fuerte". Sin otros antecedentes, afebril, con dolor a la palpación de hipogastrio y FID. Se inicia analgesia con opiáceos en bolos con control parcial del dolor. Analítica de sangre y orina normales y test de embarazo negativo. Ante la sospecha de patología ovárica, se solicita valoración por parte de ginecología, con ecografía transrectal: normal. Se mantiene en observación con mal control del dolor, realizándose una ecografía abdominal reglada por la mañana, también normal. Con la sospecha de posible torsión ovárica, se contacta de nuevo con ginecología, quien, a pesar de una nueva ecografía sin datos patológicos, decide realizar laparoscopia exploradora que demuestra una torsión de anejo derecho, realizándose anexectomía del mismo.

Caso 3: Mujer de 26 años, acude a urgencias por dolor abdominal de inicio brusco, de 5h de evolución, definido como "un dolor menstrual intenso, que ha cedido de forma parcial con ibuprofeno, pero intensificado de nuevo". Sin otros antecedentes, y sin riesgo de embarazo según refiere, con FUR 15 días antes. Hemodinámicamente estable, afectada, con dolor a la palpación de FII e hipogastrio, rebote positivo, sin signos de irritación peritoneal. Se inicia tratamiento opiáceo en bolos con mal control del dolor. Analítica de sangre y orina normales y test de embarazo negativo. Ante la alta sospecha de causa ginecológica, se contacta con la especialista de guardia, quien realiza una exploración física vaginal y ecografía transvaginal: ambas normales. Ante mal control del dolor y abdomen agudo, se decide realizar una laparoscopia exploradora observando torsión de anejo izquierdo viable, por lo que se realiza la detorsión salvando la perfusión ovárica.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal intenso, brusco, y con pruebas complementarias habituales normales, resistente a la analgesia en mujeres jóvenes, nos debe hacer pensar en ella. La ecografía transvaginal es la principal prueba de imagen para el diagnostico, su sensibilidad es del 50-70%. Por ello, el diagnostico aunque se apoye en imágenes ecográficas, ha de ser clínico, y confirmarse en la cirugía.

P. #1427

¿OTRA VEZ POR AQUÍ? SI SOLO FUE UNA CAÍDA ¿POR QUÉ NO MEJORO?

MARTA Crespillo Peralta, AUDREY Morales Rodríguez, SUSANA Pérez Anton, MARIO ERNESTO Agreda Fernández, NOIVA Díaz García, María Hernández Egido

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años que acude a urgencias traumatológicas por poli contusiones, dolor torácico, cervicalgia y traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conciencia, posterior a caída de bicicleta.
En EF cuello: c. cervical sin apofisalgias, dolor paravertebral derecho, Exploración neurológica: sin alteraciones
PPCC:
Rx columna cervical y parrilla costal sin lesiones óseas, es dado de alta con diagnóstico de cervicalgia sin datos de alarma en el momento actual. Dos días después vuelve a consultar a urgencias por omalgia derecha y persistencia de dolor en región costal derecho a pesar del tratamiento pautado en visita previa, niega disnea u otra clínica concomitante.
EF: Hombro derecho: Dolor a la palpación en cabeza humeral y corredera bicipital. No limitación funcional, no deformidad, columna cervical: No apofisalgia. Llama la atención dolor en lateralizaciones y rotaciones cervicales. Tórax: Dolor en tercio superior esternal. Exploración neurológica sin alteraciones.
Rx tórax PA, lateral y en espiración forzada: Sin hallazgos significativos.
ECG sin alteraciones agudas de repolarización. Se ajusta analgésia y se da el alta con diagnóstico: policontusiones tras accidente de bicicleta.
Cinco días después acude por tercera vez a urgencias por referir persistencia de dolor en hombro dcho y cervicalgia, esta vez asocia parestesias en brazo derecho, sin otro síntoma asociado.
EF: Eupneico. No signos externos. Pulsos conservados. Parestesias y dolor con movilizacion de MSD.
Rx hombro derecho: fractura 1er arco costal posterior
Se solicita Angio TC de tórax y ante los hallazgos se avisa a Cirugía torácica.
Se informa como:
1. Fractura-compresión de T3 con acuñamiento anterior y perdida moderada de altura del cuerpo vertebral (entorno al 50%) sin retropulsion significativa.
2. Fractura de la superficie de la vertiente superior de la cabeza del primer arco costal derecho sin signos de lesión vascular.
Con estos diagnósticos ingresa en Cirugía de Columna donde se le realiza RM columna durante ingreso: fractura de T3 con leve compromiso del conducto espinal, edema de elementos posteriores y leve alteración en la alineación facetaria.
Fue dado de alta tras buena evolución con analgesia y corse durante la sedestación.

CONCLUSIONES

El caso clínico pone en relevancia la importancia del manejo del paciente politraumatizado que implica el conocimiento y puesta en práctica de protocolos con una valoración sistemática con el fin de detectar y dar solución inmediata a los procesos potencialmente graves, además la evaluación pormenorizada que evite que alguna lesión menos evidente pero muy grave pueda pasar desapercibida.
Asimismo, el caso expuesto nos debería hacer reflexionar sobre los pacientes que acuden en varias ocasiones por el mismo motivo al servicio de urgencias con el fin de minimizar las valoraciones subjetivas y no restar importancia a la sintomatología para una correcta actuación y aplicación, de los protocolos del paciente politraumatizado.

P. #1435

TRAUMATISMO AORTA

ANE Etxeberria Fulgencio, Ana Lucía Rengifo Martínez
OSAKIDETZA, Irun, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años traído en ambulancia tras sufrir accidente de tráfico con choque frontal. Llevaba el cinturón puesto, han saltado los airbags, el coche ha quedado destrozado (alta energía). Refiere intenso dolor abdominal. No pérdida de conocimiento.
Exploración general: PA 138/98 Fc 86 SatO2 100. Consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico. Afectado por el dolor. No IY. ACP: normal. Abdomen: intenso dolor a la palpación de todo el abdomen con defensa muscular y Blumber (+). Lesiones superficiales en tórax y abdomen producidas por el cinturón de seguridad.
Pruebas complementarias:
ECOFAST: imagen de líquido libre peritoneal a nivel periesplénico y receso
hepatorrenal.
* La detección de líquido libre peritoneal sugiere rotura visceral (hígado, bazo…)
Rx Tórax, C Cervical, Abdomen y Pelvis: sin alteraciones significativas.
Analítica: Glucosa, Creatinina, Urea e Iones normales / Hb 12.4 / Htc 38.3 / VCM 92
TTO (IV): Metamizol, Dexketoprofeno, Fentanilo en bolos de 0.05 (x 3)
TAC abdomino-pélvico: Líquido libre perihepático, periesplénico, en goteras
paracólicas y entre asas. No se aprecia neumoperitoneo. Hígado, riñones, bazo y páncreas sin alteraciones. Disección de aorta abdominal infrarrenal distal a nivel de bifurcación.
Trasladado a H.U.Donostia, se realiza laparotomía exploradora objetivándose
sangrado digestivo de origen en desgarros mesentéricos y avulsión de asas
yeyunales. Se procede a resección de 60 cm de yeyuno, sutura de unos de los desgarros y sutura con refuerzo de deserosamiento de colon… En un segundo tiempo se coloca endoprótesis endovascular por punción femoral guiada por ECO, con exclusión de la lesión aórtica.

CONCLUSIONES

La disección aórtica representa una afección relativamente poco común pero potencialmente mortal que se debe a un desgarro en la capa íntima de la arteria aorta o sangrado dentro de su pared, lo que da como resultado una separación de las capas de esta. Se han identificado varios factores de riesgo y comparten los mismos que para otras enfermedades cardiovasculares, como la edad, la hipertensión arterial, la dislipidemia y los trastornos genéticos del tejido conectivo. Es muy importante que el clínico pueda realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado en los pacientes afectados. El tipo de tratamiento depende de la extensión y de la localización de la disección. La reparación quirúrgica abierta suele ser la más usada para aquellas en las que están involucradas la aorta ascendente y el arco aórtico; por otro lado, la intervención endovascular está recomendada para las disecciones de la aorta descendente, que suelen ser complicadas.

P. #1467

LA CLÍNICA MANDA

Elena Soliva Gisbert, Ángel Jesús Castillejo Domínguez
Hospital de Manises, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente mujer de 52 años que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal generalizado y fiebre de hasta 38.5°C de 3 días de evolución.
No presenta alergias medicamentosas ni ningún antecedente relevante, salvo apendicectomía.
La paciente comenta que hace 2 días acudió a Urgencias con clínica similar, le realizaron analítica con algo de leucocitosis y PCR discretamente elevada a 25 mg/L. Le realizaron radiografía abdominal sin ninguna alteración visible y se le dio de alta con Cefditoreno 400 mg cada 12 horas durante 5 días. Hoy acude por no solo persistencia, sino empeoramiento de la clínica. Además, refiere asociar náuseas sin vómitos y estreñimiento de 2 días de evolución.
A la exploración el abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación de hipogastrio y en ambas fosas ilíacas. No se palpan masas ni megalias, no hay defensa ni evidencia de signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. La auscultación cardiaca y pulmonar son normales.
Se solicita analítica de sangre. Mientras se esperan los resultados se administra Tramadol + Metoclopramida intravenosos, y posteriormente se tiene que administrar media ampolla de Fentanilo intravenoso por persistencia de intenso dolor, tras la cual la paciente calma.
Con los resultados de la analítica llama la atención PCR de 122.13 mg/L, leucocitosis intensa de 22.91 10^3 y neutrofilia con 17.13 10^3.
Dado la clínica de la paciente, con un dolor abdominal bajo, se comenta el caso con Ginecología de guardia, la cual valora a la paciente, realizándole ecografía transvaginal y descartando patología subsidiaria de tratamiento por su parte.
Revaloro a la paciente, persiste la clínica, algo menos intensa por la medicación administrada, aunque el dolor persiste en los mismos cuadrantes al reexplorarla. Se decide solicitar ecografía de abdomen completo para descartar patología urgente.
El radiólogo realiza la ecografía y posteriormente avisa vía telefónica de que le va a realizar un TC abdominal por sospecha de teratoma quístico. Finalmente, el diagnóstico que aporta el TC evidencia "teratoma quístico maduro dependiente de ovario izquierdo, con signos de complicación, siendo la más probable en este contexto clínico la torsión ovárica o la sobreinfección".
Dado el diagnóstico, se contacta de nuevo con ginecología que se hace cargo de la paciente y la ingresa a su cargo para realizar laparotomía diagnostico-terapéutica, la cual evidenció una masa ovárica izquierda con torsión ovárica, con necrosis que precisó de anexectomía. Finalmente fue dada de alta con todos los marcadores tumorales negativos.

CONCLUSIONES

En ocasiones, debido a la elevada demanda por parte de la población y en muchas ocasiones potenciado por la escasez de profesionales de la salud en el área de Urgencias, hay veces que se visitan a los pacientes deprisa y sin poder pararse a realizar un diagnóstico diferencial equilibrado. Muchas veces es difícil hacer una adecuada anamnesis, que aporta mucha información a la hora del diagnóstico, y muchas veces es complicado poder hacer una buena reevaluación con el paciente, sentarse de nuevo a escuchar y valorar cuánto concuerdan o no su clínica y sus pruebas. Es por ello que también es importante hacer caso al instinto cuando algo nos llama la atención.

P. #1471

FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR POR ONDA EXPANSIVA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN UN TRAUMA COMPLEJO

Claudia Del Carmen fernández Ruiz, Paula Vela Vela, Antonio Jesús Romero Alias

Hospital Serranía de Ronda, Servicio Urgencias Hospitalarias, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis:
Varón de 50 años trasladado al servicio de urgencias tras traumatismo indirecto en miembro inferior izquierdo por explosión de olla a presión.
No hubo traumatismo directo; la lesión fue causada por la onda expansiva.
El paciente fue trasladado en condiciones estables, pero en sala de críticos presentó deterioro hemodinámico y se activa Código Trauma.
Exploración Física
Evaluación primaria (ABCDE):
-X (Hemorragia): Herida de 5 cm en muslo izquierdo con sangrado activo no pulsátil, reducido con compresión directa. Rotación del miembro y aumento de volumen del cuádriceps.
-A (Vía aérea): Permeable.
-B (Ventilación): Adecuada, sin signos de neumotórax, hemotórax o tórax
inestable.
-C (Circulación): TA durante el traslado 130/95mmHg, frecuencia cardiaca
(FC) 80lpm. En sala de críticos: palidez cutánea , TA 70/50mmHg FC
125lpm, Sat 95% basal. Desalineación en fémur izquierdo con rotación
externa de rodilla y tobillo. Herida abierta de 5cm con sangrado activo en
sabana , no pulsatil a pesar de compresión. Pulso distal debil, frialdad y
palidez del miembro. Por la zona, se descarta colocación de torniquete, por
lo que se coloca agente hemostático en esponja y se realiza compresión
directa del sangrado. Se realizó alineación de la extremidad bajo analgesia y
mejoría del sangrado.
-D (Discapacidad): Glasgow 15/15, sin alteraciones neurológicas.
-E (Exposición): Deformidad y hematoma en muslo izquierdo.
Manejo Inicial en sala de críticos:
> Control de sangrado:
- Compresión directa y aplicación de agente hemostático en esponja.
- Alineación de la extremidad bajo analgesia, con mejoría del sangrado.
>Reanimación con fluidos:
- Suero salino fisiológico 500 ml en 30 minutos, seguido de segunda carga
en 2 horas.
- Ácido tranexámico 1 g en bolo y 1 g en infusión continua durante 8 horas.
>Analgesia: Fentanilo 0.1 mg en 50 ml de SSF.
>Antibioterapia: Cefazolina 2 g como profilaxis antimicrobiana.
>Monitorización continua: Reevaluación cada 15 minutos, con mejoría de TA a 97/60 mmHg y posteriormente a 103/61 mmHg.
Pruebas Complementarias
- Radiografía portátil: Fractura diafisaria de fémur izquierdo desplazada.
- Analítica de sangre aportada por equipo de extrahospitalaria:
Hemograma: Leucocitosis (14.750/µL) sin anemia aguda (Hb 15.4 g/dL).
Coagulación: INR normal (1.04).
- Body-TC: Fractura desplazada de fémur izquierdo con hematoma intramuscular y burbujas aéreas en partes blandas.
Foco hiperdenso de sangrado activo en rama arterial del músculo vasto lateral.
-Analitica previa a traslado a quirófano:
- Hemograma con hemoglobina 10.8g/dl; Hematocrito 31.1%; Plaquetas 206.000.
- Bioquímica con función renal e iones normales.
Intervención Quirúrgica
Traslado a quirófano para fijación externa y estabilización del miembro por Traumatología.

CONCLUSIONES

Las fracturas abiertas de fémur requieren un abordaje rápido y protocolizado, especialmente en pacientes inestables hemodinámicamente. Es de vital importancia la reevaluación constante del paciente, puesto que tenemos que adelantarnos a las posibles complicaciones dentro del cuadro.
El uso de agentes hemostáticos y ácido tranexámico puede ser decisivo en el control del sangrado.
La coordinación entre servicios y la toma de decisiones basada en la evidencia son fundamentales para optimizar los resultados en trauma grave. Es importante tener en cuenta los distintos mecanismos lesionales por inusuales que sean.

P. #1473

DESAFORTUNADA SECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS: COLITIS ESTERCORÁCEA

Elena Martínez Carracelas[1][2], José Joaquín Giménez Belló[1], Raquel Sánchez Pérez[3], María Navarro Fuentes[4], María Del Mar Mayor Serrano[3], Gema Templado Ramírez[5]

1. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España
2. Centro de Salud Cieza Oeste, Cieza, España
3. Centro de Salud Murcia- San Andrés, Murcia, España
4. Centro Cieza Oeste, Cieza, España
5. Centro de Salud Cieza Este, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 90 años que es traído a urgencias hospitalarias por disnea de tres días de evolución. Se trata de un paciente pluripatológico, hipertenso, diabético, dislipémico, con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica y múltiples ingresos por diversas causas. A destacar entre todo ello los dos ingresos más recientes, el primero (hacía un mes) con diagnóstico de infarto lacunar en hiemiprotuberancia derecha con disfagia a líquidos y hemiparesia izquierda de predominio braquial, y un segundo ingreso (alta 15 días previo al momento actual), por bronconeumonía por broncoaspiración una semana al alta del primero.

Desde el alta el paciente ha quedado con dependencia total, importante restricción de la movilidad, pasando su situación basal a vida cama-sillón. Sus familiares nos comentan que a pesar de haber mejorado del cuadro respiratorio, en los últimos días presenta disnea con respiración abdominal que les resulta muy llamativa porque tiene el abdomen muy distendido.

El paciente inicialmente a la exploración impresiona de muy mal estado general y se objetiva la tiraje costal. No obstante la auscultación no objetiva ruidos sobreañadidos al murmullo vesicular, aunque sí cierta hipofonesis en bases. Destaca entre todo ello el aspecto del abdomen, muy distendido. A la auscultación, silencio peristáltico. Timpanismo global y defensa abdominal. Pañal con material fecaloideo líquido y heces pétreas en ampolla.

Ante esto, se decide realizar una placa de tórax portátil. Aun siendo realizada en decúbito, es visible un menisco aéreo infradiafragmático derecho. Se consulta con cirugía y radiología que ante lo dudoso de la imagen (por ser compatible con perforación pero difícil de asegurarlo por no ser en bipedestación), se realice una tomografía computerizada (TC). Por Insuficiencia renal (Cr 3.8 mg/dL), se realiza sin contraste.

La TC se informa como "Moderado neumoperitoneo supra e inframesocólico, atribuible a perforación de víscera hueca. Asocia abundante contenido fecaloideo en ampolla rectal, atribuible a fecaloma, y en colon sigmoide. Se acompaña de cambios inflamatorios de la grasa mesentérica adyacente y leve cantidad de líquido libre multicompartimental. Hallazgos en relación con colitis estercorácea complicada con perforación.

Diagnóstico: colitis estercorácea.

CONCLUSIONES

La colitis estercorácea es una forma infrecuente de colitis inflamatoria que se origina por la acumulación de material fecal impactado, lo que induce una distensión colónica progresiva y favorece la formación de fecalomas. Estos pueden generar necrosis por presión en áreas focales y, en casos avanzados, perforación intestinal. Además, el incremento de la presión intraluminal y la distensión del colon pueden comprometer la perfusión vascular, favoreciendo el desarrollo de colitis isquémica. Las ulceraciones colónicas pueden ser múltiples, con una distribución predominante en el recto y el colon sigmoide. En los casos en los que se produce perforación, la mortalidad se sitúa entre el 32 % y el 60 %.

El principal factor de riesgo para esta patología es el estreñimiento crónico. Se observa con mayor frecuencia en pacientes encamados o institucionalizados, especialmente en adultos mayores con demencia, aunque también puede presentarse en individuos jóvenes con trastornos psiquiátricos.

El pronóstico de la colitis estercorácea depende en gran medida de un diagnóstico y tratamiento oportunos. La perforación intestinal es la complicación más grave y representa un factor predictivo significativo de mortalidad.

Otras complicaciones a considerar incluyen colitis isquémica, sepsis y shock séptico. Además, la distensión intestinal puede generar compresión extrínseca, dando lugar a retención urinaria y, en algunos casos, insuficiencia renal secundaria a la obstrucción ureteral.

En pacientes con colitis estercorácea complicada con perforación, la intervención quirúrgica de urgencia para la resección del segmento colónico afectado es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de mortalidad.

En nuestro caso, no obstante, la comorbilidad del paciente determinó manejo con sedación paliativa.

P. #1478

CUIDADO CON LO QUE COMEMOS

Raquel Talegón Martín, Ángela María Arévalo Pardal, Susana Sánchez Ramón, José Ramón Oliva Ramos, Javier De Santiago López, Raúl López Izquierdo

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor de características continuas en flanco y fosa iliaca izquierda de inicio hace aproximadamente 3 días, que se ha intensificado en las últimas 3 horas. Nota dificultad para orinar porque al intentar hacer prensa abdominal para ello, el dolor no le deja continuar. No nauseas ni vómitos. En las últimas 24 horas ha presentado febrícula hasta 37,8ºC. No ha realizado transgresiones en su dieta habitual en las últimas semanas, ni ha realizado viajes en el último mes. No ha realizado ejercicio aeróbico excesivo en los últimos 15 días, ni ha presentado traumatismos. No ha precisado de inyecciones subcutáneas previas. Ha realizado su última deposición hace 24 horas, de consistencia y coloración normal, sin productos patológicos. Refiere que hace muy poca diuresis ya que al orinar le duele el abdomen. Ha tomado paracetamol 1 gramo para el dolor sin conseguir mejoría.

A la exploración física, el paciente presenta temperatura 37,6ºC, normotenso, frecuencia cardiaca 72 latidos por minuto, Saturación de oxigeno 98%. Normo coloreado, normohidratado. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes no aumentados ni metálicos. Doloroso a la palpación en línea paramediana izquierda entre flanco y fosa ilíaca, llegando a palparse una zona mal definida más indurada, que no se moviliza, sin ruidos hidroaéreos en su interior. Blumberg y Murphy negativos.

Tras canalización de vía endovenosa y administración de analgesia con metamizol 2 gr y dexketoprofeno 50 mg por la misma, con mejoría parcial del dolor, se solicitan las siguientes exploraciones complementarias:

Analítica: 14.600 leucocitos (81% neutrófilos), Fibrinógeno 888 mg7dl, PCR 125.2 mg/L, Procalcitonina >0.05. Resto de hemograma, coagulación, bioquímica y sistemático de orina sin hallazgos patológicos

TC abdominal: En el espesor de la musculatura abdominal, entre los músculo rectos y oblicuos izquierdo se identifica una imagen nodular, hipodensa, anfractuoso, con realce periférico, de dimensiones 47 x 28 x 52 mm, sugestiva de colección; contiene 2 imágenes lineales hiperdensas, la mayor de 15 mm, sugestivas de espinas de pescado. Condiciona discreto efecto masa, improntando sobre la abdominal, contactando con un asa intestinal.

Con el diagnóstico de absceso de pared secundario a perforación por espina de pescado, se inicia tratamiento antibiótico endovenoso empírico con amoxicilina 2 gr/ ácido clavulánico 200 mg, y se solicita interconsulta urgente con Cirugía General. El paciente ingresa en su unidad de hospitalización. Tras 24 horas, se le practica drenaje percutáneo ecoguiado con evacuación de material purulento. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 7 días, aunque en controles posteriores las espinas de pescado persistían en pared abdominal.

CONCLUSIONES

Las perforaciones intestinales por espinas de pescado son muy poco frecuentes, pese a que la ingestión de estos cuerpos extraños es habitual. Si bien la mayoría de las veces ocasionan molestias a nivel faringo-laríngeo, solo un 1% de los cuerpos extraños ocasionan perforación intestinal. La sintomatología en estos casos es muy variable y pueden ser síntomas agudos o crónicos. Los pacientes a menudo no recuerdan el antecedente de ingestión de pescado y el diagnóstico se suele retrasar ya que incluso pueden pasar meses entre la ingestión y la perforación1. Las espinas que progresan a intestino, si se quedan bloqueadas en un segmento estrecho del mismo, erosionan su mucosa y producen diseminación bacteriana con su consecuente infección. Si el proceso avanza, puede provocar perforación de pared y absceso extramural, que puede terminar en un abdomen agudo si no se controla. Constituyen un reto diagnóstico pues la sintomatología es en muchos casos inespecífica, y la anamnesis contribuye de forma notoria.

P. #1479

GANGRENA DE FOURNIER, CADA SEGUNDO CUENTA

Juan Pablo Cardozo López[1], Alejandra Marco Rodríguez[2], Sheila Gómez Rodríguez[3]

1. C.S. FINGOI, Lugo, España
2. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España
3. Centro Integral De Saude, Lugo, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas e independiente para todas las actividades de la vida diaria. Entre sus antecedentes destaca un adenocarcinoma de próstata estadio IV (metástasis óseas y pulmonares) y un adenocarcinoma urotelial T2NxM0. Ha recibido radioterapia adyuvante (finalizada) y se encuentra en tratamiento activo con cabazitaxel.
Acude en un primer momento a urgencias por dolor e inflamación testicular de tres días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas asociados. Se diagnosticó de celulitis testicular y se pautó amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante una semana. Se recogió urocultivo positivo para Staphylococcus aureus resistente a ciprofloxacino y oxacilina, sin síndrome miccional, por lo que se relaciona con bacteriuria asintomática en paciente portador de sonda vesical permanente. El paciente presenta resolución clínica en consultas de seguimiento.
A los 15 días acude para 11° ciclo de quimioterapia.
A los 19 días acude de nuevo a urgencias por edema en ambos testículos y febrícula de 37, 8°, sin tiritona, de 4h de evolución.
A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra consciente, con buen estado general y sin dolor. Presenta unas cifras de presión arterial de 108/59 mmHg, 79 latidos por minuto y 37,8°C de temperatura.
Se objetiva edema empastado en mitad anterior de periné y base de ambos testículos con aumento de calor local y eritema.
* Ante la sospecha clínica de gangrena de Fournier se solicita una tomografía axial computerizada (TAC) abdomino-pélvico con contraste y se inicia cobertura antibiótica con trimetoprima/sulfametoxazol 160/800 mg+ gentamicina 240 mg.
TAC: importante engrosamiento de tejidos blandos de región escrotal, observándose colección de 6x2,8cm en la raíz del periné que se extiende a bolsa escrotal en la región posterior, con contenido aéreo, en relación con gangrena de Fournier.
IC Urología: En la exploración urológica presenta drenaje de material purulento por la uretra y varios puntos en periné y rafe medio. Dolor a manipulación, fluctuación y edema, no placa necrótica.
Se decide limpieza quirúrgica y desbridamiento perineo escrotal. Se cambia cobertura antibiótica a Meropenem + Daptomicina.
Durante su estancia en planta de hospitalización se aísla en exudado purulento de la herida un SAMR + Bacilos Gram negativos sin identificar. Se ajusta tratamiento antibiótico dirigido con Meropenem + Linezolid.
Tras 15 días de ingreso con buena evolución y sin presentar complicaciones relevantes se da de alta con Tedizolid durante 6 días.

CONCLUSIONES

La Gangrena de Fournier es una infección grave y con una alta tasa de letalidad (90%) (1) y mortalidad en torno de 20-30% (2), es por eso que un diagnóstico clínico precoz es imprescindible para una buena evolución y mejorar el pronóstico en estos pacientes, ya que el tratamiento debe ser agresivo combinando el tratamiento quirúrgico con antibioterapia de amplio espectro. (3)
Dentro de los factores predisponentes, en este caso destaca sobre todo la inmunosupresión secundaria a patología neoplásica y tratamiento con quimioterapia y radioterapia.(4)
Si bien el diagnostico clínico es clave, es importante recordar las pruebas de imagen necesarias para confirmar el diagnostico. En este caso la TAC abdomino- pélvico con datos sugerentes de enfisema subcutáneo nos permiten confirmar el diagnóstico y no retrasar el tratamiento quirúrgico.(4)

P. #1496

DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LUMBALGIAS AGUDAS

Jhoselin Maite Cabrera Leon
hospital de getafe, 28027, Madrid (madrid, España), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80 años acude a urgencia dolor agudo lumbar tipo opresivo,continuo con irradiación bilateral aunque de predominio derecho, asociándose pérdida de fuerza distal de extremidades inferiores con intensidad en la escala de Eva 8/10. Refiere que mejora con la sedestación y empeora con la bipedestación. No perdida de control de esfínteres. No traumatismo ni sobreesfuerzo asociado. Niega fiebre u otro cuadro asociado
Antecedentes Personales: HTA , Hernia discal, Mieloma múltiple , Cólicos renoureterales .
Tratamiento habitual: Eliquis, Enalapril
Exploración neurológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Lenguaje fluido y coherente. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales V,VII, IX, XI y XII sin alteraciones. Oculomotores normales. No nistagmos. Fuerza 5/5 simétrica en MMSS.
Fuerza 3/5 MMII en musculatura proximal limitada por dolor, en musculatura distal 0/5 para La dorsiflexión y flexión plantar de ambos pies , Arreflexia rotuliana y aquilea bilateral. Sensibilidad táctil conservada simétricamente. No rigidez de nuca.
Exploración Lumbar:
Dolor a la palpación sobre musculatura paravertebral lumbar izquierda. Lassague y bragard negativos.
Pruebas complementarias:
- analítica
Bioquímica :
Glucosa: 197 ; Creatinina: 0.68 ;filtrado glomerular 90; Sodio: 136 ; Potasio: 4.22 ; Cloro: 103. Proteína C Reactiva: 5.5
Hemograma:
Leucocitos: 12 ; Hemoglobina: 13,4 ; Hematocrito: 34.0 ; Neutrófilos 11.28 ; Linfocitos: 0.68 . INR: 1.03
Dado los hallazgos en la exploración Neurológica se realiza interconsulta con neurocirugía quien comenta que la clínica que presenta en el momento actual puede ser debido al empeoramiento de la hernia discal que presenta en L4, por lo que propone manejo conservador.
Durante su estancia en urgencias se realiza manejo escalonado del dolor siendo necesario hasta un segundo escalón (paracetamol, dexketoprofeno, tramadol), por lo que se decide dejar al paciente en observación para el control del dolor.
Tras horas de evolución el paciente comienza con inestabilidad hemodinámica, con hipotensión, taquicardia y continua con dolor Eva 8/10 a pesar de analgesia, por lo que se solicita una nueva analítica de control, donde se visualiza anemizacion de 3 puntos de hemoglobina.
Por todo lo expuesto en lo anterior , se decide solicitar prueba de imagen y realizar nueva interconsulta con neurocirugía.
Se realiza una Resonancia magnética lumbar urgente donde se objetiva la existencia de un gran hematoma en el canal raquídeo epidural agudo desde D12 hasta L4 con compresión hacia delante del cono medular y las raíces de la cola de caballo.
Tratamiento
Laminectomía lumbar descompresiva L1-L2-L3 e inferior de T12

CONCLUSIONES

Los hematomas epidurales espinales pueden ser clasificados en espontáneos y secundarios. Los hematomas epidurales espinales espontáneos son una entidad rara pero potencialmente grave que puede provocar daño neurológico irreversible si no se diagnostica y trata adecuadamente. No suele existe un factor causal desencadenante de la hemorragia .
Un número importante de hematomas epidurales descriptos suelen precederse de traumatismos menores, esfuerzos, banales, e inclusive maniobras de Valsalva, que podrían provocar un súbito incremento de la presión intrarraquídea y ser origen del sangrado.
El origen del sangrado, suele ser de mayormente de origen venoso, el plexo carece de válvulas y, por lo tanto, comunica libremente con las venas abdominales y torácica permitiendo una circulación en ambos sentidos.
El diagnóstico diferencial debe incluir hematoma subdural espinal, tumores extramedulares , hernia discal, absceso epidural, isquemia, mielitis transversa, esclerosis en placas y disección aórtica.
El tratamiento es una urgencia quirúrgica ya que la instauración rápida y la progresión provoca grandes daños neurológicos que pueden ser irreversibles , por lo que una actuación rápida mejora el pronostico y evita secuelas permanentes.

P. #1507

ANÁLISIS DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: ADECUACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Sara Pérez Cruz, María Teresa Agudo Villa, Laura Rubio Garrido, David Martín-Crespo Posada, Aurora Navarro Regi, Juan Muñoz-Mingarro Molina

Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado es aquel que presenta múltiples lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el politraumatismo es la principal causa de muerte en menores de 45 años. Las escalas de triaje, como el Advanced Trauma Life Support (ATLS) y el Revised Trauma Score (RTS), basadas en criterios fisiológicos, anatómicos y el mecanismo de lesión, permiten clasificar al paciente según la gravedad, facilitando una intervención precoz que pueda evitar desenlaces fatales

OBJETIVO

Describir las características y el perfil de los pacientes politraumatizados que acuden al Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO), un hospital de nivel 2

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, que incluyó a todos los pacientes mayores de 16 años atendidos en el HUSO durante el año 2023. Se evaluaron las escalas de gravedad utilizadas para el triaje, de acuerdo con las recomendaciones ATLS y RTS. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo y contexto del accidente, anatomía del traumatismo, escala RTS, criterios fisiológicos y anatómicos del accidente, mecanismo lesional, diagnóstico principal, pruebas radiológicas, intervenciones y manejo de lesiones traumáticas urgentes y días de ingreso. Para el análisis estadístico, se utilizaron la media, mediana, desviación estándar y rango intercuartílico para las variables cuantitativas, y el porcentaje para las cualitativas. Para las variables categóricas, se emplearon el coeficiente de contingencia y el Test de Fisher. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística y se calculó la Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), aceptando como significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se estudiaron 83 pacientes (edad media de 44 años, 78.3% varones). Los accidentes de tráfico fueron el contexto más frecuente (50.6%), destacando los accidentes de coche (27.7%) y los atropellos (22.9%). El 77.1% tenía menos de 58 años, siendo los accidentes de tráfico los más comunes en este grupo, mientras que en mayores de 58 años predominaban las caídas (52.6%). El 80.7% de los pacientes no presentaban criterios fisiológicos y un 28.9% tampoco presentó criterios anatómicos. La prueba inicial más frecuente fue el TAC de cráneo (41%). Utilizando el triaje RTS (RTS ≤11 como potencialmente graves y RTS ≥12 como leves), solo el 9.6% fueron clasificados como potencialmente graves, con una media de RTS de 11.6 (DE ± 1.47), de los cuales, el 75% eran mayores de 68 años, con las caídas como accidente más frecuente (75%) y la lesión traumática tipo TCE (80.7%) el diagnóstico más común. En cuanto al manejo, el 63.9% de los pacientes no llevaba collarín cervical a su llegada al hospital, y ninguno de los pacientes graves lo utilizó. La mayoría (85.6%) estuvo ingresada entre 24-48h, el 77.1% fue dado de alta, y el 3.6% falleció pese a tratamientos óptimos. Los pacientes con RTS ≤11 tuvieron mayor probabilidad de requerir cirugía o éxitus, mientras que el 89.4% de los pacientes leves no requirieron intervenciones mayores, mostrando que el RTS ≥12 es un factor protector.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes politraumatizados atendidos en el HUSO no presentan criterios de gravedad según las escalas RTS, fisiológicas o anatómicas, siendo frecuentes las lesiones traumáticas y el TCE. Aunque los casos graves son pocos, no deben desestimarse para evitar desenlaces fatales, especialmente en pacientes mayores, que suelen presentar patologías más graves asociadas a caídas y atropellos. Más de la mitad de los pacientes no utilizaban collarín cervical al ingreso, y en algunos casos se retiró antes de realizar pruebas de imagen. Es crucial implementar criterios de gravedad, actuar con rapidez y coordinar los servicios para mejorar la calidad asistencial y el pronóstico de estos pacientes.

P. #1522

UNA PRESENTACIÓN DIAGNÓSTICA NEFASTA

Delfina Gretel Frey Fernández, Fátima Martínez Durán, Melany Gabriela Moreira García, Luz Natalie Ruiz Huarca, Melody Muñoz Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y hemocromatosis. Realiza tratamiento habitual con atorvastatina y enalapril.
Acude a urgencias por pérdida de fuerza en pie izquierdo, inestabilidad y cefalea de 30 horas de evolución. En la exploración neurológica destaca Glasgow 15. Orientada en las 3 esferas. Lenguaje fluído y coherente. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No alteraciones del campo visual. No diplopia asociada ni nistagmus. Resto de pares craneales conservados y simétricos. Disminución de la sensibilidad en región distal de miembro inferior izquierdo y pérdida de fuerza en pie izquierdo con imposibilidad para la marcha. No dismetrías. No disdiadococinesias. Inestabilidad a la marcha.
En las pruebas complementarias se visualiza: plaquetas 9000 y leucocitos 125500 con linfocitosis. En frotis sanguíneo se observa un 99% de blastos, compatible con leucemia aguda. En el TAC cerebral destaca lesión hemorrágica en lóbulo parietal derecho, con mínimo edema cerebral circundante que no condiciona efecto de masa locorregional significativo.
Ante los hallazgos en pruebas complementarias se inicia transfusión urgente de 2 pooles de plaquetas, vitamina K y fibrinógeno 1g. Mientras se realiza la transfusión, la paciente refiere empeoramiento de cefalea y sufre deterioro súbito del nivel del consciencia con Glasgow 3, por lo que se avisa a UCI y se procede a intubación orotraqueal.
Se inician medidas antiHTIC con manitol 250cc, suero hipertónico al 7% y midazolam y se realiza TC cerebral de control en el cual se objetiva una evolución radiológica desfavorable con aumento del hematoma occipital derecho, hematoma subdural agudo frontotemporoparietal derecho y focos de hemorragia subaracnoidea a nivel de los giros frontales superior y medio izquierdos y en ambas cisternas de Silvio. Estos hallazgos condicionan importante efecto masa, con desplazamiento de la línea media hacia la izquierda además de signos de herniación subfalcina y uncal derecha.
Ante daño cerebral hemorrágico catastrófico en el contexto de debut de leucemia aguda, se decide que la paciente no se beneficia de tratamiento quirúrgico por criterios de futilidad. Finalmente, presenta deterioro clinico progresivo con fracaso respiratorio y hemodinámico, que condiciona éxitus.

CONCLUSIONES

Las hemorragias cerebrales intraparenquimatosas son el resultado de la rotura de pequeños vasos dentro del cerebro, generalmente asociadas con síntomas neurológicos de aparición repentina. Las causas más comunes de hemorragias intraparenquimatosas espontáneas son la hipertensión y la angiopatía amiloide cerebral, con una incidencia máxima en la sexta década de la vida.
La leucemia mieloide aguda (LMA) es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación descontrolada de precursores mieloides en la médula ósea, lo que interfiere con la producción normal de células sanguíneas. En este caso, los valores de 9000 plaquetas y 125000 leucocitos sugieren una afectación severa de la hematopoyesis, con trombocitopenia significativa y leucocitosis extrema. Estos hallazgos son indicativos de un proceso maligno en la médula ósea. El diagnóstico de LMA se establece cuando hay un 20% o más de blastos en la médula ósea o la sangre periférica. Estas complicaciones contribuyen a un amplio espectro de complicaciones de la enfermedad, siendo las infecciones la principal causa de muerte. La hemorragia intracraneal es la segunda causa más común de muerte en la LMA, atribuida a plaquetas bajas o disfuncionales causadas por la trombocitopenia.
Los síntomas varían según la ubicación y la gravedad del sangrado. Las intervenciones incluyen la evacuación quirúrgica del hematoma, la reversión de la coagulopatía, el tratamiento de cualquier convulsión y la regulación de la presión intracraneal. La gravedad del sangrado y el contexto clínico determinan las intervenciones. La mortalidad a 30 días por hemorragia intracerebral oscila entre el 35% y el 50%, y la mayoría de las muertes ocurren en las primeras 48 horas.

P. #1529

ANCIANO "HOJALDRADO" TRAS UNA CAÍDA; UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Pascual López Riquelme, Estrella Serrano Molina, Raquel Torres Garate, Esther Álvarez Rodríguez, María Hernández Martínez, Teresa Agudo Villa

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 91 años edad con Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas conocidas; Perdida de memoria recienten en estudio por neurología y Tratamiento habitual: Venlafaxina 75 mg/d.
Motivo de consulta: Es traído a Urgencias el 21 de diciembre de 2024 por su familiar (hija), tras hallarle tirado en el suelo en su domicilio, sin poder levantarse aparentemente desde hace varios días.
La hija refiere que el último contacto con el paciente fue el 18 de diciembre de 2024.
A su llegada a domicilio encuentra al paciente algo confuso sin recordar el episodio de caída. Presenta dolor costal izquierdo de perfil mecánico sin otros síntomas en interrogatorio por órganos (no disnea, dolor abdominal, fiebre, nauseas o vómitos).
La familiar (hija) refiere otra caída hace dos semanas con TCE asociado que fue valorado médicamente.
En la Exploración Física (EF): PA: 106/73 mmHg; 90 lpm; Sat O2: 99%
Se palpa crepitantes en región cervical izquierda, hemitórax izquierdo, miembro superior Izquierdo (MSI) y flanco izquierdo
TORAX: Simétrico. No deformidades. Hematoma hemitórax izquierdo. Doloroso a palpación arcos costales izquierdos inferiores.
AP: MVC. Eupneico.
AC: Rítmico
ABD: Blando y depresible. RHA+. NO masas ni megalias. PPRB (-). No doloroso a palpación. Blumberg (-)
EEII: No edemas ni signos de TVP. Pedios presentes simétricos.
NEURO: Consciente y Orientado. Glasgow: 15 puntos. No focalidad neurológica.
Exámenes complementarios:
BIOQUIMICA: G 167; Urea 135; Creatinina 1,38; CK 658; PCR 130; resto sin alteraciones
GASOMETRIA VENOSA: sin alteraciones
HEMOGRAMA: Hb 11,90 g/dL; resto sin alteraciones
COAGULACION: Sin alteraciones.
Ante la evidencia del cuadro clínico con enfisema subcutáneo asociado, se avisa a Cirugía Urgencias y se solicita un TAC BODY.
TAC TORACO ABDOMINAL:
- Fracturas costales izquierdas (de la 8° a la 12ª), que condicionan contusión pulmonar y probable laceración del parénquima pulmonar.
- Gas ectópico multicompartimental con Neumotórax izquierdo, neumo mediastino, neumo peritoneo y neumo retroperitoneo.
- Gas ectópico que diseca planos musculares de hemitórax y hemiabdomen izquierdos y llega hasta MSI.

TAC CRANEAL: Sin alteraciones significativas
Evolución: Ante los hallazgos objetivados contactamos con Cirugía Torácica del Hospital 12 de Octubre, quienes recomiendan ingreso en nuestro hospital y Radiografía de tórax de control en 6 horas.
Se ingresa en planta de Cirugía con interconsulta a Geriatría.
Tras ingreso en planta, se objetiva buena evolución y se da de alta a domicilio el 13 de enero de 2025 con los Juicios clínicos de Fractura única desplazada de arco costal posterior de 12ª costilla + fractura única no desplazada de arco costal posterior de 8° y 9° costilla, fractura flotante del arco posterior de 10°, 11° y 12° costillas, contusión pulmonar, neumotórax izquierdo, extenso neumomediastino y neumo y retroneumoperitoneo en relación a lo previo.

CONCLUSIONES

- En pacientes ancianos que acuden con caídas a los servicios de Urgencias, es esencial realizar una evaluación integral y personalizada.
- La clave radica en una evaluación diagnóstica detallada (especialmente mediante TAC), para descartar otras lesiones potencialmente mortales y en la vigilancia estrecha de estos pacientes.
- La estrategia terapéutica debe adaptarse a la condición clínica del paciente, siempre balanceando el riesgo de intervenciones invasivas contra la posibilidad de complicaciones por un manejo exclusivamente conservador.
- Aunque la literatura sobre gas ectópico multicompartimental asociado a fracturas costales en ancianos es escasa, los datos disponibles sugieren que, en ausencia de lesiones mayores o complicaciones, la evolución es generalmente favorable con un manejo conservador basado en oxigenoterapia, control del dolor y soporte respiratorio.
- Echamos de menos otros diagnósticos que podrían beneficiar al paciente como presencia de varias caídas con consecuencias graves, lo que merece un estudio adecuado.

P. #1538

MOVILIZANDO A MEDIO HOSPITAL, UN CASO AL LÍMITE

Iván Leitón Bautista, Isabel Criado Rubio, Alberto Flores Camuñas, Paloma Fernández Gómez, Francisco Javier Toledano Villar, Estíbaliz Garrido Leal

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: paciente de 70 años acude a urgencias por disnea progresiva que, en las últimas 48 horas, se presenta en reposo. Además, experimenta dolor torácico opresivo fluctuante, irradiado a mandíbula y regiones infraescapulares, junto con parestesias en el hemicuerpo izquierdo. Niega pérdida de conciencia, mareos, síncope, tos, expectoración, fiebre o síntomas digestivos y urinarios.

Antecedentes personales: exfumadora moderada (16-68 años), sin consumo de alcohol. Nódulo tiroideo en seguimiento. Antecedentes de linfoma de Hodgkin en remisión desde hace 12 años, anexohisterectomía por miomas y quistes ováricos, y apendicectomía. En 2022, cirugía por aneurisma cerebral con reingreso por hemiparesia izquierda. En octubre de 2024, sufrió un AIT. Tratamiento actual: Crestor 10 mg, Gabapentina 100 mg, Adiro 100 mg, Pantoprazol 40 mg y Sibelium 5 mg.

Exploración física y exploraciones complementarias: TAS: 139 mmHg, TAD: 72 mmHg, Temp: 36°C, FC: 126 lpm, SatO2: 94% AA. Paciente consciente, alerta, colaboradora, en buen estado general, eupneica, afebril, bien perfundida. AC: tonos rítmicos, soplo diastólico sutil en foco aórtico. AP: murmullo vesicular conservado. ABD: blando, depresible, sin visceromegalias ni signos de irritación peritoneal. MMII: pulsos periféricos conservados con leve asimetría, sin edemas ni signos de TVP. NRL: funciones superiores conservadas, sin focalidad neurológica. Ante diferencial de pulsos, se miden tensiones en ambos brazos, sin diferencias significativas.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Troponina 75, NT-proBNP 3650, leve alcalosis respiratoria, Dímero D 13980.
- ECG: taquicardia sinusal.
- Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, opacidad en base derecha.

Ante estos hallazgos, se solicita AngioTAC toraco-abdominopélvico urgente. Se confirma disección aórtica tipo A de Stanford con flap intimal desde la raíz aórtica hasta la bifurcación de la arteria ilíaca común izquierda. Luz falsa trombosada en la carótida común derecha y arteria renal izquierda.

Diagnóstico preoperatorio: disección aórtica aguda tipo A de Stanford (TA E1 M0), requiriendo cirugía urgente.

CONCLUSIONES

Conclusiones:

1. Importancia de la anamnesis y signos clínicos: la combinación de disnea, dolor torácico irradiado y síntomas neurológicos orientó la sospecha de disección aórtica, facilitando un diagnóstico precoz.
2. Valor de la exploración física: la leve asimetría de pulsos periféricos y el soplo diastólico fueron claves para reforzar la sospecha diagnóstica.
3. Relevancia de pruebas complementarias: la elevación del Dímero D y el ensanchamiento mediastínico en la radiografía justificaron la solicitud de un AngioTAC urgente, permitiendo una intervención quirúrgica temprana.
4. Estrategias quirúrgicas y pronóstico: la extensión de la resección quirúrgica no influyó significativamente en la mortalidad hospitalaria. Aunque algunos autores sugieren resecciones más amplias, otros priorizan la supervivencia del paciente minimizando la extensión quirúrgica innecesaria.

EVOLUCIÓN:

Intervención quirúrgica y evolutivo: durante la cirugía, se halló disección de la aorta ascendente, seno no coronario y coronaria derecha, con prolapso y desinserción comisural de la válvula aórtica. Se realizó reemplazo valvular con prótesis biológica Edwards Inspiris Resilia n.° 23, y sustitución de la aorta ascendente y seno no coronario con injerto de dacron Polithese de 28 mm.

La intervención cursó con coagulopatía, requiriendo hemoderivados y factor VII recombinante. Se detectó insuficiencia aórtica residual significativa, por lo que se reingresó en circulación extracorpórea para corregir la función valvular. Tras estabilización, la paciente fue trasladada a UCI.

Postoperatorio y evolución: en las primeras horas postquirúrgicas, la paciente requirió soporte con drogas vasoactivas por disfunción ventricular derecha, evolucionando con mejoría progresiva. Se mantuvieron drenajes pleural, pericárdico y mediastínico. En el 2.° día, se realizó extubación con destete progresivo de drogas vasoactivas. En el 3.° día, se logró la retirada completa de aminas vasoactivas, con adecuada función respiratoria y diuresis sostenida bajo soporte diurético.

P. #1588

DOLOR INGUINAL DE LARGA EVOLUCIÓN

Laura De Los Ángeles Adame Sanz[1], Natalia Muriel Sanjuan[1], Coraima Cobos Montenegro[2], Celina Angélica Soto Castro[1], María Magdalena Ruiz Canela Gallardo[3], Lourdes Fuentes Guerra López Crespo[1]

1. Hospital Infanta Margarita, Cabra, España
2. Hospital Comarcal de la Axarquía, Velez- Málaga, España
3. Hospital de Alta Resolución de Écija, Écija, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES. Mujer de 65 años. hipertensón arterial. Dislipemia. Carcinoma endometrioide pT1bN0M0, Estadio IB. en seguimiento por oncología con último TC toracoabdominopélvico hace 5 meses sin datos de recidiva. Intervenciones quirúrgicas: histerectomá total + doble anexectomía + linfadenectomía pélvica y paraaórtica laparoscópica.
MOTIVO DE CONSULTA. La paciente consulta por dolor inguinal izquierdo de varios meses de evolución que se ha hecho más intenso en los desde hace unos 7 días, actualmente con una escala Eva 10/10. Niega traumatismo, sobreesfuerzo ni otros mecanismos lesionales. Refiere que ha precisado muletas para caminar aunque en los últimos días ya no puede apoyar nada.
Valorada hace unas 24h en urgencias por este dolor con radiografía de abdomen, analitica de sangre y orina normal.
EXPLORACIÓN FÍSICA: Aceptable estado general, consciente, orientada, colaboradora, muy dolirada. Eupneica en reposo. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No se palpan hernias a nivel inguinal ni abdominal. Dolor muy intenso a nivel inguinal izquierdo, a la palpación superficial, hiperalgesia en zona inguinal y tercio proximal de muslo izquierdo. Dolor a la rotación externa e interna de cadera izquierda. No presenta hematomas, no deformidad.
Se canaliza acceso venoso y se administra dolantina 50mg y ondansetron.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se solicita radiografía de pelvis y cadera izquierda donde se aprecia fractura en ramas ileo e isquiopubianas bilaterales.
Se comentó caso con Traumatología y dado antecedentes oncológicos y dolor incoercible, se decidió ingreso para estudio de posible fractura patológica y control del dolor.
Durante el ingreso se realizó TC toracoabdominopélvico donde se evidenciaron las fracturas completas de ambas ramas iliopubianas, derecha impresiona incipiente formación de callo de fractura y por tanto subaguda, mientras que la izquierda presenta aspecto reciente. Fracturas completas con formación de callo en ambas ramas isquiopubianas. Alteración de la densidad del sacro con afectación blástica parcheada que altera zonas de osteopenia de predominio en ambas alas sacras, en cuya corticaranterior se objetivan zonas de solución de continuidad en H en relación con fracturas. Los hallazgos descritos por su localización son inicialmente sugestivos de fracturas por insuficiencia, posiblemente en contexto de osteopenia por cambios postradioterapia y/o cambios osteoporóticos.
Posteriormente se realizó una RMN pélvica donde se describieron hallazgos. compatibles con fracturas por insuficiencia en ramas isquiopubianas, iliopubianas y ambas alas sacra, de evolución reciente.

CONCLUSIONES

El objetivo de exponer este caso es destacar la importancia de ver al paciente de una forma global, con sus antecedentes y los factores de riesgo que le puedan haber causado los mismos. En ocasiones, la sobrecarga asistencial hace que no revisemos adecuadamente la historia clínica del paciente y pasemos por alto datos que pueden ser importantes para la enfermedad actual.

P. #1611

LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA REITERATIVA: LUMBALGIA EN EL PACIENTE FUMADOR

Javier Gómez Sierra, Enrique Del Toro Daza, Julia Barrado Cuchillo, Marcos Oliver Fragiel Saavedrao

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años, natural de España, y fumador de 2 paquetes de cigarrillos diarios que acude inicialmente a Urgencias por dolor en región lumbar de varios días de evolución, que considera que podría estar asociado a un sobreesfuerzo físico en los días previos, siendo dado de alta del servicio de Urgencias con tratamiento analgésico.

Acude de nuevo en 2 ocasiones por empeoramiento del dolor lumbar con irradiación a miembros inferiores, que no ha cedido tras toma de analgesia de manera pautada, siendo dado de alta de nuevo sin prueba de imagen radiológica con nueva pauta analgésica.

Tras una cuarta consulta por persistencia de lumbociatalgia con exploración física con dolor paravertebral derecho asociando apofisalgias difusas L2-L3 con pulsos conservados, se decide realizar prueba de imagen lumbosacra donde se observa lesión lítica en L3. Ante dichos hallazgos, se solicita ingreso en Medicina Interna para completar estudio, siendo diagnosticado de lesión lítica metastásica secundaria a adenocarcinoma de pulmón en estadio IVB.

CONCLUSIONES

La presencia de sintomatología como dolor lumbar resulta ser uno de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias. Es muy importante realizar una correcta historia clínica dirigida, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y recientes visitas a especialistas (tanto a su Médico de Atención Primaria como a Urgencias).

La gran mayoría de las lumbalgias que acuden a urgencias son de origen mecánico o inespecífico y hasta un 90% se resuelven en un periodo de 4 a 6 semanas. De cara a la solicitud de pruebas complementarias de imagen en urgencias, es clave el interrogatorio para valorar la existencia de síntomas de alarma, ya que no se ha demostrado beneficio en realizar radiografías a pacientes con lumbalgia sin datos de alarma.

A pesar de la falta de estudios que describan el debut de un proceso tumoral en pacientes con lumbalgia, se recomienda que en pacientes fumadores (independientemente de la edad y especialmente en varones) que consultan por lumbalgia crónica que no mejora a pesar de pauta analgésica habitual, se realice una prueba de imagen radiológica para descartar signos de patología ósea aguda, ya que no es infrecuente que sea la primera manifestación de procesos tumorales pulmonares.

Durante la exploración física, va a ser esencial siempre evaluar al paciente en bipedestación (alineación de la columna, valoración de la marcha, existencia de contractura muscular) y en decúbito supino (signo de Lasègue, signo de Bragard y pulsos periféricos).

En casos en los que el paciente presente datos de alarma, la prueba de imagen inicial a realizar en Urgencias es la radiografía lumbo-sacra. Si bien, la prueba diagnóstica de elección es la resonancia magnética nuclear (RMN). No obstante, la TC puede estar indicado en casos de sospecha de fractura o ausencia de disponibilidad de RMN urgente.

En conclusión, es de vital importancia la correcta anamnesis y la detección de sintomatología de alarma en lumbalgias, determinando de manera explícita en la historia clínica: el tiempo de evolución, localización, irradiación y síntomas asociados. Habrá que valorar realizar pruebas complementarias como analíticas o técnicas de imagen en el caso de lumbalgias recurrentes, ya que podría ser un síntoma clave a la hora de diagnosticar patología grave como un Mal de Pott o un proceso tumoral activo.

P. #1627

LA IMPORTANCIA DE LA "E"

María José Carrillo Burgos[1], José Nicolás Gálvez[2], Isabel López Pelayo[1], Carlos Contreras García[1], Belén Morales Franco[1], Marta Pérez Crespo[1]

1. Hospital Lorenzo Guirao, Cieza, España
2. Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo Consulta: Varón de 16 años que trae el 061 tras accidente de moto.
Antecedentes Personales: Sin interés.
Enfermedad Actual : Según refiere el 061, circulando en moto ha chocado contra un coche saliendo despedido con traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia y traumatismo en pierna izda (izquierda). A su llegada lo encuentran consciente pero con amnesia del episodio y con intenso dolor en pierna izda donde objetivan deformidad tibial con mínima herida externa y restos abundantes de sangrado en el asfalto. Colocan colchón de vacío, collarín cervical, sueroterapia, 150 mcgr fentanilo iv (intravenoso) y lo trasladan.
Exploración Física: Consciente y orientado, palidez cutáneo mucosa, Glasgow 15. Tensión Arterial: 94/56 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 142 lpm, Frecuencia Respiratoria: 22 rpm, Saturación O2 100%. Auscultación Cardíaca: taquicárdico sin soplos. Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible sin megalias no doloroso. Nurológico: sin focalidad. Miembro inferior izdo: deformidad tibial proximal con mínima herida abierta con sangrado en sábana, pulso pedio débil.
Exploraciones Complementarias : pH 7,30, HCO3 19,2, lactato 2,8. Hb 9.5, Hto 27.1, leucocitos 7.1, plaquetas 55000, Glucosa 112 mg/dl, creatinina 0.89 mg/dl, Ca 7.9 mg/dl, K 4.5 mg/dl, Na 146 mg/dl, CK 970 mg/dl , anormales y sedimento orina normal. Coagulación hemolizada.
TC (Tomografía Computerizada) de cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste: sin hallazgos de patología aguda postraumática.
Evolución: a su llegada el paciente está consciente con Glasgow 15 pero con palidez, hipotensión y taquicardia con un índice de shock sistólico de 1,5 y trauma score revisado de 7,8. Ante la evidencia de shock hipovolémico se cursan pruebas cruzadas, se inicia sueroterapia, analgesia y 1gr tranexámico iv y se realiza TC corporal total en busca de hemorragia abdominal, torácica o pélvica. El TC no objetiva hemorragia y descarta lesión medular por lo que se retira el colchón de vacío comenzando con sangrado abundante en zona posterior de la pierna y deterioro hemodinámico. Al voltear al paciente observamos gran herida abierta en hueco poplíteo con sangrado abundante que precisa compresión con torniquete en raíz del miembro. Se inicia protocolo de transfusión masiva y pasa a quirófano, donde se realiza fijación de la fractura de tibia por parte de trauma, pero se objetiva arrancamiento de tronco tibioperoneo y sangrado activo. Se intenta control y ligadura del mismo pero persiste sangrado difuso de estructuras lesionadas y empeoramiento hemodinámico pese a expansión de volumen y trasfusión de hemoderivados por lo que por lo que se decide realizar una amputación supracondílea de MII. Pasa a Unidad de Cuidados Intensivos bajo ventilación mecánica, sedado y analgesiado y tratamiento con protección gástrica, gammaglobulina antitetánica, vitamina K y tranexámico y profilaxis antibiótica. Precisa noradrenalina en perfusión. La evolución posterior es favorable siendo alta en 48 horas.
JC: Politraumatizado. Fractura abierta de tibia y peroné izquierdos. Amputación supracondílea de MII.

CONCLUSIONES

El gran interés de este caso es resaltar la importancia del X-ABCDE en el paciente traumatizado grave tanto en el ámbito intra como extrahospitalario, destacando especialmente en este caso la Exposición que suele ser la menos valorada. La falta de inspección de la parte posterior del paciente antes de colocar el colchón de vacío, y posteriormente en el hospital; hizo que se demorara el diagnóstico al buscar un foco hemorrágico en abdomen, tórax y pelvis, cuando realmente existía una hemorragia externa contenida por la compresión del colchón de vacío pero muy abundante en el momento de la retirada del mismo poniendo en grave peligro la vida del paciente que finalmente salvó la vida pero perdió el miembro.

P. #1674

TUMORACIÓN ABDOMINAL GIGANTE

Mónica Sachi Martínez Mihara, Claudia Lambán Mascaray, Sara Patricia Canales Villa, Eva Campos Picontó, María Sánchez Salamero, María Del Carmen Lahoza Pérez
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 73 años, con estreñimiento crónico y portador de colostomía terminal por cirugía previa de neoplasia rectal. Consulta en Urgencias por aparición repentina de un bultoma abdominal doloroso. A su llegada el paciente relata que "se le han salido las tripas". Presenta buen estado general y constantes vitales normales.
En la exploración se aprecia una masa bilobulada de gran tamaño en vacío izquierdo con aspecto sonrosado sugestivo de mucosa intestinal (Imagen 1). Con la sospecha de propaso del estoma, se procede a colocar compresas frías impregnadas en azúcar sobre la tumoración para reducir su tamaño (Imagen 2) y posteriormente se realiza reducción manual del prolapso (Imagen 3).
El paciente es dado de alta sin tratamiento siendo las revisiones posteriores satisfactorias.

CONCLUSIONES

El prolapso es una complicación tardía de la colostomía (> 3 meses) y se define como la salida o protusión del estoma por encima de la unión mucocutánea. Se trata de una complicación poco habitual (2-10% de los casos). Su frecuencia varía en dependencia de la localización del estoma, siendo mayor en las ileostomías y colostomías de asa, y menor en las colostomías terminales.
El diagnóstico es clínico y puede ocasionar desde irritaciones cutáneas o ulceraciones de la mucosa hasta obstrucción o isquemia intestinales.
La causa del prolapso es multifactorial, destacando el estreñimiento, la discordancia entre el tamaño del intestino y del orificio creado en la pared abdominal y la existencia de asas intestinales largas y móviles. Otros factores de riesgo frecuentes son la edad avanzada, la obesidad, la laxitud de la pared abdominal y la obstrucción intestinal en el momento de la realización del estoma.
Los casos no complicados se pueden tratar de forma conservadora con reducción manual lo antes posible para reducir el riesgo de complicaciones como cambios isquémicos, irritación grave de las mucosas o hemorragias que normalmente requieren intervención quirúrgica.
La recidiva del prolapso es frecuente por lo que en estos casos la cirugía constituye su tratamiento definitivo. El tratamiento quirúrgico del prolapso del estoma incluye la resección de la porción prolapsada, su revisión o reubicación.
Nuestro paciente fue dado de alta con laxantes para prevenir el estreñimiento y citado de forma programada en Cirugía para valorar la necesidad reparación definitiva.

P. #1699

ERRORES QUE SON UN ACIERTO

Pilar María González Romero, Elvira García Castro, María Cecilia Martín Fernández De Basoa, Carmen Beatriz Domínguez Gill, Ana Ramírez Skrbe, Martina Dácil Pérez León
HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 16 años, sin antecedentes personales de interés, acude por sufrir 45 minutos antes, un politrauma. Sufre accidente mientras iba a unos 25km/h en un patinete eléctrico, sin casco. Pierde el control del mismo, chocándose de frente contra una pared.
En el momento actual asintomático, refiere que no sabe si ha perdido el conocimiento, a pesar de que un testigo refiere que se quedó aturdido tras el golpe.
Presenta una exploración normal, con escala del coma de Glasgow (GCS) de 15, sin focalidad neurológica.
Se solicitan biomarcadores de daño intracraneal, (TBI), a pesar de no cumplir uno de los criterios de protocolo, ser mayor de 18 años.
El resultado del TBI es positivo con una proteína ácida fibrilar glial (GFAP)de 192 pg/ml (positivo mayor o igual a 35) y una ubiquitina carboxil terminal-1 (UCH-L1) de 1431,1 pg/ml (positivo mayor o igua a 400).
Siendo el resultado positivo, está indicado solicitar una tomografía axial computerizada de cráneo (TAC), siendo el resultado patológico, con una colección hemática extraaxial frontal derecha y fractura frontal derecha que alcanzo el seno frontal, con hemoseno y neumoencéfalo.
Se decide ingreso en Neurocirugía para control y observación neurológica, dado que no presenta criterios clínicos ni radiológicos que precisen cirugía urgente.
A las 24h se realiza TAC de control con discreto incremento de la colección extraaxial biconvexa subyacente a la fractura frontal derecha, con distribución epidural de 13mm de espesor máximo, previamente 8-9 mm. Sin herniaciones cerebrales.
A los 6 días, permanece estable neurológicamente, se solicita un nuevo TAC, existiendo discreto aumento de la colección extraaxial aguda en evolución, en tercio frontal derecho de unos 16mm de espesor máximo. Sistema ventricular discretamente asimétrico, sin herniaciones cerebrales significativas.
Dada la estabilidad clínica y que los hallazgos radiológicos son la evolución normal de un hematoma epidural con criterios de manejo conservador, discreto crecimiento de volumen secundario a la hemolisis del sangrado, se decide alta ambulatoria con control evolutivo en consultas.
El paciente es re valorado en consultas 5 meses después con una resonancia magnética en la que se objetiva resolución completa del sangrado intracraneal.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de lesión cerebral en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve (puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de 13 a 15, es un desafío para el médico de urgencias, por la necesidad de identificar a aquellos pacientes

con mayor riesgo de desarrollar lesiones intracraneales, que requieran actuaciones médicas y neuroquirúrgicas.
Está demostrado que el uso de TBI, en los servicios de urgencias ha mejorado la eficiencia de la atención de los pacientes con TCE leve. Por un lado disminuye el número de TAC solicitados y por otro se disminuyen los tiempos de estancia en los servicios de urgencias, con el consiguiente ahorro de recursos, reduciendo también la incertidumbre del paciente y de sus familiares.
Hasta el momento no está definidos los puntos de corte del TBI, para menores de 18 años, que pudieran ser más bajos.
Parece de interés en este rango etario, su uso como marcador para descartar lesión intracraneal y así evitar radiación innecesaria.
En este caso se solicita el TBI, dada la cinemática del accidente, en un paciente menor de 18 años, por desconocimiento del protocolo instaurado en nuestro centro (criterios para solicitud de TBI, mayor de 18 años, acudir en las primeras 12 h tras el trauma, y GCS de 13-15), siendo este positivo es necesario solicitar TAC. Apesar de que el paciente está asintomático el TAC es patológico.
Por lo tanto se precisan estudios para valorar su posible implementación en el paciente pediátrico y en el adolescente de 15 a 18 años.

P. #1707

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Francisco Javier Lucas Imbernon, Verónica Ortega Delgado, Antonio Cid Dorribo, María Ruiperez Moreno, Francisco Javier Lucas Galan, María Asunción Galan Traba

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado es un problema vital desde el punto de vista sanitario, social y económico. En los últimos años han acontecido cambios profundos en el paradigma de la reanimación del paciente traumatizado crítico. Sin embargo, la mortalidad de estos pacientes y sus causas continúa siendo uno de nuestros principales desafíos.

OBJETIVO

• Objetivo general: analizar el proceso de asistencia integrada al paciente politraumatizado.
• Objetivos específicos:
o Establecer la mortalidad de los pacientes politraumatizado.
o Analizar la superviviencia de los pacientes politraumatizados atendidos.
o Analizar los mecanismos lesionales más frecuentes.
o Determinar los factores epidemiológicos de los pacientes politraumatizados.
o Describir el manejo de los pacientes politraumatizados en los distintos niveles asistenciales.
o Describir el tiempo empleado en los distintos niveles asistenciales.
o Evaluar el cumplimiento del Protocolo de Código Trauma establecido en la GAIA.
o Identificar los tratamientos utilizados durante el proceso asistencial: sueroterapia, analgesia, sedación, relajantes musculares y fármacos vasoactivos.
o Enumerar las pruebas complementarias realizadas durante el proceso de asistencia inicial al paciente politraumatizado.
o Detallar los servicios hospitalarios que participan en el proceso de atención al paciente politraumatizado.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo sin intervención y retrospectivo de pacientes diagnosticados de politraumatismo en el Servicio de Urgencias, incluyendo los atendidos en la UVI-1, la UVI-2 y el helicóptero durante el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022 y entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016. Las variables que se han utilizado en el diseño del estudio se pueden agrupar en:
• Datos demográficos.
• Mecanismo lesional.
• Tipo de asistencia prehospitalaria.
• Constantes vitales.
• Procedimientos diagnósticos.
• Diagnósticos.
• Tratamientos.
• Servicios de ingresos.

- Niveles asistenciales.
- Mortalidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

los pacientes politraumatizados atendidos en el CHUA son en su mayoría varones, con una edad media de 51,4 años, siendo el accidente de tráfico la causa más común de ingreso por politraumatismo, y la mayor parte son atendidos por equipos del 112 con médico. La asistencia prehospitalaria realizada por 112 mejora las predicciones de mortalidad de la escala GAP. La tasa de mortalidad tras 1 año es del 18,6%
La aplicación de las recomendaciones del Código Trauma en la Gerencia Integrada consigue una tasa de mortalidad del paciente politraumatizado que es similar a la de la literatura revisada.

CONCLUSIONES

- El mecanismo lesional más frecuente es el accidente de tráfico.
- La mayoría de pacientes politraumatizados o con trauma grave son atendidos por un equipo del 112 con médico.
- La prueba diagnóstica más realizada ha sido el TAC total body, siguiendo el protocolo de asistencia al trauma grave.
- El diagnóstico definitivo más frecuente es el traumatismo torácico, seguido de cerca por el TCE.
- La mayoría de pacientes han sido clasificados como policontusionados por presentar traumatismos simultáneos en diferentes aparatos y/o sistemas.
- La reanimación con fluidos está totalmente extendida en el manejo del paciente politraumatizado, siendo los cristaloides el tratamiento de elección y los más utilizados.
- El uso de drogas vasoactivas en el ámbito prehospitalario ha aumentado respecto a 2016.
- Los tiempos de atención extrahospitalaria y en Urgencias son superiores a los recomendados, por lo que deberían disminuir para mejorar la atención a los pacientes politraumatizados.

P. #1708

ALGO NO VA BIEN: PERFORACIÓN ESOFÁGICA YATRÓGENA

Begoña Moliner Zanón, Lourdes Sánchez Cabanes, Andreea Irimia Irimia, Rosa Sorando Serra, Noelia Borrás Llopis
Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, estenosis aórtica severa, miopatía inflamatoria necrotizante relacionada con estatinas y polimiositis en tratamiento crónico con olmesartán 40mg, atorvastatina 20mg, ácido fólico,metotrexate semanal 2,5mg y empaglifozina 10mg, remitida desde la unidad técnica de Cardiología porque tras realización de ETE con aceptable tolerancia y sin complicaciones iniciales estando en la sala de espera, refiere dolor en la espalda y en el pecho.
En urgencias estable hemodinámicamente, auscultación pulmonar normal, no se palpa enfisema subcutáneo y electrocardiograma sin alteraciones. Disfonía.
Ante la sospecha de perforación esofágica yatrogénica pasa a observación para monitorización. Se administra analgesia intravenosa y se solicita analítica sanguínea que no muestra alteraciones importantes y radiografía de torax sin hallazgos. En la tomografía vascular (TC) se aprecia neumomediastino, lo que sugiere rotura esofágica en el contexto referido, con presencia de gas periesofágico sin objetivar punto de fuga del contraste. Esófago distal distendido. Se descarta embolia pulmonar y síndrome aórtico. Se consulta con cirugía torácica del hospital de referencia y se procede a su traslado mediante transporte medicalizado.
A su llegada se mantiene estable y se realiza nueva TC con contraste oral para determinar el punto de fuga. Se decide ingreso con manejo conservador (antibioterapia, dieta absoluta y vigilancia estrecha).
A las horas la paciente se inestabiliza y se decide intervenir quirúrgicamente de forma urgente. Se realiza cervicotomía lateral izquierda hallando perforación esofágica de 2 cm a nivel de fibras inferiores del constrictor de la faringe y absceso cervical izquierdo que diseca hacia mediastino posterior. Se toman muestras para cultivo de material purulento y se realiza rafia primaria de la perforación. Tras comprobar la reparación de la fuga se confecciona colgajo del esternocleidomastoideo.
La evolución fue favorable.

CONCLUSIONES

La perforación esofágica es una complicación poco frecuente pero altamente letal que requiere, en la mayoría de los casos, una intervención quirúrgica inmediata. Las causas más frecuentes son: instrumental, traumática y otras causas, como ingestión de cáusticos o de cloruro potásico, radioterapia, etc. Los desgarros esofágicos espontáneos pueden afectar a solo una parte de la pared (síndrome de Mallory Weiss) o constituir una rotura del espesor total de la pared, dando lugar al síndrome de Boerhaave con una alta mortalidad.
Las de causa instrumental y traumática con mejor pronóstico son más frecuentes en el esófago cervical. Las espontáneas en el

esófago distal tienen mayor morbimortalidad.
El síntoma más importante es el dolor intenso, continuo, cervical, retroesternal o abdominal irradiado al cuello, los hombros y la espalda. Aumenta con la deglución y la palpación y asocian disfagia y odinofagia, salivación sanguinolenta y enfisema subcutáneo. La fiebre y el deterioro del estado general aparecen rápidamente. En las perforaciones cervicales suele existir disfonía; las torácicas suelen evolucionar rápidamente hacia una sepsis por mediastinitis, y las perforaciones abdominales cursan como un cuadro de abdomen agudo, de vómitos, muchas veces tras una ingestión alimentaria copiosa y alcohol.
La exploración física al inicio es normal, posteriormente taquipnea, cianosis y shock. El enfisema subcutáneo aparece solo en un tercio de los pacientes.
La TC es la técnica de elección. La endoscopia digestiva alta está contraindicada. Siempre ingreso hospitalario.
La morbimortalidad es inferior al 20% si el diagnóstico se realiza en las primeras 24 h y superior al 60% posteriormente.
Trataremos el compromiso de la vía aérea y el shock y dejaremos en absoluta con fluidoterapia e inicio precoz de antibioterapia de amplio espectro con metronidazol y cefalosporina o un carbapenem. La intervención quirúrgica urgente en las primeras 24 horas es el tratamiento de elección. Solo un grupo reducido de pacientes con perforaciones instrumentales cervicales de pequeño tamaño se puede intentar un tratamiento conservador.

P. #1725

ESTA HIPOTENSIÓN NO ME CUADRA: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Vicente Ferrandis Alepuz[1][2], María Del Carmen Bernat Velasco[1][2], Sara Yousfi López[1], Andrea Lluesma Guillén[1], María José Cano Cano[1], Eva Vidal Marti[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. SESCV, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 con antecedentes de enolismo crónico, consumo de cocaina y trastorno de estrés postraumático por violencia de genero. Acude a Servicio de Urgencias hospitalarias (SUH) por sincopes e hipotensión.
La paciente refiere que estaba en un recinto con aglomeración cuando ha comenzado a agobiarse y ha presentado una pérdida de consciencia. A la llegada de SAMU objetiva hipotensión arterial y presenta un nuevo sincope sin pródromos.
Refiere estar embarazada de 3 meses y llevar controles en sanidad pública pero no constan dichos controles en el sistema.
Niega sangrado vaginal o dolor abdominal. Niega dolor torácico, disnea o palpitaciones. No antecedentes traumáticos previos. Refiere haber tomado cerveza y 2 chupitos, niega otros tóxicos.
Exploración Física:
Constantes: TA: 50/24 mmHg; FC: 120 lat/min (Rítmica); SatO2: 98%.-
Buen estado general, normohidratada con leve palidez cutánea.
Auscultación cardiopulmonar: normal.
Abdomen: blando y depresible sin palparse masas ni megalias ni saco utero gravido. Sin dolor a la palpación ni signos de peritonismo.
Se indica sondaje vesical con control de diuresis, se inicia fluidoterapia y se solicitan pruebas complementarias:
- Analítica de sangre: Hemoglobina: 7,40 g/dL; Leucocitos: 11,50 x10^9/L; Plaquetas: 251 x10^9/L; Indice de Quick: 100 %; ACIDO LACTICO: 2,20 mmol/L; pH: 7,32; Creatinina: 0,44 mg/dL; Etanol (sangre): 2,62 g/L; Troponina T ultrasensible: 4,7 ng/L; Proteína C reactiva: 3,0 mg/L
- Orina: Test de gestación: Negativo; Cocaína (COC): Positivo; Benzodiacepinas (BZD): Positivo;

Al descartarse embarazo y dada la anemización y persistir hipotensión pese a la fluidoterapia se solicita ecografia abdominal para filiar causa de hipotensión:
- Ecografia abdominal: Hígado con esteatosis difusa severa, que dificulta la valoración de posibles lesiones focales. Vena porta con flujo hepatópeto.

Muy abundante ascitis difusa con ecos internos móviles, que en fosa iliaca derecha presenta masa ecogénica de unos 10 x 5,5 cm, no puede descartarse que corresponda con lesión sólida, aunque por el contexto es más probable que corresponda con hemoperitoneo, se recomienda valoración analítica y mediante TC con contraste
- TC abdomino-pélvico con contraste: Rotura traumática del bazo con sangrado activo arterial abundante. Esteatosis hepática difusa severa.

Tras los hallazgos del TC se extrae hemograma de control en

el que se objetiva anemización a Hemoglobina: 5,60 g/dL, por lo que se contacta con Cirugia General, quien indica cirugia urgente y se solicitan transfusiones.
Se le realiza una esplenectomia de urgencia, con buena evolución posterior. - En el analísis de la pieza en anatomía patológica se descubren histiocitos (CD68 positivo) con citoplasma claro y espumoso negativo para el PAS, motivo por el que la paciente se encuentra actualmente en estudio por medicina interna para descartar enfermedad por depósito.

CONCLUSIONES

La hipotensión arterial severa puede tener diversas etiologias: yatrogénica por fármacos, hipovolemia relativa por aumento de 3r espacio (sepsis), hipovolemia real (deshidratación, sangrado), o fallo de bomba (shock cardiogénico, tóxicos).
En este caso dado el antecedente de consumo de tóxicos y dado que la paciente referia estar embarazada se procedió a descartar la causa infecciosa y cardiológica.
Descartada la causa yatrogénica, infecciosa o cardiogénica, se decidió completar el estudio con una ecografia en la que se estableció la sospecha de rotura esplénica con hemoperitoneo.

P. #1733

NO TODAS LAS FRACTURAS SON IGUALES: LA HISTORIA OCULTA DE UN MIELOMA MÚLTIPLE

Lidia Torres Valle, Marina Flores Navas, Juan Ignacio Morales Hijon

Unidad Docente Málaga-Guadalhorce, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Las fracturas patológicas pueden ser la primera manifestación de enfermedades sistémicas como el mieloma múltiple (MM). Este trastorno hematológico, caracterizado por la proliferación clonal de células plasmáticas en la médula ósea, puede debutar con síntomas inespecíficos como dolor óseo, anemia o insuficiencia renal. En urgencias, la identificación de fracturas atípicas es clave para un diagnóstico precoz y un abordaje multidisciplinar adecuado. Presentamos el caso de una mujer de 60 años cuya fractura femoral reveló la presencia de un MM previamente no diagnosticado.

OBJETIVO

Destacar la importancia de la sospecha clínica ante fracturas patológicas sin traumatismo previo, subrayando el papel de los servicios de urgencias en la detección de neoplasias hematológicas como el mieloma múltiple.

MÉTODO

Se realizó una valoración retrospectiva del caso de una paciente de 60 años que consultó por dolor persistente en el miembro inferior izquierdo de un mes de evolución, inicialmente diagnosticado como rotura fibrilar. Una semana antes de la consulta, la paciente sufrió un episodio sin traumatismo en el que notó un chasquido en la pierna, seguido de impotencia funcional total.
Tras acudir a urgencias, se realizó estudio de imagen con radiografía, evidenciando fractura diafisaria femoral con características de lesión ósea patológica. La analítica mostró anemia normocítica, insuficiencia renal y alteraciones sugestivas de gammapatía monoclonal.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En la anamnesis destaca dolor óseo de meses de evolución, inicialmente atribuido a roturas fibrilares. Tras la fractura, la radiografía evidencia una lesión ósea sugestiva de enfermedad subyacente.
Los análisis revelan anemia normocítica, insuficiencia renal y proteinograma con componente monoclonal.
La biopsia ósea confirma infiltración medular por células plasmáticas neoplásicas, estableciendo el diagnóstico de mieloma múltiple IgG lambda.
La paciente inicia tratamiento con inhibidores del proteasoma y corticoides, con planteamiento de trasplante autólogo.
Este caso subraya la relevancia del diagnóstico diferencial en fracturas atípicas, especialmente en pacientes sin factores de riesgo evidentes.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de considerar enfermedades hematológicas en pacientes con fracturas patológicas sin un traumatismo previo significativo. La detección precoz del mieloma múltiple permite un tratamiento más eficaz y un mejor pronóstico, evitando retrasos diagnósticos que pueden comprometer la funcionalidad y calidad de vida del paciente. En este sentido, el papel de los servicios de urgencias y traumatología es clave para sospechar y derivar a especialidades adecuadas, facilitando un abordaje integral. Además, el estudio de fracturas atípicas debe incluir una evaluación completa que contemple alteraciones hematológicas, metabólicas y óseas, ya que un diagnóstico temprano permite iniciar terapias específicas y valorar estrategias como el trasplante autólogo, optimizando la evolución del paciente.

P. #1782

NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON ABURRIDAS

Susana Ortego Martín, Ángel Francisco Viola Candela, Antonio Fernández Hernández, Marcel Reinaldo Rodríguez Rosas, Mónica García Fernández, Yolanda Benito Merino

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 66 años con antecedentes de HTA, DL y cardiopatía valvular que acudió al servicio de urgencias del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila por dolor lumbar de 10 días de evolución de características mecánicas sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo.

El dolor fue aumentando progresivamente hasta irradiarse a cadera izquierda y región anterior del muslo. El dolor no cedió incluso tras la toma de opiáceos. No presentó tampoco fiebre ni sensación distérmica.

La paciente acudió presentando cifras tensionales de 110/70 mmHg con una temperatura de 37.7°C timpánica.

A la exploración se objetivó como signos a destacar un Lasegue positivo y una imposibilidad marcada para elevar el miembro inferior izquierdo por dolor.

En Urgencias se le realizó prueba de imagen con radiografía sin objetivarse patología ósea evidenciable.

Ante el cuadro se decidió solicitar una analítica donde se objetivaron elevación marcada de reactantes de fase aguda con PCR de 43.79 y Procalcitonina de 2.77, así como una desviación izquierda marcada en el hemograma.

Se realizó TAC pélvico ante tales resultados objetivándose una espondilodiscitis en L2-L3 con colección prevertebral que se extiende al músculo psoas con posible colección en el vientre de dicho músculo con varios focos de posible componente hemático agudo.

Ante tales hallazgos se contactó con Radiología intervencionista del Hospital Universitario de Salamanca que indicó TAC con contraste para descartar sangrado activo de la paciente.

Se acordó ante tales resultados el ingreso a cargo de UCI del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila a la espera de resultado para el TAC con contraste.

CONCLUSIONES

La lumbalgia mecánica se asocia en un porcentaje elevado a complicaciones dentro del ámbito de lesiones osteomusculares y tiende a ser infraestimado en cuanto a su gravedad. Ante un dolor lumbar persistente hay que ser minuciosos a la hora de realizar un diagnóstico y plantearse patologías de origen infeccioso o hemorrágicas que pudieran cambiar el manejo del paciente y su tratamiento.

P. #1788

LUMBALGIA AGUDA. ¿CUANDO SOSPECHAR UNA ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL?

Gema Patricia Checa De La Cruz, Lidia Chisvert Pla, Mireia Garrigues Badia Garrigues Badia, María Beltrán Claver

Hospital Francesc de Borja Gandia, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80 años con antecedentes de:
- Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus 2, Dislipemia
- Cardiopatía isquémica crónica
- Hipoacusia
- Deterioro cognitivo leve (Independiente para actividades básicas vida diaria)

Tratamiento médico crónico: Acido acetilsalicílico 100mg; Omeprazol 20mg; Atorvastatina 80mg; Valsartan 160mg; Metformina 850mg; Carvedilol 6,25mg; Aricept 5mg

Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor a nivel lumbar y cadera derecha asociado a vómitos de un día de evolución. Anamnesis dificultosa por sordera y deterioro cognitivo. El día anterior caída nocturna al resbalarse al ir a orinar.

A la Exploración Física:
- Tensión Arterial (TA): 145/92 mmHg; Frecuencia cardíaca (FC) 72lpm; SatO2 98%; Tª 35,4ºC
- Buen estado general, Normocoloreado y Normohidratado.
- Auscultación cardíaca y pulmonar normal
- Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias palpables. Sin signos de irritación peritoneal
- Raquis lumbar: dolor a la palpación musculatura paravertebral derecha
- Dolor a la palpación de trocánter mayor de fémur derecho

Pruebas complementarias iniciales:
- Radiografía de cadera y pelvis: sin visualizar imágenes de fractura
- En Analítica Sanguínea destaca: Hemoglobina (Hb) 9.8g/dL, Leucocitosis (13.000) con Neutrofilia (11.200). PCR 79 mg/L. Indice de Quick 67%.

EVOLUCIÓN EN URGENCIAS:

Se pauta analgesia intravenosa y permanece el paciente en zona de tratamiento.

Durante su estancia en dicha zona, presenta cuadro empeoramiento del dolor asociado a palidez cutánea y sudoración profusa por lo que se traslada al Box de críticos.

Exploración física: Hipotensión (80/40 mmHg) con una FC de 110 lpm.

Mal estado general.

En la exploración abdominal se objetiva abdomen en tabla con masa pulsátil centroabdominal.

Pulsos centrales y periféricos conservados y simétricos, excepto pulso pedio bilateral.

Se administra 150mcg de fentanilo IV. Se solicita gasometría venosa, objetivando descenso de un punto de la Hb (de 9.8 a 8.4g/dL), pH 7.22; pCO2 27.5 mmHg; Bicarbonato 11,2 mmol/L; Anion GAP 20 mEq/L; Lactato 13.6 mmol/L (Gasometría previamente normal).

Se solicitan pruebas cruzadas y administración urgente de 1 concentrado de hematíes.

Dada la sospecha de aneurisma de aorta abdominal roto se solicita AngioTAC de aorta urgente, donde se visualiza gran aneurisma de aorta abdominal de 11x 9 x13cm, con extenso hemoretroperitoneo sin poder visualizar el punto de rotura.

Se contacta con Cirugía Vascular de Hospital de referencia, descartando cirugía abierta por comorbilidades del paciente. A pesar de ello, indican traslado urgente en SAMU para realizar de forma emergente la reparación endovascular del aneurisma (EVAR).

Tras colocar el implante, el paciente vuelve a presentar pulso pedio bilateral.

Fue dado de alta a los 7 días de la intervención sin incidencias.

CONCLUSIONES

El paciente presentó unaneurisma de aorta abdominal roto (AAAr) que se manifestó con dolor lumbar y dolor en la cadera derecha, síntomas que inicialmente se atribuyeron a una caída reciente.

Esta presentación clínica subraya la importancia de considerar patologías vasculares graves en pacientes con dolor abdominal o lumbar atípico, especialmente en adultos mayores y/o con factores de riesgo cardiovascular. La rotura de un aneurisma de aorta abdominal es una emergencia médica con alta mortalidad, lo que resalta la necesidad de un diagnostico temprano y una intervención quirúrgica o endovascular inmediata para mejorar las probabilidades de supervivencia. Este caso enfatiza la relevancia de mantener un alto índice de sospecha en el entorno de urgencias para evitar retrasos en el tratamiento.

P. #1816

EL DESAFÍO DEL "DOLOR DE ESPALDA AGUDO" EN URGENCIAS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Neyky Sofia Obando García, Andrea Fernández Casado, María Yolanda Marino Cardozo, Sandra Aldea Bravo, Cristina Nuñez Ocaña

Hospital universitario del sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una paciente de un varón de 40 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por un cuadro de 1 hora de evolución de dolor de espalda irradiado al abdomen. El dolor era de tipo punzante, localizado en la zona dorsal, irradiado a la región torácica y hemiabdomen superior, que comenzó en reposo y se aliviaba al estirar los brazos y la columna. Además, el paciente experimentó sensación de vacío y dificultad respiratoria al inicio del dolor. En la exploración física, el único hallazgo relevante fue dolor en la musculatura paravertebral dorsal y dolor abdominal leve y difuso, sin signos de irritación peritoneal. La analítica sanguínea y la radiografía de tórax no revelaron alteraciones significativas. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 75 latidos por minuto, con un leve cambio en la onda T (isodifásica en V4 y negativa en V5).A pesar de no encontrarse datos indicativos de patología aguda urgente, el paciente fue dado de alta con tratamiento analgésico domiciliario. Al día siguiente, el paciente reingresó en urgencias con un cuadro clínico mucho más grave, encontrándose en box vital, estuporoso, hipotenso (70/50 mmHg) y con un Glasgow de 10/15. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal a 90 latidos por minuto con descenso del ST en V4-V6. En la analítica, destacaba una caída de hemoglobina de 2 g/dL (de 16 a 14), un dímero-D elevado (5330) y otros parámetros sin alteraciones significativas. En este contexto, el paciente fue estabilizado con suero fisiológico y gelaspan, y trasladado a la sala de Tomografía Axial Computarizada (TAC) para evaluación. Los resultados de la tomografía computarizada revelaron un síndrome aórtico agudo con hematoma intramural complicado por una disección aórtica toraco-abdominal tipo B, con rotura hacia el mediastino y cavidad pleural derecha. Tras confirmar el diagnóstico, se estableció comunicación con un hospital de referencia, y se decidió el traslado urgente del paciente. Allí, un Tomografía Axial Computarizada vascular (angioTAC) preoperatorio mostró, además de los hallazgos previos, un hemotórax bilateral voluminoso. El paciente fue intervenido de urgencia con la colocación de una endoprótesis en la aorta torácica descendente. Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital de referencia, el paciente presentó complicaciones, entre ellas, un hemoneumotórax retenido sobreinfectado que requirió una toracoscopia de limpieza. Tras un curso complicado pero estabilizador, el paciente fue dado de alta con estabilidad clínica, tratamiento domiciliario y seguimiento en consultas de angiología vascular en el hospital de referencia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano de una disección aórtica, especialmente en pacientes sin antecedentes previos, puede ser desafiante, por lo que no debemos subestimar la gravedad de los dolores de espalda. Este caso demuestra la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo, especialmente en situaciones de emergencia, y la necesidad de un manejo multidisciplinario que involucra cirugía, cuidados intensivos y seguimiento especializado para maximizar las probabilidades de recuperación y evitar secuelas graves.

P. #1818

ANÁLISIS DE DERIVACIONES DE PATOLOGIA TRAUMATICA A URGENCIAS DESDE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: IMPLICACIONES PARA LA FORMACIÓN ACADÉMICA CONTINUADA

Meritxell Ortí Asencio, Luis Martínez Sañudo, Carmen Cabrera Romero, Carolina Raya Hernández, Mireia Montserrat Viñas Noguera, Xavier Pelfort López

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

INTRODUCCIÓN

La derivación de pacientes desde Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) a servicios de urgencias hospitalarios es un proceso crítico que requiere una formación adecuada de los profesionales de atención primaria.

OBJETIVO

Este estudio analiza los perfiles de derivación, patologías más frecuentes, gravedad de los casos y procedimientos realizados en el servicio de urgencias de traumatología, con el objetivo de identificar áreas de mejora en la formación continuada.

MÉTODO

Se analizó una base de datos de pacientes derivados al servicio de urgencias de traumatología desde dos CUAP durante 2023. Se examinaron variables como edad, género, patología principal, nivel de triaje, procedimientos realizados y destino final del paciente (alta domiciliaria, ingreso, etc.).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes derivados fueron adultos mayores de 19 años, con traumatismos en extremidades superiores e inferiores (manos, pies, rodillas y hombros) como motivos principales. Las patologías más frecuentes incluyeron contusiones, fracturas (especialmente de radio, cúbito, falanges y metatarsianos), luxaciones (hombro y dedos) y heridas abiertas en manos y pies. La mayoría de los casos fueron de gravedad moderada (triaje 3-4), con altas domiciliarias predominantes, mientras que los casos más graves (triaje 1-2) estuvieron asociados a fracturas complejas y traumatismos múltiples. Los procedimientos más comunes fueron curas y suturas, inmovilizaciones con férulas o yesos, y reducciones de luxaciones.

CONCLUSIONES

Los hallazgos sugieren que muchos de estos casos podrían manejarse en atención primaria con una formación más sólida en técnicas avanzadas de traumatología, como sutura, cura de heridas, inmovilizaciones simples. La implementación de talleres prácticos y simulaciones en la formación académica de los profesionales de atención primaria podría mejorar su competencia, reduciendo la carga en los servicios de urgencias hospitalarios y optimizando la atención al paciente.

P. #1826

EXPLORANDO LAS CAUSAS DEL DOLOR ABDOMINAL DE INICIO SÚBITO: UN CASO CLÍNICO

Andrea Fernández Casado, Neyky Sofia Obando García, María Yolanda Marino Tardozo, Elsa López Sánchez

Hospital del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un varón de 54 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio súbito a las 16:00 mientras se encontraba trabajando en su puesto de feriante, acompañado de náuseas y vómitos, sin fiebre. A la exploración física presenta estabilidad hemodinámica, afebril, palidez cutánea, sudoroso, abdomen levemente distendido, blando, depresible, pero con dolor y peritonismo generalizado.
Se le solicita una analítica que destacaba leucocitosis significativa (25.000) con desviación izquierda, hemoglobina y hematocrito en valores normales, función renal e iones sin alteraciones y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de 6.7 mg/L, se realiza una ecografía a pie de cama donde se muestras líquido libre en peritoneo por lo que se decide ampliar estudio a tomografía computarizada abdominal. La tomografía abdominal con contraste evidencia neumoperitoneo en el hemiabdomen superior, moderada cantidad de líquido libre perihepático y en gotiera parietocólica derecha, signos incipientes de peritonitis secundaria y engrosamiento mural en la región antro-pilórica con burbujas de gas extraluminales, sugiriendo perforación secundaria a úlcera gastroduodenal.
Ante los hallazgos descritos en la prueba de imagen , se plantea intervención quirúrgica urgente, que es aceptada por el paciente. Se inicia antibioticoterapia con piperacilina-tazobactam y protección gástrica con pantoprazol. Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciando perforación prepilórica con peritonitis fibrinosa en los cuadrantes superiores, realizándose cierre primario y lavados abundantes , durante el ingreso en planta el paciente no presentó complicaciones y fue dado de alta con tratamiento domiciliario.

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano y el uso de tomografía computarizada fueron clave para confirmar la perforación de víscera hueca y planificar un abordaje quirúrgico oportuno La laparoscopia exploradora permitió identificar la perforación gástrica y la peritonitis fibrinosa facilitando un cierre primario y lavados peritoneales, reduciendo complicaciones y favoreciendo la recuperación
El manejo perioperatorio con antibióticos de amplio espectro y protección gástrica fue fundamental para evitar infecciones y recidivas ulcerosas El seguimiento con endoscopia es esencial para evaluar la cicatrización de la úlcera y descartar otras patologías subyacentes como neoplasias La identificación y control de factores de riesgo como Helicobacter pylori, uso de antiinflamatorios no esteroideos y hábitos perjudiciales son clave para prevenir recurrencias

P. #1833

MÁS ALLÁ DE UN HOMBRO DOLOROSO

Beatriz García Fernández-Bravo, Miguel Villar Martínez, Marcos Fragiel Saavedra, Rafael Llidó Ochoa

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años, con antecedente de tabaquismo, hipertensión y dislipemia, que acude a urgencias por omalgia izquierda de más de tres meses de evolución. En la anamnesis la paciente refiere ánimo bajo, en tratamiento y seguimiento por psiquiatría, además de pérdida ponderal y anorexia en el último mes.

En la exploración física se objetiva dolor y limitación a la elevación del MSI, sin deformidad aparente ni hematoma. Resto de le exploración sin hallazgos con auscultación cardio pulmonar normal y abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias.

Analíticamente destaca marcada leucocitosis, con desviación izquierda y alteración del perfil abdominal con elevación de transaminasas y un lactato deshidrogenasa de 2117 U/L. Se amplía estudio con radiografía de tórax de características normales y radiografía de MSI donde destaca fractura de la diáfisis del húmero. Se avisa a traumatología de guardia para valoración los cuales sospechan posible fractura patológica y dejan a cargo de urgencias para ampliar estudio.

Durante su estancia en urgencias la paciente presentó desaturación hasta el 87% por lo que se realiza TC de tórax con contraste observándose tromboembolismo pulmonar extenso y masa pulmonar en lóbulo superior derecho además de lesiones óseas y abundantes lesiones ocupantes de espacio hepáticas.

Con juicio clínico de neoplasia a estudio de probable origen pulmonar y con afectación metastásica se decide ingreso a cargo de Medicina interna.

Finalmente, y tras 12 días de ingreso, la paciente presentó síndrome febril refractario a tratamiento, con bajo nivel de consciencia, no siendo subsidiaria a medidas agresivas por parte de Unidad de Cuidados Intensivos por lo que se priorizaron medidas de confort y se inició sedación paliativa con el fallecimiento de la paciente en las siguientes 24 horas.

CONCLUSIONES

Las fracturas patológicas incluyen un amplio espectro de fracturas que se producen sin claro traumatismo de alta energía, entre las que se encuentran las fracturas de estrés, las fracturas por insuficiencia y las fracturas propiamente patológicas (traumatismo leve sobre hueso que presenta una lesión subyacente que lo debilita, ya sea benigna o maligna).

El manejo inicial en urgencias se basa en orientar el probable origen de dicha fractura, descartando desde los casos más leves a los más graves, como por ejemplo las metástasis óseas de una neoplasia no conocida. En caso de encontrarnos este tipo de fracturas se debe prestar especial atención ya que uno de los puntos más importantes en estos casos no solo es tratar la fractura de forma activa sino iniciar el estudio para detectar el proceso subyacente y las posibles complicaciones del mismo, cobrando especial importancia la realización de una anamnesis en profundidad, así como iniciar, desde el servicio de urgencias, la solicitud de pruebas y estudios complementarios para orientar el caso clínico.

P. #1843

TENGO CIATICA

Ana Lucía Rengifo Martínez[1], Violeta Ramos Minda[2], Giovana Ruiz Hernández[1]

1. Osakidetza Osi Bidasoa, Hondarribia, España
2. Osakidetza Osi Goierri, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 62 años remitido por su médico de AP por ciatalgia derecha de un mes de evolución, agudizada la última semana sin respuesta a tto con Paracetamol, Diclofenaco y Metamizol. El dolor le despierta a la noche y le impide caminar. Valorado en urgencias se le administra Fentanilo 0,15 mg IV + Dexametasona 4 mg IV y se le añade a su tto oral: Tramadol 75 mg/8h, Pregabalina 75 mg y Diazepam 5 mg.
Pasados 3 días: vuelve a urgencias ante la persistencia del dolor.
Antecedentes personales: HTA en tto con Enalapril 20 mg (1-0-0). DM tipo 2 en tto con Metformina/Sitagliptina 1000/50 mg (1-0-1). No fumador.
Exploración general: PA 124/60 mmHg. FC 67 lpm. Tª 36,5ºC. SatO2 99%. Afectado por dolor en nalga derecha que irradia a zona inguinal y cara anterior del muslo derecho. Movilidad del tronco limitada por el dolor. Movilidad de cadera derecha muy dolorosa. Fuerza, sensibilidad y ROT normales. No signos inflamatorios externos.
Pruebas complementarias: Rx C Lumbar AP y L : ligeros cambios degenerativos, sin pinzamientos.
Rx cadera derecha AP y Axial:
EVOLUCIÓN: Rx cadera: lesión osteolítica en diáfisis proximal de fémur derecho.
TAC Torax: imagen nodular de 2,8 x 2,8 cm en LSI. Adenopatías mediastínicas e hiliares izquierdas.
TAC Abdomen: masa sólida en riñón izquierdo de 6,2 x 6,3 cm
* Se procede a osteosíntesis profiláctica de fémur patológico mediante enclavado intramedular gamma largo.
AP de BIOPSIA de lesión lítica: Metástasis de CARCINOMA de CÉLULAS CLARAS de origen RENAL.
Consulta con Oncología: cita para valoración de RADIOTERAPIA a nivel de la lesión femoral operada. + Se inicia tto con SUNITIB 50 g 4/2.
El carcinoma metastásico del hueso es el más común de los tumores malignos del esqueleto. Su origen primario por este orden: próstata > mama > pulmón > tiroides > riñón

CONCLUSIONES

La alta incidencia de metástasis óseas secundarias a carcinomas y la grave repercusión funcional que provocan, son motivos de constante estudio y avance en los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento. El dolor es el síntoma más frecuente de presentación, aunque a veces el comienzo es una fractura patológica.
Las pruebas clásicas de detección y valoración de extensión en la enfermedad metastásica, la radiología simple y la gammagrafía, se complementan en la actualidad con otras como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), mejorando la información sobre las características de la lesión tanto dentro como fuera del hueso. Por otra parte la tomografía por emisión de positrones (PET) está mostrando una sensibilidad muy superior a la gammagrafía y se perfila como la prueba de futuro para la detección precoz de metástasis y de tumores primarios de curso silente.
Las posibilidades de tratamiento de las metástasis óseas se basan en el empleo de los regeneradores óseos, la radioterapia y la cirugía. Los dos primeros tienen su indicación en las lesiones ya detectadas en la radiología, sintomáticas o no, si no existe riesgo previsible de fractura. La cirugía tiene su indicación en situaciones de pobre o nula respuesta a estos tratamientos, cuando el riesgo de fractura es alto o ya se ha producido una fractura patológica.
Antes de cualquier planificación terapéutica se debe realizar una valoración minuciosa del paciente, tanto a nivel local (tamaño, localización, extensión de la metástasis) como general (tipo de tumor primario, fase de tratamiento y respuesta, supervivencia estimada

P. #1845

CÁIDA DESDE ALTURA, LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN CONTINUA

Rosa María Nieto Ortiz[1], María Cruzate Aparicio[1], Miriam Sánchez Vicente[1], María Isabel Puca Briones[1], Elvira Romero Rosales[2], Cristina García Victori[3]

1. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España
2. Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias, Sanlucar De Barrameda, España
3. Hospital Universitario de Jerez, Jerez De La Frontera, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 42 años sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias trasladado en UVI móvil como Código Trauma, tras precipitación de un cuarto piso de altura, al caerse de un andamio.

A su llegada realizamos una revisión rápida de trauma. Se encuentra consciente, no orientado ni colaborador. Vía aérea no obstruida. Taquipneico en reposo con Sat02 basal en torno a 86% por lo que iniciamos oxigenoterapia con mascarilla reservorio. No hemorragias exanguinantes, TA 90/60 mmHg. Indicamos canalización de dos accesos venosos periféricos, pruebas cruzadas e iniciamos sueroterapia 500 ml suero salino fisiológico y tres miligramos de cloruro mórfico intravenoso.

Tras la valoración inicial, comenzamos con una revisión sistemática. El paciente se encuentra consciente, no orientado ni colaborador. No presenta heridas en cráneo. Yugulares normales, tráquea aparentemente no desviada. No dolor a la palpación clavicular. Dolor a la palpación a nivel de arcos costales 4°-9° izquierdos palpándose además crepitación ósea. Auscultación cardiaca taquicárdica y rítmica. Auscultación pulmonar con abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Pelvis aparentemente estable. A nivel de extremidad superior derecha presenta herida inciso contusa en codo sin deformidad ni sangrado activo, movilidad, sensibilidad y pulsos conservados de forma bilateral. Extremidades inferiores sin lesiones aparentes, con movilidad, sensibilidad y pulsos conservados de forma bilateral. Exploración de espalda dolorosa a la palpación a nivel lumbar. Glasgow 12/15. Glucemia capilar 125 mg/dl.

Previo a pasar al paciente a sala de Rayos reevaluamos presentando disminución de TA y empeoramiento de su nivel de conciencia con Glasgow 8/15 por lo que decidimos aislamiento de la vía aérea tras sedoanalgesia así como transfusión de concentrados de hematíes urgente.

Tras realizar TAC de cuerpo entero, se visualiza hematoma subdural izquierdo, múltiples fracturas costales con neumotórax izquierdo no a tensión, fractura multifragmentada de acetábulo izquierdo con hematoma retroperitoneal en pelvis y fosa iliaca izquierdas y fractura de cuerpo vertebral de L1 y L2.

Tras estos hallazgos, contactamos con UCI para ingreso a su cargo.

CONCLUSIONES

Destacar la importancia de una exploración física detallada en el paciente politraumatizado y, sobre todo, la reevaluación continua de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que se que dado el mecanismo de lesión puede afectar a múltiples órganos lo convierte en potencialmente grave y que en un primer momento podemos no ver lesiones importantes que pueden poner en compromiso la vida del paciente en cualquier momento.

P. #1848

ENCONTRANDO LO QUE NO BUSCABA

María Ángeles López López, María Dolores Tuñón Leiva, Myriam Barcina Rodríguez, Vanessa Heras Fernández, Ángel Luis Martín Sonseca Rodríguez, Gema Esteban Gutiérrez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá De Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años con retraso mental grave y AP de DM, es remitida al Servicio de Urgencias desde Residencia, acompañada por trabajador social, por disnea y trabajo respiratorio, desaturación de 80% desde esta mañana. Además en informe indican que ha presentado dos vómitos alimentarios, tos con abundante expectoración amarillenta y somnolencia desde el inicio del cuadro por lo que se solicita valoración ante la sospecha de probable neumonía broncoaspirativa.
en S° de Urgencias se realiza analítica sin presentar leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda y se solicita Rx tórax donde se objetiva burbuja aérea superpuesta al hemidiafragma derecho que por localización podría estar relación con duodeno, vs contenido gástrico/ intestinal herniado. Dados los hallazgos se solicita TC tóraco-abd confirmando el diagnóstico: Gran hernia diafragmática anterior derecha con cierto grado de complicación.
Valorada por Cirugía, es intervenida de urgencia mediante abordaje laparoscópico, procediendo al cierre del orificio herniario de 6cm sin incidencias y buena evolución posterior, siendo dada de alta 6 días después.

CONCLUSIONES

La hernia de Morgagni es un tipo de hernia diafragmática congénita muy infrecuente (2-3% de todas las hernias diafragmáticas)1. Este defecto herniario se localiza en la porción anteromedial del diafragma, detrás de las inserciones esternocostales del mismo. Su presencia puede dar lugar a la herniación de vísceras abdominales (epiplón, estómago, colon, hígado o intestino delgado) hacia la cavidad torácica. El defecto herniario suele ser pequeño y clínicamente asintomático en la mayoría de los pacientes, siendo diagnosticado frecuentemente en adultos de forma incidental.
Un pequeño porcentaje de estas hernias (5%) son diagnosticadas como un hallazgo casual en una radiografía de tórax en un paciente adulto asintomático. La mayoría de los autores recomiendan su reparación quirúrgica por el riesgo potencial de incarceración, incluso en pacientes asintomáticos. Sin embargo, la incarceración herniaria es rara con muy pocos casos documentados en la literatura. De forma global se recomienda su corrección quirúrgica, aunque existen controversias acerca de la vía de abordaje, la resección del saco herniario y el uso de mallas.
La toracotomía y con más frecuencia la laparotomía, fueron las vías de abordaje estándar clásicamente. Tras la realización de la primera reparación de una HM vía laparoscópica por Kuster et al. en 1992, la cirugía mínimamente invasiva (incluyendo procedimientos por puerto único o cirugía robótica) ha ido ganando protagonismo y se ha impuesto como la vía de elección, dado que es factible, rápida, segura y permite una recuperación acelerada del paciente con un alta hospitalaria precoz. En situaciones de urgencia de HM incarcerada o en presencia de comorbilidades, la cirugía laparoscópica es reproducible, siempre y cuando el estado clínico y hemodinámico del paciente lo permita.
Actualmente se considera que la resección del saco herniario no es necesaria en la mayoría de los casos y debe considerarse solo en casos particulares.

P. #1849

SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A ANGIOMIOLIPOMA

Eddy Álvarez Ramírez, Sergio Luis Franco, Lorena Rivera Hernández

Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA:
Paciente de 62 años de edad que presenta como antecedentes personales: Escoliosis, hipertensión arterial, depresión con ansiedad, anemia ferropénica. Sin antecedentes quirúrgicos ni alergias medicamentosas conocidas.
Acude a Servicio de Urgencias por dolor abdominal paroxístico en flanco e hipocondrio derecho, de gran intensidad acompañado de cortejo vegetativo e hipotensión llegando a generar pre síncopes de origen vagal. Fiebre no objetivada.
Mal estado general, colaboradora. TA: 60/40 mmHg, FC: 130 lpm. A la exploración: abdomen: Ruidos +, blando, depresible, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, y flanco derecho. AP: Ventilación conservada, no ruidos patológicos. AC: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, no frotes. Analíticamente sin leucocitosis (leucocitos: 9500), Bioquímica y hematimetría: normal sin anemia (Hb: 12.9 g/dL), sedimento y sistemático de orina sin alteraciones. Se administra solución de suero fisiológico (NaCL 0.9%) 1500ml iv, Ketorolaco (30mg) iv. Se realiza TAC de abdomen objetivando: Hematoma retroperitoneal derecho extenso de aproximadamente 15 cm de eje cráneo-caudal ,que desciende a pelvis, ocupando espacio pararrenal anterior , perirrenal y pararrenal posterior con desplazamiento del riñón, anterior y medial , probablemente secundario a sangrado de tumoración heterogénea de predominio graso dependiente del labio anterior de polo inferior renal 7,5x5,2x5,4 cm que sugiere probable angiomiolipoma. Pedículo vascular sin aparentes alteraciones. No se objetiva claro punto de extravasación del medio de contraste. Tras interconsulta con Servicio de Urología de guardia se deriva al paciente a centro de referencia para realizar intervención endovascular. Se realizan embolización selectiva de angiomiolipoma renal derecho por parte del servicio de Radiología intervencionista. Mejoría clínica del dolor lentamente progresiva. Estabilidad analítica durante el ingreso. Dada de alta con analgésicos

CONCLUSIONES

El síndrome de Wünderlich es la hemorragia perirrenal espontánea, es una afección rara pero dada la situación urgente y en ocasiones vital que plantea, es de gran importancia.
Su etiología no es traumática; es una entidad poco frecuente pero de gran trascendencia clínica, pudiendo comprometer seriamente la vida del paciente, pues comporta una colección brusca hemática en la celda renal, con riesgo de shock hipovolémico. El hemoperitoneo es excepcional y la hemorragia queda auto limitada por la resistencia del tejido perirrenal. El sangrado puede provenir del riñón o no; de hecho, se han llegado a describir casos por ruptura de aneurismas de grandes vasos.

La hemorragia retroperitoneal espontánea engloba a toda extravasación de sangre al espacio retroperitoneal sin que exista traumatismo externo, manipulación endourológica o endovascular previa. Es una entidad de etiología múltiple; mencionándose entre sus causas el origen suprarrenal, el cual es poco frecuente y asociado a situaciones de estrés intenso.

P. #1851

MUSCULOS A LO CROISSANT

María Amparo Ruiz Carbonell[1], Florencia Laffont Oscoz[2], María Luisa Ariño Montaner[2], Begoña Navarro Lluesma[2], Alexander Sammel .[3]

1. Hospital Sagunto, Valencia, España
2. Hospital de Sagunto, Valencia, España
3. SES Castellón, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 40 años consulta en urgencias por presentar, tras entrenamiento muscular, orinas muy oscuras que el relaciona con dicha actividad física. Además asocia importante edema en ambos miembros superiores de predominio en miembro superior derecho asociando dolor que le impide su correcta flexión. Antes de llegar ha ingerido más de 1 litro de agua porque en internet ha leído que podría tratarse de una rabdomiolisis. No fiebre.
A nivel analítico destaca ALT 179 U/L, CK >39.000 U/L, Mioglobina 8.158,9 ng/mL, con Troponina I ultrasensible negativa. Función renal normal.
En Eco muscular edema en TCS y en musculatura de compartimentos anteriores (músculo bíceps braquial y supinadores) así como de
compartimentos posteriores (tríceps) de ambos brazos por extenso edema de partes blandas (celulitis y miositis extensa) que asocia congestión venosa difusa (permeabilidad con ingurgitación y estasis venosa) en el trayecto de venas superficiales y de flexura de ambos codos. No identifico colecciones organizadas. Se detecta circulación intramuscular, si bien con compresión extrínseca de la misma por edema difuso.

CONCLUSIONES

Rabdomiolisis por ejercicio muscular intenso tras un periodo prolongado de descanso físico. Valorado por Traumatología se diagnostica de edema muscular secundario a ejercicio extremo en pocas horas. Con fluidoterapia intensiva el paciente mejora clínica y analiticamente con descenso progresivo de los valores analíticos alterados mejorando el edema de MMSS.
Se abordará las complicaciones de la rabdomiolisis en la exposición y el tratamiento de los casos más severos.

P. #1864

DISECCIÓN DE AORTA

Eddy Álvarez Ramírez, Sergio Luis Franco, Lorena Rivera Hernández

Hospital Comarcal Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 59 años que presenta como antecedentes generales: Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial. Acude a Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal que localiza en región de epigastrio no irradiado. El dolor es de tipo continuo. Asocia vómitos (en 2 ocasiones, de contenido alimentario) y deposiciones de consistencia blanda. Ha tomado Omeprazol y Paracetamol sin notar mejoría clínica. Los días previos en tratamiento con antibioterapia por celulitis en pie. Valorada hace 24h en este mismo SUH con diagnóstico de dolor torácico en relación con esofagitis por clindamicina.
Sistólica: 201mm(hg), Diastólica: 153mm(hg), PAM: 169mm(hg), FC: 106/min, SpO2: 96%, Tª:36,2c. A la exploración: Mal estado general. Abdomen: Doloroso a palpación de forma difusa generalizado, de predominio en epigastrio e hipogastrio, peristaltismo conservado, no signos de irritación peritoneal, signo de Blumberg negativo. Analíticamente: Leucocitosis con neutrofilia (leucocitos: 23080, Neutrófilos: 93.5%; 21580), elevación de PCR 144.00 mg/L. Bioquímica: CREATININA 1.97 mg/dL, ALFA-AMILASA 328 U/L, SODIO 131 mmol/L, Se administra: Labetalol 30mg iv, Pantoprazol 40 mg iv , Metamizol 2g iv, ondansetron 4 mg iv, s. glucosalino 500 cc iv, NaCl 0.9% 1000 cc iv. Sin alivio del dolor tras analgesia del primer escalón , se continuó con segundo escalón administrando : Tramadol 100mg iv y 50mg de Petidina iv. Se realizó ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Por lo que se decidió ingreso en Cirugía general para estudio. Realizándose TC de Abdomen+ Aorta: Disección de aorta con origen distal a arteria subclavia izquierda (Stanford B) y extensión caudal a ambas arterias ilíacas primitivas e ilíaca externa bilateral proximal. Engrosamiento parietal aórtico en el origen de la disección, con morfología semilunar, en relación con hematoma intramural de 1,4 cm de espesor máximo, que se extiende caudalmente condicionando engrosamiento de flap intimal. Compromiso vascular por disección que afectaría a origen de tronco celiaco. Hígado con disminución de la densidad en lóbulo hepático izquierdo e hipodensidad esplénica en relación con compromiso vascular secundario a disección. Art renal derecha con origen en luz verdadera y Art renal izquierda con origen en luz falsa. Por lo que se traslada a la paciente a hospital de referencia para valoración por UCI y Cirugía vascular. En un primer momento se trató de forma conservadora, con estricto control tensional y analgesia, pero ante la evidencia de datos de mal perfusión renal y mesentérica, se decidió tratamiento endovascular. Tras el primer procedimiento y tras angio-TC de control, se objetivó estenosis a nivel de stent en mesentérica por lo que fue reintervenida para su corrección. Tras todo lo cual presentó una evolución favorable

CONCLUSIONES

El síndrome aórtico agudo (SAA) se define como una afectación de la pared de la aorta que cursa con un debilitamiento de la capa media, lo que conlleva un mayor riesgo de rotura aórtica y de otras complicaciones, como la disección. La disección aórtica puede clasificarse por su localización o por el tiempo de evolución. Esta diferenciación es importante desde un punto de vista pronóstico y terapéutico. El SAA aparece preferentemente en hombres mayores de 40 años con antecedente de hipertensión arterial y en personas más jóvenes diagnosticadas de enfermedad de Ehlers-Danlos, síndrome de Marfan, malformaciones congénitas. Los síntomas del paciente con SAA son muy variables y dependen de su instauración aguda o crónica, la localización de la afectación, la oclusión de las arterias afectadas y la compresión de los tejidos vecinos. El tratamiento del paciente con SAA debe instaurarse lo antes posible (ante la simple sospecha), ya que la corrección de la presión arterial y el control de la frecuencia cardíaca resultan de vital importancia.

P. #1865

CUANDO LOS DIAGNÓSTICOS SE ACUMULAN

Patricia López Tens[1], Alejandra Blanco García[1], Luis Prieto Lastra[1], Diana Fernández Torre[2], Marlen Elena Guerra Hernández[2], Rebeca López Gil[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander - Cantabria, España
2. Gerencia de Atención Primaria, Santander - Cantabria, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años, con vida activa, con antecedentes de HTA con Miocardiopatía hipertensiva y Obesidad, que acudió a Urgencias por dolor abdominal cólico de 15 días de evolución a nivel epigástrico, con aumento del perímetro abdominal, con ausencia de deposición y ventoseo las 24 horas previas. Varias visitas anteriores por mismo motivo, sin hallazgos patológicos. A su llegada TA 98/60 mmHg, FC 130 lpm, FR 32 rp, afebril, con satO2 91%. Mal aspecto general, mala perfusión distal, taquipnea importante con uso de musculatura accesoria. A nivel cervical, sin aumento de presión venosa yugular (PVY), sin adenopatías. Auscultación cardíaca taquicárdica, con tonos llamativamente apagados, sin soplos, Auscultación pulmonar con hipoventilación. A nivel abdominal, llamativa distensión con timpanismo, dolor a la palpación epigástrica, sin masas ni megalias palpables. Murphy y Blumberg negativo. Ruidos ausentes. Extremidades sin hallazgos.

Inicialmente se solicito un electrocardiograma, analítica y radiografías de tórax y abdomen, enfocada descartar obstrucción intestinal. El ECG mostró ritmo sinusal con patrón "S1Q3T3". Iones y función renal normal, leve elevación de proteína C reactiva (PCR) 5,7 mg/dl. Hemograma y Coagulación normales.

La radiografía de tórax (portátil), con mala calidad, con cardiomegalia y borramiento de la silueta cardíaca a nivel de hemitórax derecho.

La radiografía de abdomen presentaba asas dilatadas de manera inespecífica con presencia de aire y heces en ampolla rectal y marco cólico.

Ante mal control del dolor y aspecto de gravedad de la paciente, se decidió ampliar estudio por TAC, que puso de manifiesto la presencia de una herniación completa del estómago a hemitórax derecho, tromboembolismo pulmonar (TEP) en ramas lobares del lóbulo inferior izquierdo (LII), una Obstrucción de intestino delgado con cambio de calibre en fosa iliaca izquierda (FII) donde se identificaba cuerpo extraño de morfología lineal de 2 cm, cambios inflamatorios en la grasa del fosa iliaca derecha (FID) adyacente al ciego que se acompañaba de adenopatías y una hipodensidad de 4 cm (plastrón vs tumoración) con liquido libre y edema epiplon mayor.

Tras los hallazgos descritos, se contacto con Cirugía general, quien realizó laparatomía urgente con hallazgo en la misma de gran cantidad de ascitis (1600 ml), carcinomatosis peritoneal con implantes por el borde mesentérico del intestino delgado, dos tumoraciones que invadían la pared del íleon terminal, generando obstrucción proximal, gran tumoración a nivel del ciego, que invadía el retroperitoneo, otra gran masa carcinomatosa en pared anterior a nivel umbilical y prevesical y la hernia de hiato de gran tamaño con la totalidad del estómago

en su interior.
Tras la salida de quirófano la paciente inicio seguimiento con Unidad de Cuidados Paliativos con fallecimiento a los pocos meses tras diagnóstico.

CONCLUSIONES

En este caso, es una paciente que acudió en varias ocasiones a Urgencias, solicitando como estudios complementarios una analítica y una radiografía de abdomen, con varias pautas de analgesia no efectiva. Valorada también en Atención Primaria, con pautas analgésicas intramusculares sin otros estudios. En todas las valoraciones previas, no constaban constantes, no constaba una exploración física completa, con auscultación cardíaca ni pulmonar, ni realización de electrocardiograma. Es una paciente que impresionaba de gravedad desde su llegada, con inestabilidad hemodinámica y exploración patológica desde inicio.
En el caso concreto de esta paciente, es una paciente previamente independiente, con un cuadro sintomático de 15 días de evolución, con fallecimiento a los pocos meses tras hallazgos de la multitud de diagnósticos.
Este caso, debe hacernos pensar en la importancia de la exploración física completa a pesar de motivos de consulta acotados, recordar que la clínica siempre manda a pesar de normalidad de algunos hallazgos. Además, debemos tener en cuenta, que las visitas repetidas pueden ser un signo de alarma.

P. #1885

A PROPÓSITO DE UN CASO: MÁS QUE UN SIMPLE TRAUMATISMO.

Irene Mate Martín, Angie Lizeth Fonseca Beltrán, Rudiger Carlos Chavez Flores, Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Saul Escudero Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Enfermedad actual: Varón de 39 años, sin antecedentes médicos-quirúrgicos de interés, acude al servicio de urgencias tras sufrir accidente de tráfico en moto, presentando caída con contusión de hemicuerpo derecho sin traumatismo craneal. Refiere dolor en región costo lumbar derecha, muñeca y muslo posterior derecho. No pérdida de conocimiento ni otra sintomatología asociada.
Exploración física: Hemodinámicamente estable, afebril. Consciente y orientado, sin alteraciones neurológicas. A nivel torácico se objetiva dolor a la palpación en arcos costales derechos, sin evidencia de enfisema subcutáneo. En región lumbar no se objetiva lesiones ni dolor a la palpación. En miembro superior e inferior derecho, se observan excoriaciones sin limitación funcional a los movimientos.
Pruebas complementarias: Radiografías de mano, muñeca, columna lumbosacra y parrilla costal sin evidencia de fracturas. Extended-fast negativo. Analítica con bioquímica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad.
Evolución: El paciente es reevaluado y refiere dolor tipo opresivo en región lumbar evidenciándose hematoma en zona lumbar baja derecha y glútea superior derecha de aumento significativo desde su llegada y doloroso a la palpación, dicho hematoma es corroborado con la ecografía clínica a pie de cama obteniendo imagen de colección extensa heterogéneamente hipoecoica. Ante la sospecha de sangrado activo, se solicita una tomografía computarizada abdominopélvica, que muestra una colección profunda en la región lumbar inferior y pélvica derecha, originada en la musculatura dorsal paravertebral y glútea; asimismo, fuga de contraste en fase venosa, compatible con hematoma con signos de sangrado activo. Los hallazgos son sugestivos de una lesión de Morel-Lavallée.
Desenlace: Se hace interconsulta a Radiología Intervencionista y realizan arteriografía de ramas glúteas y lumbares sin objetivarse sangrado arterial activo, descartando la necesidad de embolización. Dado que el paciente se mantiene hemodinámicamente estable, sin signos de descompensación, se decide ingreso en Cirugía General para vigilancia y control evolutivo. Durante el ingreso, permanece estable, con dolor controlado mediante analgesia y hematoma lumbar derecho doloroso a la palpación, pero sin signos de infección.
Dada la evolución favorable, sin complicaciones ni sangrado en curso, se decide alta hospitalaria con tratamiento analgésico (Paracetamol 1g/8h durante 5 días alterno con Dexketoprofeno 25 mg) y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

La lesión de Morel-Lavalleé (LML) es una lesión postraumática progresiva de los tejidos blandos en la que se desprende tejido

subcutáneo de la fascia subcutánea, lo que genera un espacio potencial que se llena de sangre y líquido linfático.
La presentación clínica de la LML suele estar muy cerca del evento traumático desencadenante, aunque hasta un tercio de los pacientes pueden tener una presentación tardía con aumento gradual de la inflamación, meses o años después de la lesión inicial.
Las pruebas de imagen que ayudan al diagnóstico son la ecografía a pie de cama, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. El tratamiento de acuerdo con las características clínicas y hemodinámicas del paciente varían desde el manejo conservador con vendaje y compresión, hasta el uso de esclerosis con doxiciclina, drenaje percutáneo, desbridamiento quirúrgico y embolización.
Las complicaciones son la infección del hematoma, síndrome compartimental y el shock hemorrágico.

P. #1894

LUMBALGIAS QUE ASUSTAN

Carmen Beatriz Domínguez Gill, Pilar María González Romero, Patricia Galobart Morilla, Martina Dácil Pérez León, Ana Ramírez Skrbe, Elvira García Castro
HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 55 años con antecedentes personales de fumador activo, hipertensión arterial , Asma, Obesiad, en situación de incapacidad laboral, previamente camarero.
Acude al servicio de urgencias por dolor lumbar irradiado a MID, con sensación de paresia en dicho miembro. Refiere que ha empezado está mañana y que lo asocia a que ayer cogió unas cajas.
A la exploración impresiona de lumbalgia, lassegue a 30 grados positivo, el miembro inferior derecho (MIID), presenta cierta frialdad con respecto al izquierdo, pulso más débil. Se inicia analgesia con antiinflamatorios subiendo de escalón terapeútico por falta de mejoría.
Mientras está en observación el dolor empeora, y refiere que le ha aumentado el dolor en el miembro inferior derecho y en la espalda. A reexploración no hay pulso pedio presenta frialdad cutánea y palidez en miembro inferior dada la clínica sugestiva de isquemia aguda se solicita un TAC de aorta y miembros inferiores urgente. Como resultado se objetiva disección de aorta tipo B de Standford con afectación autolimitada de la arteria subclavia izquierda, con permeabilidad conservada. Perfusión de vísceras abdominales conservada. Colapso de la luz verdadera en el eje iliaco derecho, hasta la arteria femoral común.
Con el resultado anterior se decide ingreso por Isquemi Aguda en MID que originó colapso de la luz verdadera de la iliaca común derecha, precisando cirugía urgente con bypass axilofemoral derecho.

CONCLUSIONES

La isquemia arterial aguda es el resultado de la disminución brusca del aporte sanguíneo de las extremidades y cursa con datos de hipoperfusión, dolor e impotencia funcional. Hasta en un 40% puede aparecer en el contexto den una disección de aorta.
La patología vascular aguda y concretamente la isquemia arterial aguda y el síndrome aórtico agudo tienen una elevada morbimortalidad siendo necesario un diagnóstico correcto temprano, para realizar el tratamiento en un corto plazo de tiempo y así evitar complicaciones.
La disección de aorta es una patología grave, con una mortalidad que supera el 60% en la primera semana. Superando este porcentaje en caso de disección de la aorta ascendente, presentándose en este caso con dolor retroesternal, en garganta y cuello. En cuanto a la disección es de aorta descendente el dolor se suele. presentarse en la espalda y abdomen.
En ocasiones la presentación puede ser atípica, con alteración de la conciencia, deficit neurológico, síncope o signos y síntomas compatibles con isquemia aguda de miembros inferiores. En en

los pacientes en los que la presentación es sin dolor la mortalidad es mayor.
El médico de urgencias debe tener la sospecha clínica basada en la sintomatología, para un diagnóstico precoz, sin embargo se deben tener en cuenta las formas atípicas, ya que un retraso en el diagnóstico supone un aumento de la mortalidad.

P. #1910

ESTE DOLOR ME MATA

María Del Carmen Morante Navarro, Ana De Jesús Izaguirre Lugo, María Aránzazu Calles Boya, María Elena López Najerra, Laura Jiménez Velázquez, Mari Cruz Blázquez Fernández
Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: Paciente mujer de 58 años. Con antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, epilepsia, bocio multinodular, brucelosis, síndrome de CREST (Raynaud, telangiectasias, Ana + y anticentromero +) en tratamiento con dosis bajas de bosentan durante los meses de invierno (en seguimiento por reumatología), quiste aracnoideo temporobasal izquierdo. Antecedentes quirúrgicos: Tiroides. Tratamiento Actual: Valproato sódico 500mg (1) cada 24 horas, levotiroxina de sodio 200mcg (1) cada 24 horas, diltiazem hidrocloruro(1)20mg (1) cada 24 horas, paracetamol (1)000mg cada 8 horas si dolor, ramipril 5mg (1) cada 24 horas, fenofibrato (1)45mg (1) cada 24 horas, sulodexida (1)5mg (1) cada (1)2 horas.
Paciente acude a urgencias, refiere desde el día ayer por la noche dolor abdominal localizado en hipogastrio, continuo aumenta de intensidad con la deambulación y los movimientos. Asocia hiporexia y fiebre termometrada de hasta 38°C, no náuseas no vómitos ni alteración del tránsito intestinal. No otra sintomatología. Exploración física: TA: 151/87mmHg, FC: 93lpm, SatO2: 96% basal. Glucemia 110mg/dl. T 38.2°C. Consciente, orientada, hidratada y perfundida, chapetas malares, normal coloración cutánea y de mucosas. Auscultación cardiaca tonos rítmicos, no soplos, no roce ni extratonos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado sin ruidos respiratorios añadidos. Abdomen blando, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior de predominio en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg y Rovsing positivos, ruidos hidroaéreos presentes, no masas ni visceromegalias, puño percusión bilateral negativa.
Analítica: Proteína C reactiva 12.66 mg/dL. Recuento Leucocitos 14.9 $x10^3/\mu L$, Neutrófilos 10.0 $x10^3/\mu L$ Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 90lpm. Eje 60°. PR normal. Sin alteraciones de la repolarización.
Tomografía axial computarizada abdominopelvico: Lesión ocupando fondo de saco de Douglas de aproximadamente 6,5 cm eje mayor contenido preferentemente líquido en rango simple (con área de densidad intermedia), aumento tamaño ovario izquierdo, cambios en la grasa adyacente y numerosos ganglios eje corto iliacos bilaterales y una pequeña adenomegalia iliaca externa izquierda. Colección dependencia ovárica en contexto de enfermedad inflamatoria pélvica como primera posibilidad o más dudoso torsión ovárica.
Ecografía ginecológica: Útero en indiferente con endometrio lineal de 2 mm. Retro uterino se objetiva una imagen heterogénea con áreas quísticas y sólidas, compatible con formación reticular ovárica sin poder diferenciar lateralidad, aunque impresiona de izquierdo de 47 x 37 mm, doppler negativo e imagen adyacente al lado derecho de la misma de 29 x 20 arrosariada compatible con hidrosalpinx, no líquido libre en Douglas.
Diagnóstico: Sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica vs formación ovárica reticular + hidrosalpinx.

CONCLUSIONES

Paciente ingresa en ginecología para antibioterapia y continuar estudio. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una complicación común de las infecciones de transmisión sexual, particularmente la gonorrea y la clamidia. La incidencia ha incrementado en los últimos años debido al aumento de la actividad sexual en jóvenes. La presentación clínica de la EPI puede variar, desde casos asintomáticos hasta formas graves con dolor pélvico intenso. El diagnóstico temprano y preciso es fundamental para prevenir complicaciones como recurrencias, embarazos ectópicos, infertilidad, hidrosalpinx y dolor pélvico crónico. El manejo se basa en la administración temprana y adecuada de terapia antimicrobiana dirigida a los patógenos causantes, así como en el tratamiento de las complicaciones, sin embargo, la EPI continúa siendo un desafío clínico y de salud pública, para lo que se necesita optimizar los enfoques terapéuticos, mejorar la prevención de las complicaciones a largo plazo y fortalecer los programas de prevención de infecciones de transmisión sexual.

P. #1916

MÁS ALLÁ DEL SITIO QUIRÚRGICO

Anna Carolina De Paola Prato, Sara García Mateo, María Teresa Nuñez Gómez, Ana García Velez, Alicia Cárdenas García, María Rodríguez Pérez

Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al Servicio de Urgencias un varón de 50 años de edad por dolor y aumento de perímetro cervical, asociado a cambios en el tono de voz y sensación disneica de instauración brusca. Hacía 24 horas había sido intervenido de una cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) por diagnóstico de cáncer rectal localizado a unos 5-6 cm del margen anal externo y dado de alta pocas horas antes del inicio de los síntomas. Comenta correcta tolerancia tras el alta, con tránsito conservado y sin rectorragia. Niega dolor abdominal, fiebre y/o sensación distérmica en domicilio.

A la Exploración física destaca TAS: 105 mmHg TAD: 70 mmHg FC: 90 lpm Sat O2: 96 % EVA: 4 T: 37,3°C. Regular estado general, normohidratado, coloreado y perfundido.

- Cabeza y cuello: distensión de partes blandas en la zona cervical y torácica, con crepitación subcutánea a la palpación superficial.
- Cardio: rítmico, no soplos.
- Pulmonar: murmullo vesicular conservado aunque leve crepitación en bases.
- Abdomen: no distendido ni timpánico, blando depresible no doloroso a la palpación sin defensa ni signos de irritación peritoneal.
- Miembros inferiores: no edema, no signos de trombosis venosa profunda.
- Recto: zona anal sin sangrado, dolor importante por lo que se realiza solamente tacto rectal palpando sutura que en este momento de cerrada la zona lesional quirúrgica.

Pruebas complementarias:

- Analítica: 14.020 leucocitos con neutrofilia, láctico 1.7, PCR 30, resto dentro de la normalidad.
- Rx tórax bipedestación: signos de enfisema cutáneo cervical y neumoperitoneo.
- Body Tac: extenso retroneumoperitoneo con mayor cantidad aire extraluminal hacia el espacio mesorrectal medio e inferior compatible con perforación/dehiscencia por intervencionismo reciente, extensión craneal con neumomediastino y extenso enfisema subcutáneo que diseca los espacios cervicales profundos y las partes blandas de la región cervicotorácica y facial.

Juicio clínico: enfisema masivo tras TAMIS

Plan:

- Se mantiene al paciente en dieta absoluta con sueroterapia, analgesia IV y se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro con Ciprofloxacino y Metronidazol. Solicitamos a su vez valoración por servicio de Cirugía General que decide ingreso a su cargo para estabilización y continuar evolución.

CONCLUSIONES

La cirugía transanal mínimamente invasiva es una técnica segura que se ha consolidado como una de las principales opciones terapéuticas para el cáncer rectal distal incipiente. Sus complicaciones son poco frecuentes y, en general, leves, incluyendo sangrado, perforación e incontinencia fecal. Sin embargo, una complicación rara pero potencialmente grave y potencialmente mortal es el enfisema subcutáneo masivo, que puede originarse por la presión ejercida por el CO_2 utilizado en el procedimiento.
El manejo inicial debe centrarse en la estabilidad del paciente, con cobertura antibiótica de amplio espectro y estudios de imagen para descartar otras causas que puedan requerir intervención quirúrgica urgente, como perforación u obstrucción. En ausencia de indicación quirúrgica, el tratamiento del enfisema subcutáneo es conservador, favoreciendo la reabsorción espontánea del gas mediante el control sintomático y el seguimiento clínico estrecho.
En nuestro caso el paciente llegó estable hemodinámicamente con un pico febril y tendencia a hipoxemia que se trató con oxigenoterapia y antibioterapia empírica con metronidazol y ciprofloxacino, con buena tolerancia. Se descartó necesidad de intervención y se decidió su ingreso a cargo de Cirugía General, con buena evolución en planta.

P. #1924

INVASIÓN DEL CANAL MEDULAR TRAS FRACTURA VERTEBRAL TRAUMÁTICA

Carolina Sanjuán Riveiro, Irene Fuensanta López Martínez, Felipe Quilez López

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 35 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, es recibido en sala de atención inmediata de urgencias de su hospital de referencia por los servicios de emergencias extrahospitalarias ante caída accidental mientras arreglaba su huerto de 4 metros de altura, con contusión directa lumbar, presentando dolor incoercible que no mejora a pesar de dos ampollas de fentanilo intravenoso.
A su llegada, el paciente es valorado en sala de atención inmediata, con dolor a la palpación de apófisis espinosa a nivel de T12-L2, además de paraparesia de 3 sobre 5 en escala de Daniels. Se solicita tomografía computarizada con contraste toraco-abdomino-pélvico con contraste, evidenciándose en el mismo fractura en estallido de cuerpo vertebral de L1, con invasión de canal medular.
Ante la clínico del paciente y los hallazgos de las pruebas complementarias, se contacta con Traumatología y se pauta corticoide a dosis alta, siendo el paciente trasladado finalmente al servicio de Neurocirugía, desde donde realizan descompresión quirúrgica y artrodesis T12-L3.
La evolución del paciente tras la cirugía es favorable, persistiendo leve paraparesia e hipoestesia, con mejoría de dolor y sin mayor progresión de la clínica. Actualmente se encuentra en planta de servicio de neurocirugía, iniciando rehabilitación hospitalaria.

CONCLUSIONES

El síndrome de cono medular es un tipo de lesión de la médula espinal causada por un traumatismo de las vértebras lumbares, concretamente a nivel de L1-L2. No se trata de una enfermedad en sí, si no más bien un productos resultado de una fractura vertebral, aunque pueden ser otras las etiologías.
Se trata de una emergencia que precisa de una descompresión quirúrgica urgente, sobre todo en aquellos casos de etiología traumática o que supongan una importante afectación neurológica asociada.
En la actualidad, las intervenciones farmacológicas para las lesiones de la médula espinal giran en torno al uso de corticosteroides y la decisión de usarlos o no. Si bien el uso de los mismos demostró ser prometedor en un inicio, estudios más recientes han cuestionado su uso citando numerosos efectos adversos sistémicos . Los tratamientos farmacológicos en esta área son poco comprendidos debido a la escasez de conocimiento en torno a la fisiopatología y la heterogeneidad de los pacientes que presentan estas afecciones. A pesar de estas deficiencias y debido a la falta de opciones de tratamiento alternativas, los corticoides todavía son ampliamente usados.

P. #1976

TERATOMA QUISTICO BENIGNO EN MEDIASTINO ANTERIOR

Luis Edward Sierra Bernal[1][2], María Brú Benedito[1][2], Javier Martín Murillo[1][3], José Ramon Esteve Ruzafa[1][3], Encarnación Ruiz García[1], Keidy Mariela Casco Alvarado[1][4]

1. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
2. Centro de salud Francisco Palao, Yecla, España
3. Centro de salud Mariano Yago, Yecla, España
4. Centro de salud Jumilla, Jumilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 19 años, fumadora, con antecedente de epilepsia, consulta al servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) por cuadro de dolor cervical izquierdo, que se irradia al miembro superior del mismo lado, de escasos días de evolución, sin desencadenante aparente. Se le pauta analgesia, con mejoría parcial.

Pocos días después, acude a urgencias hospitalarias, donde se le realiza radiografía simple cervical, sin encontrar lesiones agudas, y se le prescribe una pauta corta de corticoides.

Al no mejorar, pasadas 48 horas acude a su CS, que no encuentra datos de alarma, por lo que recomienda seguir pautas farmacológicas previas.

La paciente, tras más de 2 semanas con clínica, vuelve a urgencias hospitalarias por dolor intenso, súbito, en hipocondrio izquierdo que irradia a hemitórax y región dorsal ipsilateral, que empeora a la movilización y la inspiración profunda. Niega clínica respiratoria y síndrome constitucional.

Se le realiza radiografía de tórax, donde se observa lesión pulmonar/mediastínica izquierda, que no se veía en las previas (un año antes), por lo que se amplía estudio con TAC torácico.

En analítica solo destaca leucocitosis con neutrofilia. Y el TAC se describe como: "Hallazgo inespecífico, pudiendo estar en relación a teratoma quístico como primera posibilidad, quedando las posibilidades infecciosas relegadas a un segundo plano (si clínicamente compatible)"

Como este diagnóstico se realiza en un hospital comarcal, se contacta con hospital de tercer nivel, al servicio de neumología, para comenzar con antibiótico empírico y "ver evolución"

Durante el ingreso se solicitan marcadores tumorales, que resultan negativos, excepto el antígeno asociado a carcinoma escamoso (SCC): 69.9 ng/mL (Normal hasta 3.8)

También se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de tórax y al no presentar datos concluyentes, se completa estudio con Tomografía por emisión de positrones (PET-TAC), que se informa como "sugestivo de tejido tumoral viable en masa quística mediastínica anterior y extensa afectación pleural izquierda. A correlacionar con histología. Resto sin clara evidencia de enfermedad maligna macroscópica"

Por lo que fue trasladada a cirugía, donde se realizó extirpación quística de mediastino anterior izquierdo, obteniendo en la anatomía patológica un resultado de "teratoma quístico benigno adherido a segmento pulmonar con reacción de cuerpo extraño en vía aérea a queratina"

La paciente presentó excelente evolución y recuperación total, y actualmente presenta control en consultas externas de cirugía torácica.

CONCLUSIONES

El teratoma quístico es un tumor benigno que, a pesar de su naturaleza no cancerosa, puede generar un desafío diagnóstico en los servicios de urgencias, ya que se presenta con síntomas poco específicos que pueden dificultar su identificación y tratamientos tempranos. Sin embargo, es crucial prestar atención a la evolución y a los cambios de los síntomas, ya que pueden ofrecer valiosas pistas que orienten hacia un diagnóstico de sospecha.

P. #1985

UNA MALA CAÍDA

Lucía Mora Del Oso[1], José Fulgencio Villaescusa Ruiz[1], Alba Merino Soto[2], Luis Felipe Gómez Andrade[1], Enrique Salvador De La Rosa[1]

1. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España
2. Hôpital Trousseau - CHRU Hôpital de Tours, Tours, Francia

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 65 años que es trasladado por UME a Urgencias tras sufrir caída accidental desde unos 4 m de altura. A su llegada a la escena el paciente se encuentra consciente, agitado, movilizando 4 extremidades y habla balbuceante, hemodinámicamente estable por lo que administran midazolam 5mg iv.
EXPLORACIÓN FÍSICA a su llegada hospitalaria:
Temperatura: 36.3 °C, TAS: 117, TAD: 72, FC: 134, Sat O2: 100 %, FR: 30, PCO2: 48.0 mm Hg. Índice de shock: 1.15.
X: scalp 15cm a nivel frontoparietal izquierda con hemorragia no exanguinante, sangrado babeante que se controla con compresión manual.
A: vía aérea permeable.
B: taquipnea de reposo, expansión de tórax asimétrica con hipoventilación en hemitórax derecho.
C: pulso radial y relleno capilar conservados. AC: taquicárdico sin sobreañadidos.
D: pupilas mióticas reactivas, lenguaje incompresible, tendencia a la agitación psicomotriz.
E: normotermia, euglucemico.
Evaluación secundaria: deformidad en muñeca derecha, resto sin alteraciones.
Ecografía RUSH: neumotórax derecho, no líquido libre.
- GSA fiO2 50%: pH 7.278, EB (exceso de bases): -4.7, pCO2 48, pO2 98, Anión GAP 12.4, HCO3 22.4, Hb 15.2, Na 143, K 4, Glucemia 233, Lac 4.9.

En Urgencias se administra sueroterapia caliente, oxigenoterapia desde su llegada y se coloca un tubo de tórax derecho conectado a aspiración.
El paciente permanece normotenso, taquicárdico y agitado, por lo que se procede a sedo-analgesia -relajación (fentanilo 150 mcg, etomidato 20 mg y rocurornio 100 mg iv) e IOT de paciente con restricción cervical con éxito.
- Analítica de sangre: Glucemia 210, creatinina 1.14, Na 144, K 4.5, alcoholemia < 10.1, Hb 14.4, plaquetas 250000, leucocitos 15770 (N 11590, L 3190), TP 1.07, PTTA 0.97.

Alcoholemia <10.1 mg/dL
- TC total body:

Moderada cuantía de HSA en surcos de la convexidad, sin efectos de masa significativos.
Líneas de fractura no desplazadas en hueso frontal izquierdo y arco cigomático izquierdo.
Fractura de apófisis transversa izquierda de C7.
Enfisema subcutáneo en espacios laterocervicales derechos en probable relación con neumotórax visible en TC de tórax.
Extenso neumotórax derecho y mínimo izquierdo, con laceración en LID y contusión en LII.
Múltiples fracturas costales uni y bifocales. Fractura de tercio distal de clavícula izquierda. Probable fractura en carpo izquierdo.
Hematoma en trapecio izquierdo con imagen que podría corresponder con sangrado activo, pero no se puede confirmar por ausencia de fase venosa a ese nivel.

CONCLUSIONES

Este caso clínico resulta un ejemplo idóneo para ilustrar la aplicación práctica del enfoque XABCDE en la evaluación y manejo inicial del paciente politraumatizado,. A lo largo de su desarrollo, permite visualizar con claridad como este esquema sistemático facilita la identificación rápida de amenazas vitales, priorizando intervenciones críticas desde el primer contacto con el paciente.
Constituye, por tanto, una herramienta útil tanto para la formación de profesionales en el ámbito de urgencias como para reforzar la toma de decisiones en escenarios reales de alta complejidad.

P. #1990

EL ENEMIGO EN CASA... ¿TRAUMATISMO ACCIDENTAL?

Lucía Fernández Gutiérrez, Carlos Mario Cardozo García, Almudena García Santibáñez, Alberto Canales Moreno, M Isabel Álvarez Nozal, Raquel López Sepúlveda Moraleda

Hospital Santos Reyes, SACYL, Aranda De Duero, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 67 años acude al servicio de Urgencias por disnea de días de evolución, cuenta dolor costal que relaciona con caída accidental al bajar las escaleras de su domicilio. Es fumador, presenta historia de abuso de alcohol, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y EPOC, a tratamiento con metformina y atorvastatina sin adherencia terapéutica.

A la llegada a Urgencias el paciente está afebril, tensión arterial de 124/69 mm(hg) a 83 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, saturación de oxígeno 88%, glucemia capilar de 164 mg/dl. En la exploración se objetivan escoriaciones en cuero cabelludo en zona parietal izquierda y pequeño hematoma. Presenta disnea con tiraje respiratorio y en la auscultación se escuchan roncus y sibilantes bilaterales, no crepitantes. El paciente refiere dolor en tórax a la compresión, con predominio derecho.

Se sospecha de infección respiratoria aguda y se trata al paciente con prednisolona e hidrocortisona intravenoso, nebulizaciones de salbutamol, bromuro de ipatropio y budesónida y oxígeno con gafas nasales a 2 litros.

En analítica no se observan alteraciones, en gasometría arterial se confirma insuficiencia respiratoria con un porcentaje de oxígeno basal de 88.9%. Se realiza PCR positiva para Gripe B.

En radiografía de tórax se observa infiltrado incipiente en base derecha. No se evidencian fracturas costales en lado derecho.

Tras tratamiento pautado el paciente se encuentra sin disnea y mantiene buena saturación de oxígeno (94%). Se decide alta a domicilio con inhaladores pautados.

A los 5 días, el paciente vuelve por persistencia de dolor costal, presenta buen estado general, constantes vitales sin alteraciones, no presenta disnea ni alteraciones en la auscultación cardiopulmonar. Se revisa radiografía previa y se aprecia fractura costal izquierda, se pauta analgesia y se da de alta.

Diez días después, el paciente es enviado desde su médico de Atención Primaria por dolor y disnea tras caída accidental. El paciente refiere dolor en costado derecho y disnea progresiva.

Constantes vitales dentro de la normalidad, saturación de oxígeno del 91%. En auscultación cardiopulmonar presenta hipoventilación en campo pulmonar derecho, leve esfuerzo inspiratorio. No se aprecia enfisema subcutáneo, presenta una importante equimosis toracoabdominal derecha.

Se repite radiografía de tórax en la se objetiva hemotórax derecho y fracturas de quinto, sexto y séptimo arcos costales derechos.

En analítica: anemia con hemoglobina de 10,2 g/dL , leve leucocitosis y una proteína C reactiva de 108,4 mg/L .

Se indica tratamiento con analgesia intravenosa, se comenta caso con servicio de cirugía general quien acepta el ingreso y se coloca tubo de drenaje en costado derecho.

Durante estancia en planta de cirugía general, el paciente comenta que convive con su hijo y la relación es difícil desde hace tiempo, los traumatismos no fueron provocados por caídas accidentales si no que ha sido víctima de violencia intrafamiliar.

CONCLUSIONES

El hemotórax es una patología potencialmente grave que requiere un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar complicaciones. En este caso, la historia inicial del paciente con antecedentes de caídas retrasó el reconocimiento de la causa subyacente real, la agresión física por parte de un familiar.

Es importante realizar una anamnesis detallada y mantener un alto índice de sospecha ante lesiones que no concuerdan con la historia clínica proporcionada. La detección de malos tratos en pacientes adultos, especialmente en personas mayores, sigue siendo un reto clínico.

P. #1999

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA AL TRAUMA GRAVE POR ACCIDENTE DE TRÁFICO: COORDINACIÓN Y MANEJO INTEGRAL POR EL EQUIPO DE SOPORTE VITAL AVANZADO DE ENFERMERÍA (SVAE)

PEDRO J. Milla Ortega, Ángela Jiménez García, Nicolas Benítez Muñoz, Genoveva Pérez Romero

Servicio de Urgencias de Atención Primaria Distrito Granada Metropolitano, Granada, España

INTRODUCCIÓN

El manejo prehospitalario del trauma grave requiere una respuesta rápida, estructurada y basada en la evidencia para optimizar el pronóstico del paciente. El equipo de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) juega un papel clave como primer interviniente en la escena, asegurando la estabilización inicial del paciente antes de la llegada de recursos adicionales. En este caso clínico, se describe el abordaje extrahospitalario de un paciente politraumatizado, destacando la importancia de la actuación del SVAE en la toma de decisiones clínicas, la optimización del tiempo asistencial y la coordinación con el Centro de Emergencias Sanitarias 061 (CES061) para garantizar un traslado precoz y seguro.

Presentación del Caso

A las 16:00, el CES061 recibe una llamada alertando de una colisión trasera entre un ciclomotor y un turismo. Se activa desde el mismo centro al Vehículo de Intervención Rápida (VIR) del Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA), una unidad tipo SVAE junto con una ambulancia convencional, ante la no disponibilidad de equipos de emergencia en prioridad 1 (P1), siendo el primer interviniente en la escena con una aproximación en 5 minutos.

A las 16:05, el SVAE llega al lugar del accidente, encontrando a la persona en decúbito lateral izquierdo sobre la calzada, consciente y orientado en las 3 esferas, con dolor intenso en la región pélvica e impotencia funcional en la extremidad inferior izquierda (EEIIizq). La temperatura ambiental elevada (27°C) y la exposición en el asfalto requieren priorizar la inmovilización y el traslado rápido.

Se identifican criterios de alta sospecha de gravedad por mecanismo lesional, cinemática del accidente y valoración fisiológica (Escala de Glasgow 15, Escala Visual Analógica del dolor (EVA) 7, Trauma Score (TS) 12, Relación TS 0.79), justificando la activación del Código Trauma Grave (CTG).

Evaluación y Manejo Inicial

1. Coordinación con médico coordinador-CES061 y hospital receptor

o 16:10 – Comunicación con CES061 tras primera evaluación.

o Transferencia estructurada de información mediante la técnica ISOBAR.

o Uso de la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM) para consulta de antecedentes y prescripción segura.

2. Intervenciones Prehospitalarias Realizadas por el SVAE

o 16:15 – Doble acceso venoso y monitorización inicial.

– Analgesia: Fentanilo 50 mcg IV (repetido si no mejora) + Metoclopramida 10 mg IV.

o 16:22 – Ácido Tranexámico 1 g en 100 ml IV en 10 min, siguiendo recomendaciones NICE.

o 16:25 – Extracción analítica con doble hemograma y rotulación para evitar errores de administración.

o 16:30 – Inmovilización completa y priorización del traslado.

3. Evaluación Secundaria y Seguimiento

o 16:32 – Evaluación secundaria en la ambulancia mediante el protocolo XABCDE, asegurando la identificación de lesiones ocultas y una monitorización continua.

o Se documentan intervenciones según los lenguajes normalizados Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), asegurando un enfoque estandarizado en la gestión del paciente crítico.

4. Evacuación al hospital de primer nivel

o 16:35 – Inicio del traslado al hospital neurotraumatológico de referencia para tratamiento definitivo.

Tiempo total de escena: 30 minutos (16:05-16:35), cumpliendo estándares de oro en trauma grave.

SVAE estabilizó precozmente al paciente, optimizando la fase prehospitalaria y el traslado.

Código Trauma Grave activado, reduciendo tiempos de asistencia y asegurando hospital útil.

HCDM facilitó prescripción segura con doble check e integración con el hospital.

ISOBAR minimizó pérdidas de información en la transferencia.

Desafíos: temperatura elevada, coordinación con FCS y recursos limitados en el VIR, compensados con ambulancia convencional.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de los equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) en la atención prehospitalaria del trauma grave, asegurando una intervención precoz, la correcta aplicación de protocolos de estabilización y una eficiente coordinación con el CES061 y el hospital receptor. La combinación de valoración cinemática, aplicación de guías clínicas y tecnología en emergencias optimizó el tiempo de actuación y mejoró el pronóstico del paciente.

P. #2025

TUMORACIÓN ABDOMINAL GIGANTE II

Mónica Sachi Martínez Mihara, Rebeca Solís Camas, Aina Sofía Maine Rodrigo, Javier Raymundez Valhondo, María Del Carmen Lahoza Pérez, Daniel Sáenz Abad

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años, con hipertensión arterial en tratamiento con ARA II. Trabaja como camionero. Consulta en Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución, creciente desde su inicio, alcanzando una intensidad 9/10 en la escala visual analógica. No refiere fiebre, náuseas, vómitos ni diarrea. En la anamnesis no relaciona el dolor con traumatismo, sobreesfuerzo ni ninguna otra situación. Niega episodios previos. En la inspección visual se evidencia bultoma en hipocondrio derecho (Imagen 1). La palpación muestra una masa muy dolorosa, superficial, de gran tamaño sin signos de irritación peritoneal. El signo de Carnett y el de Fothergill resultan positivos. Las constantes son normales salvo taquicardia a 110 latidos por minuto. Se realiza analítica con perfil hepático, coagulación, hemograma y reactantes de fase aguda que resulta normal al igual que la Rx de tórax. Con la sospecha de patología de pared abdominal, se solicita ecografía urgente que muestra vesícula normal, alitiásica y presencia de un área heterogénea mal definida en hipocondrio derecho (Imagen 2). Se solicita TC abdominal con contraste intravenoso que confirma la existencia de un hematoma tipo I muy extenso (36 x 120 x 130 mm (AP x T x CC) a nivel del músculo recto abdominal derecho (Imagen 3). Interrogando de nuevo al paciente niega traumatismos o esfuerzos físicos que identifique como responsables.
El paciente es dado de alta con analgesia evolucionando de forma satisfactoria en las revisiones posteriores en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es un motivo muy frecuente de consulta en urgencias y la etiología es muy diversa. La mayoría se debe a patología leve autolimitada pero la anamnesis y exploración debe tener una sistemática encaminada a despistaje de patología aguda que requiera actuación quirúrgica urgente y/o ingreso hospitalario. En este sentido, la localización anatómica, los datos clínicos asociados y la exploración pueden ayudar a orientar el cuadro hacia patología biliar, apendicular, diverticular, perforación de víscera hueca, cuadros oclusivos, patología vascular o de pared abdominal. En caso de cuadros graves o dolor intenso mantenido no atribuible claramente a ninguna causa, se deben realizar pruebas de imagen (ecografía y/o TC) que contribuyen de manera determinante a filiar el cuadro. Los hematomas de pared abdominal son infrecuentes y suelen asociarse a traumatismos, esfuerzos que implican a la prensa abdominal o pacientes anticoagulados. Se debe sospechar en todo paciente con dolor abdominal de instauración brusca y aparición de masa palpable. Existen signos exploratorios específicos que ayudan a diferenciarlo de patología intraabdominal siendo la TC con contraste la prueba de elección para el diagnóstico definitivo. Los hematomas de rectos abdominales se clasifica en tipo I (circunscrito al músculo recto anterior sin cruzar línea media ni disecar la fascia), tipo II (diseca la fascia y/o cruza línea media) y tipo III (generalmente asociado a hemoperitoneo). El manejo puede ser conservador en paciente estables con hematomas tipo I y angiográfico o quirúrgico en pacientes inestables o con sangrado persistente.
Nuestro paciente presentó un hematoma espontáneo de grandes dimensiones a nivel del músculo recto abdominal, de tipo I, que pudo tratarse de forma conservadora con buena evolución.

P. #2027

A PROPÓSITO DE UNA HIDRONEFROSIS GINECOLOGICA

Fernado Sabio Reyes[1], Esperanza Puga Montalvo[1], Pedro Antonio Rivas Del Valle[2], Laura López Soler-Belda[1], Encarnacion Granados Laguna[1], Ziad Issa Masad-Khozouz[1]

1. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España
2. Hospital Virgen Del Rocío. Sevilla, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 23 años. Refiere síndrome miccional y sensación de disconfort hipogástrico de varios meses de evolución, varias visitas a su MAP.
Nunca fiebre ni nauseas. Tratada con Fosfomicina tras combu-test, pero con urocultivos negativos. En alguna ocasión episodio de "hematuria" autolimitada.
Acude al Servicio de Urgencias por dolor intenso en el flanco izquierdo de 2 días empeorado progresivamente. El dolor se irradiaba a la zona inguinal izquierda y se acompañaba de vómitos. No fiebre. No alteración hábito intestinal ni clínica miccional.
Automedicada con paracetamol y naproxeno.
No relaciones sexuales de riesgo y con FUR hacía 10 días.
EXPLORACIÓN
COC, REG, NH, NP. Glasgow 15/15. TA 99/47 mmhg, FC 93 lpm, T.ª 36,3 °C, Sat 02 99% basal, FR 20 rpm. ACR: rítmica. Bmv.. Abdomen: blando, Blumberg negativo. Murphy negativo. Dolor a palpación en hipocondrio izquierdo irradiado a flanco izquierdo. No dolor en hipogástrico. Puño percusión renal negativa. Extremidades: no edemas, no signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Se solicitó:

- Analítica: que no mostró ningún hallazgo significativo. Hemograma y coagulación normal, así como bioquímica (PCR 10 mg/dL) y sedimento urinario.
- Rx. Abdomen: sin hallazgos significativos.

Dados los resultados, se pauto medicación iv (…incluidos opiáceos y corticoides) que no mejoraron la clínica de dolor de la paciente y asociaron vómitos intensos.
Ante la no mejoría de la paciente se realizó una Eco a pie de cama que objetivó "sospecha de hidronefrosis en riñón izquierdo" por lo que se solicitó una Ecografía Abdomino-Renal reglada que se completó con TAC Abdominal con civ a petición de Radiólogo que la realizó.
La tomografía computarizada con contraste del abdomen y la pelvis reveló la presencia de hidronefrosis moderada-severa en el lado izquierdo con acumulación leve de líquido en el espacio peri-renal izquierdo, sin nefrolitiasis pero sí posiblemente por causa obstructiva, y aunque no se describía como tal la ruptura de la pelvis renal, si se sospecha por leve extravasación activa. Se sugería posiblemente debido a una obstrucción.
EVOLUCIÓN
Tras los hallazgos se contactó con Urología que tras estudiar el caso determinó preparar a la paciente para quirófano y colocación de un tubo de nefrostomía además del pertinente estudio de la posible causa obstructiva. Con posterioridad requirió laparotomía exploradora, que evidenció endometriosis ureteral, y la colocación de un stent para aliviar la obstrucción. Por tanto, fue necesaria cirugía mediante un abordaje combinado del cirujano urológico y el cirujano ginecológico para tratamiento quirúrgico combinado dada la patología subyacente.
JUICIO CLÍNICO
Endometriosis ureteral con hidronefrosis y rotura de pelvis renal.
D.DIFERENCIAL
Infección urinaria, Cólico renal, Síndrome colon irritable, etc

CONCLUSIONES

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero, afecta hasta al 10% de las mujeres en edad reproductiva. Si bien comúnmente se presenta con síntomas como dismenorrea y dolor pélvico crónico, también puede hacerlo con síntomas atípicos: uropatía obstructiva aguda.
La endometriosis en un 16-24% de los casos puede afectar al aparato urinario, siendo el lugar de mayor asiento, la vejiga, después uréter, el riñón y la uretra. La endometriosis ureteral, aunque poco común, puede provocar complicaciones graves: hidronefrosis y rotura de la pelvis renal.
El estado afebril, la ausencia de síntomas urinarios y los hallazgos de laboratorio iniciales normales, así como ausencia de nefrolitiasis podrían conducir a un diagnóstico erróneo. Sin embargo, el TC sugirió una rotura de la pelvis renal posiblemente debido a una obstrucción.
Este caso destaca los desafíos diagnósticos de las presentaciones de endometriosis atípica, particularmente en el contexto de emergencia. La obstrucción ureteral relacionada con la endometriosis es una complicación rara pero grave si no se reconoce y trata rápidamente. Una anamnesis exhaustiva y estudios de imagen adecuados, son cruciales para identificar la patología subyacente.

P. #2033

LACTATOFRIENDLY

Elena López De Las Heras, Belén González Iglesias, Marta Garijo Sanz, Ricardo Álvarez Rodríguez, Pablo Galindo Ballesteros, Julia Arenas Ormeño

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 91 años independiente para actividades básicas de la vida diaria con antecedente de hipertensión arterial, fibrilación auricular e implante de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, cáncer de próstata diagnosticado en 2017 con tratamiento con hormonoterapia actualmente en remisión y accidente isquémico transitorio en 2001; que acude a urgencias por epigastralgia de unas 3 horas de evolución.

A su llegada a urgencias se encuentra con tensión arterial (TA) de 120/80 mmHg con temperatura de 36ºC, saturación arterial de 99 % basal y frecuencia cardiaca (FC) de 90 lpm. En exploración abdominal destaca dolor abdominal difuso con mayor focalización del dolor en región epigástrica con pulsos femorales conservados. Se inicia sueroterapia y analgesia de primer escalón. Se extrae primera gasometría venosa donde presenta ph 7,35 CO2 40 mmHg K 4,4 mmol/L bicarbonato 22.7 mmol/L Lactato de 2,5 mmol/L Hemoglobina (Hb) 12,7 g/dL. A los 20 minutos de su estancia en urgencias el paciente comienza con inestabilización hemodinámica (TA 90/60 mmHg con FC 102 lpm) y dolor abdominales más intenso por lo que se extrae nueva gasometría venosa donde destaca ph 7,31 K 4 mmol/L Lactato 6,1 mmol/L Hb 9,6 g/dL. Dado la elevación significativa de lactato con la anemización y dolor abdominal intenso se solicita TAC abdominal para descartar sangrado intraabdominal. En el TAC se objetivan hallazgos compatibles con sangrado activo en el mesenterio, probablemente dependiente de la rama distal de la arteria gastroepiploica izquierda. El paciente es intervenido por radiología vascular quienes realizan una arteriografía donde se objetiva un sutil sangrado activo de una rama anterior patológica dependiente de la rama segmentaria superior esplénica. La rama se cateterizar selectivamente y se emboliza con, microclips sin incidencias. En analítica a su llegada el paciente no presenta anemia (Hb 12,6 g/dL) ni alteración en el perfil abdominal ni elevación de reactantes de fase aguda. Sin embargo, a su llegada tras intervención por cirugía vascular se objetiva una anemización de casi 4 puntos de hemoglobina (Hb 8,2 g/dL).

Tras la intervención el paciente permanece estable con mejoría progresiva del lactato posterior. Se solicita ingreso en servicio de Geriatría para continuación de cuidados.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico se quiere realizar una reflexión sobre la importancia de una adecuada valoración inicial y temporal de los pacientes; destacando la importancia de una titulación del lactato como una constante más a la hora de conocer la gravedad del paciente.

El lactato es un marcador metabólico crucial en la evaluación de pacientes hemodinámicamente inestables, ya que su concentración en suero refleja situación de hipoperfusión tisular. La titulación del lactato es igualmente importante, ya que permite monitorizar la evaluación y la efectividad de las medidas terapéuticas. La reducción de los niveles de lactato tras la reanimación indica una mejoría en la perfusión tisular. Por otro lado, persistir o aumentar niveles de lactato a pesar del tratamiento puede señalar la necesidad de reevaluar la estrategia terapéutica o investigar otras complicaciones subyacentes. En resumen, el lactato no solo sirve como un marcador diagnóstico, sino también como una herramienta de monitorización en la gestión de pacientes críticos.

P. #2038

NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO POR HERIDA DE ARMA BLANCA

Xavier Xipell Font, Juan Carlos Rivero Pigne, Jorge Blanco Briones, Luis Vicente Sáenz Casco, Pablo Trigo Millán

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1- Motivo de consulta: lesiones en tronco por arma blanca y disnea.
Varón de 34 años, sin antecedentes de interés, acudió a urgencias traído por sus familiares tras referir agresión con arma blanca en vía pública.
2- Episodio actual: acudió en estado de agitación e intoxicación, refiriendo disnea y dolor torácico, presentando 4 heridas inciso-punzantes en tórax, axila y abdomen.
3- Exploración física:
- Constantes: Tensión arterial: 125/97, frecuencia cardíaca: 98, saturación: O2 100%, temperatura 36°C.
- Exploración física: Glasgow 13, alternando estado de somnolencia con momentos de agitación y desorientación. Vía aérea permeable, elevación simétrica de tórax en la que se auscultan crepitantes en hemitórax derecho. Abundantes restos de sangrado en tronco y ropa empapada de sangre. 4 heridas inciso-punzantes de bordes regulares de unos 2 cm de longitud y 0,3cm de longitud con profundidad indeterminada, compatibles con herida de arma blanca en: 2o-3er espacio intercostal de hemitórax derecho, línea axilar anterior, epigastrio e hipocondrio derecho.
- No se objetivaron signos de defensa ni otras lesiones visibles en tronco ni en extremidades.

4- Pruebas complementarias:
- Analítica sanguínea: bioquímica con GPT 753 U/L, sin otras alteraciones destacables. Hemograma con hemoglobina de 13.00 g/dl, sin alteraciones. Coagulación sin alteraciones.
- Radiografía de tórax (portátil): enfisema subcutáneo derecho. No se observaron signos de neumotórax.
- Tomografía computarizada de tórax y abdomen: contusión pulmonar con hemoneumotórax leve en lóbulo superior derecho y extenso enfisema de pared torácica anterolateral derecha. Laceración hepática derecha en segmento 8 con sangrado activo de bajo flujo y hemoperitoneo asociado.

5- Tratamiento.
A su llegada a urgencias el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, en situación de agitación y de intoxicación enólica. Tras valorar que no había otras lesiones visibles se procedió a sellar las heridas en hemitórax, axila y hemiabdomen derechos. Se canalizaron dos vías por las que se administró analgesia con 50mcg de fentanilo, 2mg de midazolam para contener la agitación y fluidoterapia con suero fisiológico 500cc. El paciente fue ingresado a cargo de Unidad de Cuidados Intensivos para manejo de paciente crítico. Durante el ingreso hospitalario se objetivó anemización progresiva, en 48h, hasta Hb de 7.4 g/dl, a pesar de la administración de ácido tranexámico y la administración de 2 concentrados de hematíes, que llevó al paciente a desarrollar un shock hipovolémico, requiriendo la embolización selectiva arterial dependiente de arteria hepática izquierda. Además, el paciente precisó intubación orotraqueal por mal control de la sedación de cara a la realización de la embolización arterial y debido a la abstinencia por consumo frecuente de tóxicos.

CONCLUSIONES

Las heridas torácicas por arma blanca son lesiones que potencialmente graves y que requieren un diagnóstico preciso para disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.
Actualmente se dispone de una gran variedad de herramientas de diagnóstico de las lesiones internas producidas por este mecanismo lesional, como son la radiografía o la ecografía a pie de cama, pero en ocasiones no son de utilidad para descartar lesiones potencialmente graves, incluso en pacientes hemodinámicamente estables.

P. #2039

CUERPO EXTRAÑO EN CANAL ANAL, NO PUEDE SALIR BIEN

Beatriz Angós[1], Soha Esmaili[2], Juan Vila Santos[1], Elena Descalzo Casado[1], Isabel Fernández Marín[1], Susana Ochoa Vilor[1]

1. Servicio de Urgencias. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España
2. Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IdISCC), Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés que acude a urgencias por dolor anal y rectorragia. Valorado por cirugía general con visualización de fisura anal y extracción de hueso de pollo en canal. Inician antibioterapia con amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 7 días y dan de alta a domicilio.
El paciente evoluciona de forma desfavorable en domicilio y acude nuevamente a urgencias a las 72 horas. En esta ocasión el paciente refiere postración, incapacidad para la sedestación por intenso dolor anal así como edema genital con dolor a la palpación y fiebre en domicilio de hasta 39°C.
Hemodinámicamente estable y afebril en urgencias. A la exploración física se constata intenso edema peneano, genital y perineal que se extiende a región proximal de miembros inferiores con edema asociado sin flictenas, muy doloroso al tacto y con crepitación. Gasometría venosa con pH en rango y Lac 3.
Se canalizan 2 accesos venosos periféricos, se administra analgesia de tercer escalón con 3 mg de morfina endovenosa, se inicia antibioterapia empírica con piperazilina/tazobactam 4g/0,5 g y se solicita TC abdomino-pélvico ante sospecha de infección grave de partes blandas. En prueba de imagen se objetiva gran absceso de 8x5 cm con contenido hidroaéreo bien delimitado que se extiende desde canal anal a base peneana con estriación de la grasa pero sin afectación de planos profundos.
Analíticamente presenta elevación de reactantes de fase aguda con leucocitosis de 18.000 con neutrofilia del 90%, PCR 45 mg/dl, procalcitonina 3 ng/ml, función renal e iones sin alteraciones.
Tras hallazgos radiológicos se contacta de manera urgente con cirugía general intentando drenaje a pie de cama, infructuoso.
Finalmente, se decide drenaje quirúrgico en quirófano de manera conjunta entre cirugía general y urología.
Durante el postoperatorio precisa de dos intervenciones adicionales para drenaje de gran hematoma peneano y escrotal así como de absceso perineal con afectación de planos profundos. Médicamente desarrolla un tromboembolismo pulmonar segmentario derecho provocado secundario a intervención quirúrgica y encamamiento por tromboprofilaxis a dosis incorrecta.
Tras 35 días de ingreso en paciente es dado de alta con drenajes percutáneos y seguimiento ambulatorio por cirugía general.

CONCLUSIONES

- Las infecciones graves de partes blandas representan una emergencia con una mortalidad elevada.
- El abordaje agresivo precoz es vital para la supervivencia del paciente.
- El dolor desproporcionado y el enfisema subcutáneo deben hacernos sospechar su diagnóstico.
- El tratamiento debe incluir antibioterapia y abordaje quirúrgico precoz.

P. #2051

TRAUMATISMO FACIAL LE FORT III

Juan Ramón Mariño Reyes, María Carolina Marí Silva, Iliana Natacha León Caicedo, Karina Casanova Polegre, Arelys Yauner Liza

Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 76 años con antecedentes de HTA y EPOC, que acudió al servicio de urgencias cuatro horas después de sufrir una caída por las escaleras en su domicilio, presentando traumatismo craneoencefálico frontoparietal izquierdo, además de lesiones en el hombro y cadera izquierda. Posteriormente, refirió mareos, dos episodios de vómitos, sin evidencia de traumatismo toracoabdominal ni dorsolumbar, y sin pérdida de conciencia.
Exploración Física:
TA 148/71 mmHg, FC 56 lpm y saturación de oxígeno del 99% en aire ambiente.
Escala Visual Analógica: 4-5.
Glasgow 15, consciente y orientado en las tres esferas, con lenguaje coherente. Fuerza y sensibilidad conservadas, movimientos oculares normales, agudeza visual conservada y pares craneales de difícil valoración por traumatismo facial. No nistagmo.
ACP: Normal.
Abdomen: Blando, sin signos de irritación peritoneal.
Región craneofacial: Hematoma en la región frontoparietal izquierda, leve equimosis en el párpado superior izquierdo y mínimo edema en la región cigomática izquierda.
Analítica: Sin alteraciones significativas.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 61 lpm
Radiografía de tórax: Cambios crónicos compatibles con EPOC, sin ocupación pleural ni lesiones osteoarticulares.
Tomografía computarizada (TAC) de cráneo basal: Se identificaron múltiples fracturas craneofaciales, incluyendo fractura temporal izquierda con varios trazos, uno de ellos longitudinal con extensión al peñasco sin afectación del conducto auditivo externo. Otro trazo se extendía por la escama temporal hasta el pterion, con bifurcación en "Y" y alcance de hasta 3 cm en eje craneocaudal. Fracturas de ambas láminas pterigoideas izquierdas y de la lámina lateral pterigoidea derecha, así como del complejo cigomático izquierdo afectando al arco y con varios trazos no desplazados en la pared lateral de la órbita ipsilateral. Pequeño trazo en la sutura cigomático-esfenoidea izquierda, y fracturas en las celdillas etmoidales posteriores izquierdas y en el tercio medio del tabique nasal, acompañadas de enfisema adyacente y secreciones mucosas.
Conclusión TAC: Los hallazgos sugieren una fractura Le Fort III izquierda con afectación de la apófisis pterigoidea derecha, además de una fractura longitudinal del hueso temporal con secreciones aisladas en la cavidad timpánica, sin evidencia de afectación ósea ni patología intracraneal aguda postraumática.

CONCLUSIONES

El traumatismo maxilofacial (TMF) es una causa frecuente de consulta en centros de alta complejidad. Aproximadamente el 80% de los casos ocurren en varones entre los 20 y 30 años, siendo los accidentes de tránsito la causa principal, seguidos de agresiones, caídas y accidentes laborales. Aunque menos común en pacientes de edad avanzada, las caídas domésticas representan una causa significativa de TMF en este grupo etario.
René Le Fort, en 1900, describió una clasificación para las fracturas del macizo medio facial, distinguiendo tres tipos:
•LeFort I: Fractura horizontal que separa el maxilar superior del resto de la cara.
•LeFort II: Fractura piramidal que afecta el reborde infraorbitario y la región nasal.
•LeFort III: Fractura transversal que separa completamente el macizo facial del cráneo, también conocida como disociación craneofacial.
Las fracturas Le Fort III implican una separación completa de la cara del cráneo, afectando las suturas frontocigomática, frontomaxilar y frontonasal. Estas lesiones se consideran traumatismos craneoencefálicos abiertos y, con frecuencia, presentan rinorraquia debido a la comunicación con la base del cráneo. Dado que suelen ser resultado de traumas de alta energía, es fundamental una evaluación multidisciplinaria en urgencias para identificar y manejar posibles complicaciones en estructuras vitales adyacentes.
En el caso presentado, la fractura Le Fort III se produjo como consecuencia de una caída desde una escalera, lo que resalta la importancia de considerar este tipo de lesiones incluso en traumas aparentemente de baja energía, especialmente en pacientes ancianos. La tomografía es la herramienta de imagen de elección para la evaluación detallada de estas fracturas, permitiendo una planificación quirúrgica adecuada.

P. #2063

LESIONES OCULTAS EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Patricia Rueda Rodríguez, José María Alonso Morales, Pablo Vilchez Campillos, Leonor Machuca Gómez, Julián Rollan Rodríguez, Eva Gutiérrez Pérez

Hospital Virgen De Las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

DIA 1
Mujer de 80 años, Rankin 0, que sufre caida de su propia altura, con traumatismo craneal (TCE) frontal con herida incisocontusa, sin pérdida de conocimiento. Está antiagregada con ácido acetilsalicílico. Se queja de dolor en ambos brazos y tiene vómitos.
Exploración: Consciente, desorientada, regular estado general, eupneica.
Glasgow 14. Pupilas isocóricas normorreactivas, no asimetría facial, no deficit motor ni sensitivo en extremidades. Herida contusa en región frontal.
TAC craneal: No lesiones intracraneales. Radiografía miembros superiores: Sin lesiones. Se procede al alta para vigilancia domiciliaria.
DIA 2
Derivada por debilidad en extremidades y nauseas. Exploración: Fuerza de extremidades limitadas por el dolor. Se revisan pruebas complementarias del día anterior y se procede al alta a domicilio por estabilidad clínica y neurológica.
DIA 3
La paciente vuelve a consultar en Urgencias por tercer día consecutivo.
La hija refiere que la paciente tiene alteración de la fuerza y sensibilidad en las cuatro extremidades que relaciona con la caida hace 3 días. Ha sido incapaz de caminar desde el día del accidente, la notan más despistada y persisten las nauseas y los vómitos.
TAC craneal sin lesiones intracraneales y analítica sin hallazgos significativos. Se procede al alta con refuerzo de tratamiento analgésico.
DIA 6 TRAS LA CAIDA
La TCAE de turno le cuenta al médico de guardia que tiene una vecina que le da mucha pena, porque era una mujer muy activa que cuidaba de sus nietos, y desde que se ha caido, está postrada en cama sin poder moverse y la ve muy mal. Se le indica que acuda de nuevo a Urgencias para revaloración.
A su llegada presenta imposibilidad de movilizar brazos y piernas, desorientación temporoespacial y deterioro importante del estado general. Se queja de dolor en cadera izquierda.
A la exploración: Estuporosa con mal estado general. Hematomas en ojos de mapache. Lenguaje bradipsiquico.
Exploración fuerza:
MMSS: Derechos: hombro 4-/5 , codo 3/5, muñeca y dedos 0/5. Izquierdos: hombro y codo 3/5, muñeca y dedos 0/5.
MMII de forma global 3/5, aunque la derecha difícil de valorar por impotencia funcional. Sensibilidad conservada. Hiperreflexia generalizada. Babinsky positivo.
Se repite TAC craneal que no muestra lesiones intracraneales y ante la sospecha de lesión medular se solicita TAC cervical que se completa con RNM cervical con siguiente resultado:
-Estenosis de canal cervical en grado severo en el nivel C3-C4 con significativo compromiso y compresión sobre el cordón medular, que está deformado y con signos de mielopatía en dicho segmento. Estenosis foraminal derecha severa en niveles C3-C4, C4-C5 y C5-C6.
-Probablemente, y correlacionando con la anamnesis y exploración clínica, se haya podido sobreañadir el traumatismo sobre una estenosis previa degenerativa y por las protrusiones descritas, que muestran componente calcificado en el TC, sobre todo el nivel C3-C4, si bien en el C4-C5 se haya podido incrementar el grado de protrusión o de componente discal blando o de menor calcificación.
Juicio Clínico: Mielopatía cervical postraumática en paciente con estenosis de canal previa. Sindrome centromedular.
Ingresa en Neurocirugía para tratamiento rehabilitador. A los 10 días tras la caida, la paciente sufre episodio de insuficiencia respiratoria aguda y deterioro clínico progresivo hasta su fallecimiento.

CONCLUSIONES

Las lesiones de la columna cervical rara vez se acompañan de trastornos neurológicos en los pacientes traumatizados que solemos atender en nuestro centro de trabajo. Comprometen el pronóstico vital a causa del riesgo de desplazamiento secundario y de la edad avanzada de la mayoría de los pacientes. Es importante incluir en la prueba de neuroimagen, TAC craneal, el estudio de columna cervical para diagnóstico precoz de este tipo de lesiones y paliar en la medida de los posible sus complicaciones.

P. #2088

CUANDO TOMAR LA TENSIÓN SE COMPLICA: HEMATOMA IATROGÉNICO CON DESENLACE QUIRÚRGICO

Carla Samaniego Ballart, Meritxell Ortí Asencio, Heber Enrique Cueva Sevieri, Pau Rigol Ramon, Mireia Montserrat Viñas Noguera, Xavier Pelfort López

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave con oxigenoterapia a domicilio, cardiopatía isquémica y múltiples alergias medicamentosas.
Ingresó en nuestro centro hospitalario por exacerbación de su enfermedad pulmonar. Durante su estancia, en contexto de taquicardización, se quiso monitorizar a la paciente mediante esfigmomanómetro de brazo pero ella misma lo rechazó por tendencia a diátesis hemorrágicas refiriendo que sólo toleraba el tensiómetro de muñeca. A pesar de sus advertencias se quiso medir la presión arterial con el aparato hospitalario en la pierna izquierda. Inmediatamente la paciente refirió dolor en la extremidad inferior izquierda acompañándose, a las horas, de la aparición de un hematoma. Dicho hematoma se manejó inicialmente con curas locales, pero evolucionó desfavorablemente, requiriendo valoración por traumatología. La exploración reveló un importante hematoma voluminoso y doloroso en la cara anteromedial de la extremidad inferior izquierda con piel muy friable. Fue necesario realizar un desbridamiento quirúrgico, descartándo infección mediante toma de muestras. Dado que el defecto cutáneo postoperatorio fue considerablemente extenso (10x6cm), se decidió implantar una malla de piel humana descelularizada ya que las características de la paciente contraindicaban la reintervención para injerto cutáneo. Finalmente, recibió el alta con seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

Este caso nos recuerda que incluso los procedimientos más rutinarios como la medición de la presión arterial, pueden tener consecuencias imprevistas en pacientes frágiles y con múltiples comorbilidades.
Nos enseña una lección fundamental sobre la escucha activa a los enfermos ya que, a pesar de las advertencias de la paciente respecto su fragilidad cutánea, se realizó dicho procedimiento desencadenando un hematoma iatrogénico que requirió tratarlo mediante un procedimiento quirúrgico en el que se asumieron notables riesgos.
Cabe destacar también la importancia de la aplicación de técnicas innovadoras poco invasivas como la malla de piel humana descelularizada, ideal en esta paciente para evitar el paso de nuevo por quirófano.

P. #2093

MAMI NO PUEDO MOVER LA PIERNA

Ana Belén Martínez Sánchez[1], Manuel Artés Segura[2][3][1], José Carlos Martínez Sánchez[4], Francisco Artes Segura[5], Rosalia Artés Navarro[6]

1. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
2. Universidad Internacional UNIVERSAE, San Jose, Costa Rica
3. SUAP Lorca 2, Lorca, España
4. Orthem, Murcia, España
5. CS Sorbas, Sorbas, España
6. Hospital Poniente, El Ejido, España

HISTORIA CLÍNICA

Niño de 4 años que acude a nuestro hospital por dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo. Según refiere madre la niña estaba jugando en casa y se ha caído desde su misma altura impactando las dos rodillas contra el suelo con posterior llanto desgarrador. La madre la ha llevado al sofá de casa donde le ha administrado apiretal según peso con leve mejoría. Al ver que la niña no movilizaba esa pierna la ha traído a urgencias.
A la exploración física destaca dolor en zona proximal de miembro inferior izquierdo con edema en zona femoral con dolor a la palpación.
Tensión Arterial 113/ 73 mmHg, Frecuencia cardiaca 124 lpm.
Peso 20 kilogramos
Radiografía de miembro inferior izquierdo limitada por dolor donde se realiza radiografía lateral apreciándose fractura espiroidea de fémur izquierdo.
Tras valoración por traumatología de guardia que indica yeso inguino-pédico y traslado a hospital de referencia para completar diagnóstico y tratamiento quirúrgico posterior.
Tras llegada a centro de referencia se realiza intervencion por equipo de traumatologia infantil.

CONCLUSIONES

La fractura espiroidea de fémur en niños suele ocurrir por traumatismos de baja energía, como caídas desde su propia altura, pero debe valorarse el contexto para descartar posibles lesiones no accidentales.
El paciente presenta dolor intenso, impotencia funcional y edema en el muslo, lo que sugiere una fractura femoral que requiere confirmación radiológica.
La radiografía en proyección lateral permitió identificar la fractura espiroidea, aunque la exploración se vio limitada por el dolor, lo que enfatiza la importancia de una evaluación cuidadosa en pediatría.
Se optó por inmovilización con yeso inguinopédico y traslado a un hospital de referencia para valoración por traumatología infantil, destacando la necesidad de un manejo especializado.
El paciente requirió intervención quirúrgica en el centro de referencia, lo que es común en fracturas femorales pediátricas para asegurar una correcta alineación y favorecer la recuperación funcional.

P. #2105

NO PUEDO CONDUCIR NI PRESIONAR EL MANDO DE LA TELE

Rafaelina Díaz Contrera
CHGUV, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años quien consulta por dificultad para usar el mando de la tele. asocia un fuerte dolor de espalda tras llegar de trabajar.
Como Antecedentes Personales: No HTA, Diabetes ni Dislipemia, Sobrepeso. No hábitos tóxicos. Oficio: conductor de taxi.
A la Exploración Física:
TA: 125/60 mmHg, FC 85 lpm Sat O2 99%, Temp 36.3°
CyC: no masas, no adenopatias palpables, dolor leve a la palpación cervical.
AC: ruidos ritmicos AP: mvc sin ruidos.
ABD: blando, depresible, no masas ni megalias, no peritonismo.
NRL: EG 15/15, cyo, PIVCNR, no nistagmus, fuerza y sensibilidad conservada de MMSS. Hipoestesia de mmii con fuerza conservada.
Se solicita TAC CerebraL: No se observan signos de hemorragia intra ni extraxial aguda, no se identifican lesiones ocupantes de espacio. Línea media centrada. Sistema Ventricular y cisternas basales permeables.
Se decide alta hospitalaria y vigilancia domiciliaria.
Tras ser dado de alta el paciente sufre caída al intentar ponerse de pie de la silla de ruedas, motivo por el que lo traen nuevamente y es retriado.
Se comenta con Neurología de Guardia quien acude y reinterrega y explora al paciente.
Paciente de 44 años quien refiere que mientras estaba viendo la tele, sufre sensación dolorosa en la espalda que se irradia a hombros y esternón con sensación de adormecimiento de los dedos de ambas manos. En la mañana mientras estaba trabajando como conductor notó que no podía coger bien el volante. Durante su estancia en urgencias refiere tener misma sensación que empeora en MSD con hipoestesia en MMII.
EF.
NRL cyo, no oftalmoparesia, no facial, tetraparesia de extremidades 4/5 mmss, 3+/5 distal y paraplejia MMII con arreflexia, flaccidez y anestesia MID, severa hipoestesia de mii.
No orina desde hace 16 horas y refiere que no tiene ganas de orinar.
No clínica infecciosa referida, no fiebre. Como antecedente accidente de coche mientras conducia sufriendo latigazo cervical hace un mes en tratamiento con analgesia y fisioterapia.
Se solicita RMN de Raquis Urgente.
RMN Raquis: cambios degenerativos discales, multinivel. C6-C7. Rotura anular con extrusión posterior (11 mm de eje CC)que condiciona a una estenosis del canal de aproximadamente el 50% de su diámetro anteroposterior, desplaza posteriormente el cordón medular y lo deforma, observando alteración de su señal, en relación con los cambios de mieolpatía compresiva.
Tras valoración de prueba complementaria se contacta con Neurocirujano de Guardia.
JUICIO CLÍNICO: SHOCK MEDULAR POR SINDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR AGUDO CERVICAL C6-C7

CONCLUSIONES

Ante todo paciente joven con una focalidad neurológica con TAC Cerebral normal y con clínica que nos haga sospechar afectación medular, nos debemos plantear realizar una RMN Urgente. Las herramientas claves son la realización adecuada de la historia clínica y la exploración física.

P. #2111

ESTÁ TORTÍCOLIS ME MATA

Miguel Ángel Morante Ledezma, María Del Carmen Morante Navarro, Ana De Jesús Izaguirre Lugo, José Wilder Quenata Romero, Sonia Albarrán Bárez, María Aránzazu Calles Boya

Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata. tratamiento: Losartan 25 mg 1 cada 24 horas, rosuvastatina 5 mg 1 cada 24 horas, tamsulosina 1 cada 24 horas. Sin antecedentes quirúrgicos ni tóxicos. Acude a urgencias por dolor en región cervical que se irradia a región dorsal desde hace 3 días, el paciente refiere que previamente estuvo realizando esfuerzos, al día siguiente presento fiebre de 38.5°c. Hace 2 días fue visto por Medico de familia, quien pauto metamizol + diazepam + omeprazol + ibuprofeno. Le administro metamizol intramuscular, en lugar de la administración presenta eritema, calor, dolor en región superior de glúteo derecho. desde el día de ayer presenta eritema y edema a nivel de rodilla izquierda con dolor e impotencia funcional para la deambulación con empeoramiento de su estado general. Niega traumatismo previo en rodilla. No otra sintomatología acompañante.
Exploración física: TA 149/80, T 37.8°c, FC 60 lpm. A nivel cervical dolor a nivel de trapecios con contractura paravertebral cervical y de ambos músculos trapecios con dolor al movimiento de columna cervical sobre todo en extensión y movimiento lateral izquierdo. Auscultación cardiaca rítmica y regular sin ruidos añadidos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Abdomen blando no doloroso, no signos de irritación peritoneal. Extremidades rodilla izquierda, aumento de volumen, eritema, calor y dolor a la palpación y a la movilidad sin limitación del arco articular. A nivel superior de glúteo derecho presenta hematoma, induración y dolorosa a la palpación. Neurovascular distal conservado.
Analítica: PCR 26.87 mg/dl.
Radiografía de rodilla izquierda y columna cervical: Cambios degenerativos osteoartrosis severos.
Diagnóstico: Artritis séptica de rodilla izquierda y absceso glúteo. Paciente acude a urgencias mal estado general e ingresa en unidad de cuidados intensivos con los Diagnósticos de: Shock séptico con FMO (hepático, renal, metabólico), endocarditis, gonartritis infecciosa izquierda, absceso glúteo derecho.

CONCLUSIONES

La artritis séptica sigue siendo una patología poco frecuente es importante debido a las secuelas y posibles complicaciones. Se cuenta con factores predisponentes y una etiología muy variable. Aunque son cuatro los mecanismos de diseminación conocidos siguen teniendo en común la fisiopatología de la enfermedad. El cuadro clínico en ocasiones puede ser inespecífico, pero se pueden usar los estudios complementarios para así poder llegar al diagnóstico. En cuanto al tratamiento, la piedra angular sigue siendo la artrocentesis, la cual no solo es diagnóstica, sino que puede llegar a ser terapéutica. El uso de tratamiento antibiótico inicialmente es empírico y posterior dirigido al germen causante. Este tratamiento antibiótico debe continuarse por seis semanas y se debe valorar la necesidad de nuevos lavados quirúrgicos. El pronóstico depende principalmente de un diagnóstico oportuno. La artritis séptica puede conllevar a un desenlace fatal, inclusive la muerte en el caso de no diagnosticarse y tratarse oportunamente. De ahí la importancia de este caso clínico con el fin de tener frescos los conceptos básicos y las herramientas necesarias para un diagnóstico oportuno.

P. #2119

DOLOR TORÁCICO Y DISNEA DE ORIGEN DIGESTIVO: EL SÍNDROME DE BOERHAAVE

Lierni Maite Urdiroz Gorospe, Andrea Baztán Ubani, Leyre C Urueña Zamora, Arantxa Bezunartea Pascual, Laude Citad Mur, Helena Belarra Salgado

HUN, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 72 años, sin antecedentes personales de interés. Es traído a urgencias en soporte vital avanzado, desde centro de atención continuada extrahospitalaria por dolor torácico intenso, irradiado a espalda. Empeora con los movimientos y con la inspiración. Se inició hace menos de 24 horas. Refiere transgresión dietética importante 48 h previas al inicio del cuadro. Ha presentado previo al inicio del cuadro un vómito, cree que con contenido hemático. No recuerda consumo de otros tóxicos. Niega traumatismo en esa zona. Niega fiebre. Niega manipulación vía digestiva previa.

Exploración física: Tensión arterial 125/75 mmHg, Frecuencia cardiaca 97 latidos por minuto, afebril, sat 93% con mascarilla reservorio. Mal aspecto general, inquietud motora marcada. Enfisema subcutáneo desde parte superior de tórax hasta arcos zigomáticos. En la auscultación cardiopulmonar hipoventilación generalizada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras valoración inicial, se realiza:

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 87 latidos por minuto.
- Analítica sanguínea: Como hallazgos significativos: Leucocitosis con neutrofilia (11.5 x 10^9/L y 9.4 x10^9/L respectivamente); PCR 25. Dímero D y troponinas dentro de los límites normales.
- Gasometría venosa (GV)

- Inicial: pH 7.42, bicarbonato 20 mmoles/L; lactato 1.38

- Radiografía de tórax: no se observa claro neumomediastino, enfisema subcutáneo marcado. No neumoperitoneo.

EVOLUCIÓN

Dado el antecedente de vómito y el dolor torácico, sin cambios eléctricos ni enzimáticos cobra más peso la sospecha de perforación esofágica. Se canaliza una segunda vía periférica. Iniciamos manejo farmacológico con piperacilina tazobactam 4g; omeprazol 40mg y fluconazol 400mg. Pasamos al paciente a reanimación para monitorización continua y vigilancia estrecha de vía aérea. Ampliamos estudio con TC; donde se confirma mediastinitis aguda establecida por perforación esofágica.

Ante resultado de pruebas complementarias se avisa a cirugía general. Durante la valoración, el paciente comienza con empeoramiento clínico, mayor disnea, disminución de saturación a pesar suplementación con mascarilla reservorio. Dada la inestabilidad en vía aérea y ventilación, se decide aislar ésta e intubar. Preoxigenamos al paciente, pautamos analgesia con fentanilo, inducimos sedación con Etomidato y como miorrelajante usamos Succinilcolina. Prevemos vía aérea difícil por lo que se realiza el procedemiento con Frova y videolaringoscopia. Tras dos intentos de intubación, se consigue aislar vía aérea y ventilación adecuada. Se realiza interconsulta a UCI quienes realizan el traslado al paciente a quirófano.

JUICIO CLÍNICO

Síndrome de Boerhaave

CONCLUSIONES

El síndrome de Boerhaave es una perforación espontánea del esófago, generalmente causada por un episodio de vómito intenso, que lleva a un aumento súbito de la presión intraluminal. Es una urgencia médica con alta mortalidad si no se trata rápidamente. La presentación de la tríada Mackler (clásica, pero rara): vómito, dolor torácico y enfisema subcutáneo, nos tiene que poner en sobreaviso. La radiografía de tórax puede ser normal hasta en un 15% de los casos, siendo el TC la técnica de elección. Esta patología presenta mortalidad alta (>30%) si no se diagnostica y trata tempranamente. El manejo quirúrgico se recomienda en diagnósticos tempranos como es nuestro caso, mejorando el pronóstico vital.

Como médicos de urgencias, tenemos que prestar especial atención al manejo ABCDE, ya que la vía aérea en caso de perforación a nivel torácico puede estar altamente comprometida tanto a nivel anatómico como fisiológico (si hay mediastinitis y shock).

P. #2145

ABCESO SUBMANDIBULAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Karen Elizabeth Aguilar Ramos, Irene Cruz Pedregal, Marta García De Prado Gwierz, Rayzha Kruzhkaya Cuellar Cueca, Beatriz Margarita Mélida Payán

Hospital El Escorial, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Descripción del caso: Mujer de 52 años, sin antecedentes patológicos, acude a urgencias derivada de Atención primaria por odinofagia de una semana de evolución, acompañada de fiebre, que ha cedido en los últimos días. Desde hace 24 horas refiere imposibilidad para la apertura bucal e inflamación del ángulo mandibular derecho. Recibió tratamiento con Azitromicina 500 mg 1 comprimido cada 24 horas por 3 días sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: FC a 105 lpm. Sat 02 97%. T° 36.4 °C. Estado general conservado, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo, edema en zona mandibular derecha, trismus, imposibilidad para la apertura bucal, por lo que dificulta la exploración de la cavidad bucal y faringe. Importante dolor al roce, se palpa adenopatía cervical derecha. Ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreañadidos.

En la analítica destaca: Leucocitos 12.42x10/mm, Hemoglobina 14.6 g/dl, neutrófilos 74%, linfocitos 17.10%, Proteína C Reactiva 31.84 mg/dl, LDH 263 U/L. TAC Mandibular: aumento de tamaño de la glándula submandibular derecha, que presenta un realce heterogéneo con áreas hipodensas en su interior que se encuentran bien delimitadas por paredes hiperrealzantes sugestivas de abceso submandibular 4x40x16 mm. Aumento de partes blandas de la vallecula epiglótica derecha que condiciona un desplazamiento de la vía aérea que se encuentra permeable. Extensas caries con destrucción de la corona de las piezas 46 y 47, que asocian radiolucencias periapicales. Alteración de la densidad del cuerpo mandibular derecho, sugestivo de osteomielitis. No signos de trombosis aguda. Se inicia tratamiento con Piperacilina/ Tazobactam 4 gr/ 0.5, ketorolaco 30 mg , urbasón 60 mg IV, se deriva a hospital de referencia e ingresa a Maxilofacial para tratamiento endovenoso, drenaje bajo anestesia local más extracción de piezas dentales 46 y 47, al alta va con Augmentine 875 mg/125 mg cada 8 horas por 5 días, dexketrofeno 25 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 3 días y si aumento de dolor metamizol 575 mg.

Orientación diagnóstica: Abceso submandibular derecho de probable origen odontógeno, con signos de osteomielitis del cuerpo

Diagnostico diferencial: Caries Complicada, Abceso Dental, Abceso Cervical

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de la higiene bucal y adecuada valoración al inicio del cuadro de la paciente, que si se hubiera realizado una exploración física exhaustiva nos hubiéramos percatado del mal estado de las piezas dentales y dirigir el tratamiento antibioticoterápico oportuno, para así evitar que el cuadro avance y la infección sea controlada a tiempo y no presentar complicaciones que podrían resultar fatales.

P. #2192

HEMATOMA GLÚTEO DE GRANDES DIMENSIONES EN PACIENTE ANTICOAGULADA

Carlos Alberto Domínguez Nuez, Antonio Fernández Hernández, Rafael Salvador Canuto, Ana De Jesús Izaguirre Lugo, Irene Palacios Aceña, Celia González Jiménez

Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73 años, IABVD y sin alergias conocidas, que acude al Servicio de Urgencias tras sufrir caída desde propia altura tras perder el equilibrio, golpeándose principalmente en zona de glúteo derecho y hombro derecho. Refiere aumento progresivo del volumen glúteo con el paso de las horas. No impotencia funcional.

Entre sus antecedentes personales destacan FA permanente anticoagulada con Edoxaban; insuficiencia mitral moderada-severa, insuficiencia aórtica leve e insuficiencia tricúspidea severa. FEVI conservada; enfermedad tromboembólica crónica, ca. de mama derecha IA luminal B intervenido y por el que recibió radioterapia adyuvante y bocio multinodular con normofunción tiroidea. Realiza tratamiento habitual con Aldactone 100 0.5/24h; Edoxaban 60 1/24h; Furosemida 40mg 1/12h; Omeprazol 20mg 1/24h y Daflon 500mg 1/12h.

A la exploración, presenta hematoma glúteo derecho de grandes dimensiones, tenso y doloroso a la palpación. Hombro derecho, sin deformidad, no tumefacto. No doloroso a la palpación de estructuras óseas. Movilidad conservada y no dolorosa en todos los rangos de movimiento. Función neurovascular distal conservada.

Se solicita radiografía de hombro derecho y analítica. La paciente permance en observación y estable hemodinámicamente. No se objetivan lesiones óseas en los estudios radiográficos. Hb de 13.1 g/dl como dato analítico a destacar.

Se contacta con traumatólogo de guardia que valora a la paciente, no siendo candidata a drenaje quirúrgico urgente. Se solicita TAC pélvico con contraste de forma urgente, objetivándose extenso hematoma en la región glútea derecha, en contacto con la musculatura glútea, pero superficial a la misma, con signos de sangrado activo dependiente de la arteria glútea derecha.

Se realiza hemograma de control, sin datos de anemización, manteniéndose los niveles de hemoglobina con respecto al previo.

Ante estos datos, se administra amchafibrin, Beriplex y ampolla de vitamina K.

Se contacta con Servicio de Radiología intervencionista de hospital de referencia, que revisa imágenes, refiriendo la posibilidad de embolización. Se realiza traslado urgente con UVI móvil al centro de referencia.

CONCLUSIONES

Los pacientes que reciben anticoagulantes tienen un riesgo significativo de hemorragias debido a la alteración de la coagulación sanguínea. La presencia de un hematoma en un paciente anticoagulado indica que hay una pérdida de control en la hemostasia, lo que puede llevar a un sangrado activo y complicado de manejar.

Es fundamental realizar una evaluación clínica completa para determinar la extensión del hematoma, la cantidad de sangrado activo y si existen otros signos de complicaciones (como signos de shock o disfunción orgánica).

Dependiendo de la severidad del sangrado activo, puede ser necesario ajustar o suspender temporalmente la anticoagulación para controlar el sangrado, y en algunos casos, puede ser necesario administrar agentes reversores del anticoagulante (por ejemplo, vitamina K, plasma fresco congelado, o factores específicos según el tipo de anticoagulante utilizado). En casos graves, una intervención quirúrgica podría ser necesaria para drenar el hematoma y detener el sangrado.

Es crucial realizar un monitoreo continuo de los parámetros clínicos (presión arterial, frecuencia cardiaca, hemoglobina, etc.), así como exámenes de imagen (como ecografía o TAC) para valorar la evolución del hematoma y la posible aparición de complicaciones como la infección o la expansión del sangrado.

P. #2206

EL PIRAGÜISMO NO SIEMPRE ES DIVERTIDO

María Bayón Carrascal, Teresa Andújar Martínez-Moratalla, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Glenda Elena Herbozo Alvarado
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 29 años, sin alergias conocidas ni antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal. Refiere presentar dolor en flanco derecho irradiado a región lumbar tras realizar el descenso del Sella en piragua durante el fin de semana. El paciente tiene sensación distérmica y ha vomitado en una ocasión en el día de hoy.
Se realiza exploración física, analítica de sangre y de orina. Además, se solicita como pruebas de imagen ecografía y TAC abdominal con resultado de hidronefrosis grado IV e importante hematoma subcapsular en riñón derecho.
El paciente es ingresado en Urología para control evolutivo. Deciden colocar catéter doble J derecho. Se observa salida de orina a ritmo desobstructivo. Realizan de nuevo analítica de sangre y tras empeoramiento de resultados (hemoglobina 8,2g/dl) se solicita nuevo TAC abdominal, en el que se observa un aumento considerativo del hematoma subcapsular, presentando síndrome de la unión pieloureteral.
Ante los hallazgos, se comenta con el servicio de Radiología Intervencionista para embolización.
Tras realizar embolización, el paciente presenta febrícula que no cede a pesar de antibioterapia (Cefotaxima+Tobramicina), por lo que se decide nefrectomía. Se transfunden 2 concentrados de hematíes. Se realiza nefrectomía simple derecha laparoscópica, sin incidencias. La evolución es favorable, por lo que es dado de alta. Se citará en consulta de Urología en 5 semanas.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
-Auscultación cardiaca: Rítmico, no se auscultan soplos.
-Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
-Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos; blando, depresible; dolor a la palpación en flanco derecho; Murphy dudoso; Blumberg negativo; no signos de irritación peritoneal; puño-percusión renal derecha positiva.
-Extremidades inferiores: No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-Analítica de sangre en Urgencias:
Hemograma: No leucocitosis; neutrófilos 84,6%; hemoglobina 14g/dl; hematocrito 41,6%.
Coagulación: INR 0,99; TTPA 38,4 sg.
Bioquímica: Creatinina 1,7mg/dl; iones en rango; PCR 23,4mg/l.
-Sistemático de orina: Hematuria intensa.
-Ecografía y TAC abdominal en Urgencias: Completa desestructuración del parénquima renal derecho que presenta hidronefrosis grado IV y un importante hematoma subcapsular. Se identifican al menos 2 pequeños focos milimétricos de extravasación de contraste sugestivos de sangrado activo en región más caudal de dicho hematoma. Parece existir una comunicación entre el hematoma subcapsular y la vía urinaria con cáliz superior. No neumoperitoneo.
-Analítica de sangre en Urología:
Hemograma: Leucocitos 5200/L; hemoglobina 8,2g/dl; plaquetas 240.000;
Bioquímica: Iones en rango; creatinina 1,05mg/dl.
-TAC abdominal en Urología: Significativo aumento de volumen del hematoma subcapsular derecho, de densidad heterogénea. No se objetivan focos de extravasación de contraste que sugieran sangrado activo; no obstante, debido al aumento de tamaño y al gran efecto masa que produce el hematoma, probablemente exista sangrado. Existe mayor compresión del parénquima renal derecho, que presenta una ureteronefrosis derecha grado IV (síndrome de la unión pieloureteral).

CONCLUSIONES

El síndrome de la unión pieloureteral (SUPU) es una condición en la cual hay una obstrucción en la unión entre la pelvis renal y el uréter, lo que impide el flujo adecuado de la orina desde el riñón hacia la vejiga. Esta obstrucción puede ser congénita o adquirida.
El tratamiento puede ser conservador con vigilancia periódica o en caso de presencia de obstrucción, asociación de clínica de infección y dolor abdominal se procederá a su solución mediante cirugía. La técnica mas utilizada es la "pieloplastia", consistente en la extirpación de la unión pielo-ureteral afecta y la anastomosis de la pelvis al uréter, dejando normalmente un catéter que se retirará en el postoperatorio.

P. #2221

CUIDADO CON LO QUE COMES

Inés Rodrigo Fernández De Heredia, Belén Tortajada Hernández, Juan Martín Pilares Barco
Hospital La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años con antecedentes de apendicectomía en la infancia y gastrectomía parcial con Billroth II por úlcera gástrica hace 5 años, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipogastrio de 3 días de evolución , irradiado a fosa iliaca derecha y asociado a vómitos desde hace 5 horas. Estreñimiento de 2 días de evolución con ventoseo. No clínica miccional. Afebril en todo momento.
A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra afebril y taquicárdico a unos 120l pm sin ruidos hidroaéreos y con dolor a la palpación de fosa iliaca derecha con defensa abdominal.
Radiografía de abdomen se evidencia gas distal, con edema de asas, sin datos de Obstrucción intestinal y analítica sanguínea sin alteraciones. Se deja al paciente en dieta absoluta y se pauta analgesia, antiemético y sueroterapia a la espera de resultados. Horas después el paciente avisa por importante dolor abdominal, se reexplora, paciente sudoroso, taquicárdico a 133lpm, taquipneico a 22rpm, hipotenso con 70/50mmHg y con abdomen muy doloroso a la palpación generalizada con signos de irritación peritoneal ("abdomen en tabla").
Dada inestabilidad y clínica se ajusta analgesia y sueroterapia y se contacta con Radiología de guardia para solicitar TC abdominopélvico urgente. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia (18.520), elevación de PCR (162.5 mg/L), lactato (5.6 mmol/L) y fracaso renal agudo AKIN I (creatinina 1.65 mg/dL y FG 39) por lo que se inicia tratamiento empírico sospechando foco abdominal con Piperacilina/Tazobactam ajustado a función renal 4g cada 8 horas. En el TC abdominopélvico se evidencia una perforación en el extremo ciego del asa aferente con presencia de una imagen lineal de alta atenuación compatible con cuerpo extraño (probable espina de pescado), además de una pequeña colección adyacente y signos inflamatorios retroperitoneales. Se reinterroga al paciente que no recuerda ingestión de espina.
Se realiza interconsulta a Cirugía General quienes dada edad del paciente y comorbilidades deciden manejo conservador aunque tras mejoría clínica y analítica se decide extracción de cuerpo extraño a través de gastroscopia por Digestivo, sin presencia del mismo por lo que el paciente finalmente es dado de alta.

CONCLUSIONES

La perforación intestinal por ingestión de cuerpos extraño es un motivo frecuente de consulta en el servicio de urgencias que pasa desapercibida en la inmensa mayoría de los casos, ya que los primeros síntomas suelen aparecer a los 7-10 días y el paciente suele no recordar la ingestión del cuerpo extraño.
La presencia de dolor abdominal, signos de inestabilidad hemodinámica y alteraciones analíticas deben hacernos sospechar una patología grave, incluso en ausencia de fiebre, pudiendo ser necesaria la realización de pruebas de imagen para llegar al diagnóstico correcto.
Es relativamente frecuente encontrar en el TC del abdomen y pelvis cuerpos extraños ingeridos accidentalmente. Una historia clínica bien dirigida es muy importante para orientar el diagnóstico, si bien en la mayoría de las situaciones será necesaria una prueba de imagen.
Es importante la cobertura antibiótica, más aún, cuando se generan abscesos
Finalmente, en la ingesta de espina de pescado es frecuente el manejo conservador mediante la extracción por endoscopia, dado que es la alternativa con menor riesgo de morbimortalidad. En el caso de abscesos y peritonitis, es necesario establecer un esquema de tratamiento con antibióticos y valorar cirugía.

P. #2237

LA RODILLA QUE ACABA OPERANDO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Ana Victoria Huertas Vílchez

Hospital Neurotraumatología Virgen de Las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Intervención quirúrgica hace un mes con prótesis total de rodilla derecha, comenta dos episodios de síncope con pródromos coincidiendo con dolor localizado en la pierna y astenia generalizada. Hoy presenta fiebre de 38.5°C.
Se valora herida de buen aspecto sin signos de infección local y se realiza analítica con hemocultivos.
En analítica presenta alteraciones compatibles con cuadro séptico, se valora catéter con perfusión de fentanilo y bupivacaína que mantiene postquirúrgico.
Se inicia antibioterapia con linezolid 600mg cada 24 horas, metronidazol 500mg cada 8 horas y ciprofloxacino 750mg cada 24 horas. Se realiza TAC de columna para descartar colección local debido al catéter epidural.
Descartado proceso infeccioso en relación prótesis total de rodilla, el resultado del TAC refleja cuadro de colecistitis aguda.
El paciente niega dolor abdominal espontáneo, no presenta náuseas ni vómitos
Destaca proteína C reactiva 388mg/L, procalcitonina 3.36, Leucocitos (recuento) 29.78x10x3/L (88% PMN)
En TAC con contraste de abdomen y pelvis presenta hallazgos compatibles con colecistitis aguda evolucionada por la existencia de necrosis mural y colección perivesicular en probable relación con perforación contenida. Fractura por compresión del cuerpo vertebral de L4 sin retropulsión significativa de sus fragmentos hacia el canal medular adyacente.
Se interconsulta con cirugía general quienes ingresan de manera urgente en unidad de cuidados críticos para realización de Colecistectomía.

CONCLUSIONES

Cuadro de colecistitis aguda gangrenosa y plastrón inflamatorio asociado con ligera inestabilidad hemodinámica por lo que se realiza intervención de urgencias realizándose colecistectomía abierta. Posterior a la intervención la paciente precisó de cuidados en unidad de reanimación siendo dada de alta a planta presentando buena evolución postquirúrgica.
Previo al alta domiciliaria, presenta estabilidad hemodinámica, buen estado general, consciente, orientada y colaboración. Afebril y buena tolerancia oral con tránsito intestinal adecuado. Diuresis conservada y heridas quirúrgicas de buen aspecto.

AT05
URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O. #499

INTOXICACIÓN POR HUMO. LA ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD INICIAL ES SUPERIOR CON LOS PARÁMETROS METABÓLICOS

Juan José Giménez Mediavilla, Mª Carmen Castillo Ruiz De Apodaca, Daniel González Rodríguez, Esteban Gacimartín Maroto

SAMUR Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En los incendios con largos tiempos de exposición al humo, los derivados de cianuro y el monóxido de carbono (CO) son los compuestos que originan la mayor letalidad.
Unos tóxicos que presentan unos mecanismos de acción diferentes. Por una parte, la unión del CO a la hemoglobina reduce el trasporte de oxígeno y por otra, la presencia de derivados del cianuro (HCN) bloquea le respiración celular originando un aumento de la lacto acidosis. Hoy es posible detectar esos compuestos en el ámbito extrahospitalario, e incluso administrar un tratamiento antidótico, que en el caso de los derivados del cianuro es la hidroxocobalamina.
Así evaluaremos en función de la administración de este fármaco, cual es el perfil de aquellos pacientes a los que se ha administrado, en contraposición a los que no lo necesitaron.

OBJETIVO

El objetivo general supone el conocimiento del perfil hemodinámico y metabólico de los pacientes atendidos por una intoxicación por humo por unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) en un Servicio de emergencias (SEM)
Es un objetivo concreto el conocer el diferente perfil de los pacientes que son tratados con un antídoto específico de uno de los compuestos más tóxicos en el Síndrome de Inhalación de humos (SIH)

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo a través de una base prospectiva. Cohorte de pacientes asistidos por un SIH, atendidos por un SEM en el año 2024. Se realizó un seguimiento de su evolución hospitalaria hasta los 7 días.
Se recogieron las variables epidemiológicas habituales (sexo, edad, tipo de incidente) y se consideraron como variables exposición las constantes hemodinámicas: Tensión arterial sistólica(TAS), SatO2, Frecuencia cardiaca(FC), Frecuencia respiratoria(FR), Glasgow, Carboxihemoglobina(CO) y Temperatura(Tra) y los parámetros metabólicos (Ph, Lactato, BE, CO3H, HB, HCTO, Glucemia, Cloro, K, Na, PCO2 y PO2). Se consideró como variable resultado la variable binaria administración de hidroxocobalamina.
Análisis estadístico: Las variables categóricas fueron analizadas con Chi cuadrado, utilizándose t de Student para las variables cuantitativas. SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

201 pacientes; 49 asistidos por unidades de SVA (la muestra del estudio). Fallecen 2 pacientes antes del traslado. Edad media:51,53 (DE:19,6).
Las medias de las constantes vitales iniciales fueron: Glasgow:13,9(DE:3,2), TAS:143.89(DE:21,2), Sat O2:96.02(DE:3,9), FC:96,9(DE:16,3), FR:18(DE:4,9), CO:10.89(DE:8,3), Tra:36,3(DE:0,5), EB:-1.63(DE:-1,6), CO3H:24,4(DE:4,7), lactato:3.99(DE:4,3), PCO2:45,7(DE:14,12), Ph:7.33(DE:0,14), K:3,8(DE:0,7), Na:141,9(DE:4,2).
6 de los pacientes graves (12%) fueron tratados con hidroxocobalamina, fundamentalmente en relación al valor del lactato. Utilizando la hidroxocobalamina como variable binaria de resultado, comprobamos que en relación a las variables exposición, hay diferencias significativas en los siguientes parámetros metabólicos: pH: Admin 7,11 vs 7.33 No admin, p<0,001, EB Admin -13,33 vs -1.63, p<0,0012, CO3H: Admin 15,6 vs 24,99 p<0,001, Glucemia: Admin 194,6 vs 136.11, p:0,002 y obviamente lactato: Admin 10,3 vs 3.99, p<0,001.
También hay diferencias en algunos parámetros hemodinámicos: Sat O2: Admin 89,4 vs 96.8, p<0,001, y FC: Admin 112 vs 95, p=0,022

CONCLUSIONES

El paciente que sufre un SIH tiene, en los inicios de la asistencia de emergencias extrahospitalaria, unas características hemodinámicas que podrían considerarse "paradójicas" a las metabólicas. Destaca su aparente estabilidad hemodinámica e incluso su nivel de conciencia, con las importantes alteraciones metabólicas (Importante acidosis con un inicial componente respiratorio que se transforma en metabólico en pocos minutos).
Al evaluar a los pacientes más graves, aquellos que fueron subsidiarios de la administración del antídoto hidroxocobalamina, estos presentan una franca acidosis metabólica, e incluso sin importantes alteraciones hemodinámicas, a juzgar por nuestros resultados.
Con la prudencia que debe caracterizar un estudio unicéntrico con este número de casos, parece claro que es preciso abordar los aspectos metabólicos en la escena como prioridad asistencial.

O. #630

PERFIL ACTUAL DEL PACIENTE INTOXICADO POR DROGAS ATENDIDO POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO URBANO

Victoria Cantó Blázquez[1], María Isabel Vázquez García[1], Cristina Dean Barahona[2], Beatriz Rodríguez Esplandiu[1], Antonia Urbano López[1], Lorena Pérez Martos[1]

1. Samur-PC, Madrid, España
2. Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, España

INTRODUCCIÓN

El informe del Plan Nacional sobre drogas (Ministerio de Sanidad, 2023) comunicaba una estabilización del consumo de drogas legales e ilegales. Aproximadamente el 10% de la población había consumido las ilegales en el año anterior y un número no desdeñable, sufren alguna patología debido al abuso de éstas.

OBJETIVO

Establecer un perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por intoxicación por drogas en el ámbito extrahospitalario (SEM). Analizar la relación del consumo con edad, género y VIH.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Cohorte de adultos asistidos por un SEM por intoxicación por drogas durante el 2024, mediante valoración de informes asistenciales de Unidades de Soporte Vital Avanzado.
Variables(V) epidemiológicas: Periodos semanales/día, valores hemodinámicos y metabólicos(VHM), Antecedentes psiquiátricos y situación de calle/albergue.
V independientes: Tipo de droga e infección por VIH.
V dependientes: edad, género y VIH+.
Análisis descriptivo: medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Chi cuadrado (V categóricas); T de Student (V cuantitativas). IC del 95%.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

902 pacientes. 80,3% hombres. Edad; 34,89(DE 11,58), en hombres 34,3(DE 11,75) y mujeres 35,03(DE11,54). 44.4% <31 años. VIH+ 10.7%, siendo mayores los infectados, 38,68(DE 12,23) vs 34,45(DE 11,42) p=0,001, sin diferencias en cuanto al género.
Horario nocturno 56,1% y fin de semana 50,7%, sin diferencias significativas con edad ni género.
Presentan AP Psiquiátricos el 24,5% y viven en situación de calle/albergue el 7,9%.
Media de VHM: Glasgow inicial <9(10%) y 14-15(65,6%), FC 94,57(DE24,94), FR 16,35(DE4,3), TAS 131,1(DE 22,27), pH 7,32(DE 0,12), EB -3,10(DE 9,2), pCO2 44,9(DE 13,79), lactato 4,06(DE 6,11), CHCO3 23,35(DE 4,76), glucemia 120,27(DE 44,54).
Drogas: Alcohol(32%), Cocaína(32,3%), GHB(17,7%), Heroína(6%), Tusi(4,4%), Cannabis(9,9%), Efedrona/mefedrona(3,8%), Ketamina(4,1%), Benzodiazepinas(BZD)(7,4%), Metadona(4,4%), MDMA(3,2%), Anfetamina/metanfetaminas(7,2%), otras drogas(4,7%) y desconocida(23,3%); mezclan ≥ 2 drogas(25,5%) y asocian alcohol(30,7%).
Encontramos diferencias significativas entre:
- edad y consumo(grupo Si vs grupo NO) de: En más jóvenes: Alcohol 33,6(DE 11,34) vs 35,5(DE 11,65)(p=0,022); GHB: 32,27(DE 8,79) vs 35,45(DE 12,02)(p<0,001); TUSI: 30,23(DE7,78) vs 35,11(DE 11,68)(p<0,001); Ketamina: 30,37(DE 7,34) vs 35,06(DE 11,7) (p<0,001); MDMA 28,34(DE 7,7) vs 35,11(DE 11,62)(p<0,001) y anfetaminas 32,37(DE 9,06) vs 35,08(DE 11,73)(p=0,026). En mayor edad: Cocaína 37,96(DE 11,1) vs 33,42(DE 11,52)(p<0,001), Heroína 42,69(DE13,24) vs 34,39(DE 11,29)(p<0,001) y Metadona 43,58(DE 11,67) vs 34,49(DE 11,24)(p<0,001).
- género(gr Hombres vs gr Mujeres) y consumo: Hombres: GHB 19,7% vs 9,6% (p=0,001), Efedrona/mefedrona 4,6% vs 0,6%(p=0,012) y traslado forzoso 3,3% vs 0,6%(p=0,045). Mujeres: Alcohol 29,9% vs 40,4%(p=0,007), TUSI:3,6% vs 7,9%(p=0,013), MDMA 2,6% vs 5,6%(p=0,042), Alcohol+drogas 28,8% vs 38,2%(p=0,015).
- VIH+(gr VIH Si vs gr VIH NO) y consumo: GHB 28,1% vs 16,5%(p=0,005), Efedrona/mefedrona 9,4% vs 3,1%(p=0,002), Metadona 8,3% vs 4%(p=0,05), Anfetaminas/metanfetaminas 16,7% vs 6,1%(p< 0,001) y policonsumo 36,5% vs 24,2% (p=0,009).

Han requerido traslado hospitalario el 71,7% siendo traslado forzoso el 2,8%.

CONCLUSIONES

El paciente intoxicado por drogas de nuestra muestra resulta ser un varón de unos 35 años, edad que varía en función de las drogas consumidas siendo las de diseño las preferidas en los más jóvenes frente a las clásicas en los de mayor edad.
Con respecto al género resulta llamativo la mayor asociación con alcohol de las mujeres frente a la toma de GHB y mefedrona en los hombres, patrón que se repite en los VIH+ junto a un mayor policonsumo.
Destaca también el consumo indiscriminado independientemente del periodo semanal u horario, la presencia de antecedentes psiquiátricos y la elevada tasa de traslado hospitalario requerida.

O. #642

INTOXICACIÓN POR LITIO, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS: PERFIL, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Carolina Sánchez Marcos, Emilio Salgado García, Miguel Ángel Galicia Paredes, José Alcaraz Quiles

Hospital Clinic, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El litio es estabilizador de ánimo para el trastorno bipolar. Es un fármaco con rango terapéutico estrecho con efectos adversos que pueden provocar consecuencias graves.

OBJETIVO

Es esencial la detección de la intoxicación y su manejo adecuado.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional retrospectivo entre los años 2012-2022 identificando las litemias por encima de 1.5 en un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se detectaron un total de 62 pacientes con litemia > 1.5, 38 mujeres (61.3%), con una edad media de 59 (DE 17) años.
Como antecedentes personales, tenían hipertensión 23 pacientes (38,7%), diabetes mellitus 12 (19.4%), insuficiencia renal crónica (3a,b,4) 3 (4.8%), hipotiroidismo 18 (29%), cardiovascular 2 (3.2%), neurológicos 10 (16.1) y psiquiátricos 100%
La media de niveles de litio fueron de 2.34(DE0,75) y creatinina 1.37(DE 0.92).
Solo 6 (9.7%) pacientes tuvieron un episodio previo de intoxicación por litio.
Los tipos de intoxicación se distribuyen en aguda 15(24.2%), aguda sobre crónica 25(40.3%) y crónica 22(35.5%).
Se identifican los siguientes grupos causales: accidental 4(6.5%), suicida 17(27.4%), iatrogénico 19(30.6%) y otras causas 22(35,4%)
Cambios recientes en dosis de litio en 11 pacientes (17.7%)
El 50%(31) de los pacientes tenían datos de hipovolemia
En cuanto a la sintomatología encontrada, 50 pacientes(80.6%) tuvieron sintomatología de cualquier tipo. Respecto a la sintomatología gastrointestinal, lo más frecuente fueron nauseas 15(24.2%) y vómitos 13(21%).En relación con síntomas neurológicos, se detectaron lentitud 36(58.1%), ataxia 19(30.6%), confusión 19(30.6%), temblor 37(59.7%), rigidez 26(41.9%), mioclonías 9(14.5%), deterioro del nivel de conciencia 9(14.5%), hipertonía 15 (24,2%), crisis 3(4.8%) y coma 1(1.6%).
La alteración ECG más frecuente QT alargado 10(16.1%) pacientes
La clasificación de la severidad de la intoxicación según el Poisoning Severity Score (PSS) fue de PSS0 en 10(16.1%), PSS1 en 33 (53.2%), PSS2 14(22.6%), PSS3 (6.5%) y PSS4 1 (1.6%).
En cuanto a la actitud terapéutica al 100% se hizo diuresis forzada y como terapia de sustitución renal, diálisis 4 (6.5%) y hemofiltración continua 1 (1.6%)
Requirieron ingreso 42 pacientes, de los cuales 20(32,3%) ingresaron en interna, 11(17.,1%) en UCI, y 11(17.1%) en psiquiatría. Pudieron darse de alta desde urgencias 20 pacientes. La media de días de ingreso fue 9.7 (DE 16.51), y días de estancia en uci 6 (DE 5.3). Exitus 2(3.2%) pacientes.
De los que ingresaron en UCI, el tipo de intoxicación más frecuente fue aguda sobre crónica en 7(63%), causa iatrogénica 3(27%) y la suicida 2(18%) casos.
A destacar, el alargamiento del QT se vio en 5(45%) pacientes, y el tener el QT alargado tiene una asociación significativa para ingresar en UCI (p=0,011), por contra no se asocia con más riesgo de exitus (p=0,299).
Los pacientes pluripatológicos, definidos como pacientes con 3 o más antecedentes, no se asocia a mayor riesgo de ingreso en UCI (p =0,348).
Analizando el grupo de pacientes que cursan ingreso hospitalario convencional, los pacientes pluripatológicos se asocian significativamente con ingresar (p=0,034) y con mayor mortalidad (p=0,019).
El haber tenido una intoxicación previa se encuentra cerca de la significación estadística (p=0,075), probablemente si aumenta la N sería un factor a tener en cuenta como predictor de riesgo de ingreso.
Los pacientes que tienen un estatus de hipovolemia se asocian a más riesgo de ingreso (p=0,030)
Parece que los que se dializan van mejor, ya que no tienen más asociación con mortalidad, y de los dializados, ninguno falleció.

CONCLUSIONES

En conclusión, los pacientes pluripatológicos no se asocian a mayor riesgo en UCI, pero sí de ingreso hospitalario, y son pacientes que se asocian a mayor mortalidad. Es importante hacer evaluación electrocardiográfica ya que puede ser un marcador de gravedad.
El uso de la terapia de sustitución renal cuando está indicada es beneficioso para reducir la morbilidad de los pacientes.

O. #665

EFICACIA DEL FOMEPIZOL EN REACCIONES GRAVES DISULFIRAM-ETANOL E HIPÓTESIS DE MODIFICACIÓN DE LA FARMACOCINÉTICA DEL ALCOHOL ETÍLICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Marc Lleixà Rioboo, Carlos García Gutiérrez, Enric Reverter Segura, Emilio Salgado García

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Se describe el caso de una mujer de 58 años con antecedentes de trastorno por uso de alcohol en patrón "binge-drinking" que había realizado múltiples intentos de deshabituación y se encontraba en abstinencia bajo tratamiento con disulfiram 250mg/día vía oral (vo).

En octubre de 2024, fue encontrada en su domicilio por servicios de emergencias médicas en estado de coma, hipotensión severa (75/50mmHg) y bradicardia (42lpm). Junto a ella, se hallaron botellas vacías de whisky y vodka, además de blísteres vacíos de quetiapina, clonazepam y disulfiram, con una ingesta total estimada de 900mg de clonazepam, 1 ampolla de quetiapina y 3750mg de disulfiram.

En la atención inicial, se administraron 300mL de suero fisiológico, 0,5mg de atropina intravenosa y 0,5mg de flumazenilo sin respuesta clínica por lo que se propuso intubación orotraqueal para proteger la vía aérea. A pesar de una mejoría parcial de la presión arterial, persistió hipotensión refractaria a fluidoterapia y vasoplejía severa. Se trasladó al hospital, donde requirió soporte vasoactivo con noradrenalina (dosis máxima: 0,25µg/kg/min).

Los análisis iniciales mostraron una etanolemia de 7,81g/L y niveles plasmáticos de quetiapina de 2243ng/mL, sin evidencia de insuficiencia orgánica. El análisis de tóxicos en orina fue negativo. Se diagnosticó una reacción disulfiram-etanol grave asociada a intoxicación por hipnosedantes.

El tratamiento incluyó soporte vasoactivo y la administración de fomepizol en dos dosis: inicial de 900 mg (15 mg/kg) y una segunda de 600 mg (10 mg/kg) a las 12 horas. Se observó una reducción progresiva de la etanolemia, con mejoría hemodinámica y neurológica. Esto permitió el descenso progresivo del soporte vasoactivo hasta su suspensión y proceder a la extubación a los tres días, siendo dada de alta al cuarto día después del evento.

En 2018, la misma paciente presentó un evento similar tras la ingesta de una dosis cuantiosa de alcohol y disulfiram con etanolemia máxima de 6,74 g/L. Se diagnosticó una reacción disulfiram-etanol también grave con shock distributivo refractario que se trató con una única dosis de fomepizol (900 mg), logrando una recuperación satisfactoria.

CONCLUSIONES

El disulfiram, aprobado por la FDA en 1951, es un fármaco utilizado para el tratamiento de la dependencia al alcohol (EtOH). Este compuesto interfiere en el metabolismo del EtOH, inhibiendo de manera irreversible la enzima acetaldehído-deshidrogenasa causando acumulación de acetaldehído tras el consumo de alcohol, lo que genera síntomas desagradables como rubicundez, náuseas, hipotensión, shock distributivo e incluso muerte, en lo que se ha denominado "reacción disulfiram-etanol".

Además, se ha descrito que el disulfiram inhibe la enzima dopamina -hidroxilasa, afectando la síntesis de noradrenalina endógena y contribuyendo al desarrollo de shock en casos graves.

El 4-metilpirazolona o fomepizol, es una molécula desarrollada a finales de los 60 capaz de inhibir competitivamente la enzima Alcohol Deshidrogenasa y que inicialmente fue ideada como antídoto para intoxicaciones por etilenglicol y metanol, al ser capaz de impedir la conversión de EtOH en acetaldehído y por ende su acumulación, por lo que podría ser de utilidad en las reacciones disulfiram-etanol graves, es decir, en aquellos pacientes con hipotensión refractaria a fluidoterapia o angioedema no respondedor a anti-histamínicos.

A pesar de que el alcohol sigue una cinética de eliminación lineal, es decir de orden 0, en ambos episodios recogidos pudimos objetivar como presuntamente aumentaba la eliminación del tóxico tras cada dosis de fomepizol.

Este fenómeno podría explicarse por la activación de vías metabólicas alternativas, como las vías no oxidativas que generan etilglucurónido y etilsulfato, o la esterificación con ácidos grasos, generando ésteres etílicos.

Adicionalmente, estas vías metabólicas alternativas podrían encontrarse sobreexpresadas en pacientes con consumo crónico de alcohol por lo que el uso de fomepizol se postularía como especialmente beneficioso en estos casos.

O. #947

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO DE LA PAUTA ESTANDAR VS LA PAUTA SNAP EN INTOXICACIONES MASIVAS POR PARACETAMOL

Mònica Alemany Pagès[1], August Supervía Caparrós[1], Francisca Córdoba Ruiz[2]

1. Hospital del Mar, Barcelona, España
2. Hospital Moisés Broggi, Sant Joan D'Espí, España

INTRODUCCIÓN

Para el tratamiento de la intoxicación por paracetamol se usa la pauta estándar de N-Acetilcisteína (NAC) desde 1979, independientemente del peso y la cantidad ingerida de paracetamol. A partir de los años 2015 y 2016 una nueva pauta llamada SNAP (Scottish & Newcastle Acetylcysteine Protocol) se incorporó en varios hospitales del Reino Unido. Esta tiene una eficacia similar al tratamiento estándar para prevenir el daño hepático y produce menos reacciones adversas. Además, supone una estancia
hospitalaria más corta en aquellos pacientes que pueden ser dados de alta después de la segunda infusión y también asegura una dosis total de NAC más alta en aquellos pacientes que requieren una tercera infusión.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados del uso de las dos pautas de NAC (estándar y SNAP) en las intoxicaciones masivas por paracetamol.

MÉTODO

Análisis de las intoxicaciones masivas por paracetamol que fueron atendidas en seis servicios de urgencias hospitalarios desde 2021 a 2023. Se definieron intoxicaciones masivas aquellas con ingestas ≥ 30gr, ≥ 500 mg/kg o con concentración de paracetamol ≥ 250 mcg/mL a las 4h de la ingesta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio se recogieron 165 casos de intoxicación
por paracetamol, de los cuales 34 casos (20,6%) fueron intoxicaciones masivas. Se utilizó la pauta estándar en 16 pacientes (10 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 40 años) y la pauta SNAP en 18 pacientes (13 mujeres y 5 hombres, con una edad media de 23 años). En ambos grupos el peso fue similar (68 Kg vs 64 Kg). La existencia de factores de riesgo fue superior en los pacientes tratados con la pauta SNAP (6% vs 11%: p = ns). En ambos grupos la principal causa de intoxicación fue la suicida (100% vs 94,4%: p = ns). El nivel de paracetamol a las 4h de la ingesta se
pudo registrar en 15 casos (7 de la pauta tradicional y 8 del grupo SNAP), siendo similar en los dos grupos (182 mcg/mL vs 196 mcg/mL; p = ns). El nivel de paracetamol a las 12h se registró en 18 casos (7 y 11 espectivamente) y también fue similar en los dos grupos (61 mcg/mL vs 55,5 mcg/mL; p = ns). Los niveles de ALT iniciales y pico no mostraron diferencias entre grupos. El lactato inicial fue superior en el grupo que utilizó la pauta SNAP (12 mmol/L vs 3,6 mmol/L; p = 0,045) pero el pico de lactato no mostró diferencias (33 mmol/L vs 12,5 mmol/L; p = ns). Los pacientes tratados con la pauta estándar recibieron descontaminación digestiva con carbón activado en menor porcentaje (25% vs 56%), aunque sin alcanzar significación estadística (p = ns). La necesidad de continuar el tratamiento
con una bolsa adicional de NAC, fue superior en los pacientes que recibieron pauta estándar (50% vs 7,7% p = 0,033). Seis pacientes de la pauta tradicional (37,5%), precisaron ingreso en UCI, ninguno en la pauta SNAP. No se produjo ningún fallecimiento. No se encontraron diferencias en la frecuencia de efectos secundarios ni en los errores de administración. Tampoco se produjeron diferencias en las horas de permanencia en urgencias (23,5 h vs 19,6 h; p = ns), pero los pacientes que recibieron
la pauta estándar y que precisaron ingreso tuvieron una estancia media superior (5,2 días vs 1,4 días; p = 0,001).

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por paracetamol masivas representan una quinta parte del total de intoxicaciones por paracetamol. Los pacientes que reciben pauta SNAP requieren la administración de una bolsa adicional en menor porcentaje, y aquellos que requieren ingreso tienen una menor estancia media.

O. #1197

PRESENTACIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE INTOXICACIONES AGUDAS EPITOX

August Supervía Caparrós[1], Francisca Córdoba Ruíz[2], Ana Ferrer Dufol[3], Agustín Urdangarín[4], Grupo De Trabajo Epitox[4]

1. Hospital del Mar, Barcelona, España
2. Hospital Moises Broggi, Sant Joan D'Espí, Barcelona, España
3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España
4. FETOC, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones agudas son un frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios. El registro de las características de estas intoxicaciones es fundamental para conocer la epidemiología de las mismas. En España existen diversos registros realizados por distintos centros hospitalarios o por diferentes grupos de trabajo, con diferentes criterios de recogida, o que dificulta la comparación entre los mismos. Por ello, la Fundación Española de Toxicología Clínica ha implementado un cuestionario online, denominado EPITOX, con el objetivo de homogeneizar la recogida de las características de las intoxicaciones. Se presentan los resultados preliminares de los registros de 2024.

OBJETIVO

Describir la epidemiologia de las intoxicaciones registradas en el registro EPITOX en el año 2024.

MÉTODO

Tras la implementación del cuestionario se contactó con los centros adscritos al sistema de toxicovigilancia, aceptando participar en el registro 23 centros hospitalarios. El cuestionario EPITOX es un método de registro online, usando el formato Jotform. Se recogen datos de filiación, tipo de intoxicación, tipo de tóxico, características del episodio (intencionalidad, forma de llegada al hospital, lugar de la intoxicación), datos clínicos, analíticos y de tratamiento, así como el destino al alta de urgencias. Los datos son registrados online de forma anonimizada por el investigador principal de cada centro participante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante 2024 se registraron un total de 5444 intoxicaciones. La edad media fue de 39,01 (18,02) años, con un 55,6% de varones y un 65,2% de pacientes de procedencia española. Solo se registró un 2,7% de intoxicaciones en turistas. La distribución de las intoxicaciones fue homogénea, si bien se produjeron un mayor número en los meses de febrero y marzo, así como durante los fines de semana. El 57,3% acudió en ambulancia, el 33,9 se produjeron en una vía o lugar público, el 44,4% en el domicilio del paciente intoxicado y el 48,1% de las intoxicaciones fueron recreativas. A destacar que un 27,8% tuvieron una intencionalidad suicida. En la mayoría de casos (56,5%) solo se documentó la presencia de un tóxico. El alcohol fue el tóxico más frecuentemente implicado, estando presente el 46,3% de casos, seguido de los fármacos (37,9%), las drogas de abuso ilegales (28,5%) y los productos químicos y gases (12%). Se realizó descontaminación digestiva con carbón activo a un 11,6% de casos y lavado gástrico al 1,5% de pacientes, y se administraron antídotos al 15,1% de casos. Finalmente, el 81% pudieron ser dados de alta directamente desde el servicio de urgencias, un 3,7% ingresaron en UCI, un 2,5% en Psiquiatría (un 7% adicional requirió traslado a un centro psiquiátrico para valoración) y un 3,2% en una unidad de hospitalización convencional. La mortalidad fue del 0,5%.

CONCLUSIONES

En 2024 se comunicaron más de 5400 intoxicaciones. El perfil del intoxicado atendido en los servicios de urgencias españoles es del de un varón joven, español, que se intoxica sobre todo en fin de semana, y que puede hacerlo tanto en un lugar público como en un domicilio particular. El tóxico más prevalente es el alcohol, seguido de los fármacos y las drogas de abuso ilegales. La mayoría de las intoxicaciones son leves, pero hasta un 6,9% precisan ingreso, ya sea en una unidad convencional o en UCI.

O. #1291

EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE NEUROTOXICIDAD TRAS LA INTOXICACIÓN POR LITIO: ESTUDIO SILITOX

Álvaro Pineda Torcuato[1], Antonio F Caballero Bermejo[1][2], Francisca Córdoba Ruiz[3], August Supervi Caparrós[4], Jordi Puiguriguer Ferrando[5], Belén Ruiz Antoran[1][2]

1. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España
2. Universidad Antonio de Nebrija, Madrid, España
3. Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi, Barcelona, España
4. Hospital del Mar de Barcelona. Consorci Parc de Salut Mar, Barcelona, España
5. Hospital Universitari Son Espases, Palma, España

INTRODUCCIÓN

Los objetivos del tratamiento de la intoxicación por litio se centran en prevenir la muerte y evitar el síndrome de neurotoxicidad irreversible por litio (SILENT). La terapia de reemplazo renal (TRR) es el tratamiento de elección para la intoxicación grave por litio, de acuerdo con las recomendaciones del grupo de trabajo EXTRIP.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de SILENT e identificar los factores asociados con su desarrollo tras un episodio de intoxicación por litio. Además, evaluar la adherencia a las recomendaciones actuales (criterios EXTRIP) para el manejo de la intoxicación por litio y analizar la efectividad de la TRR en relación con dicha adherencia.

MÉTODO

Estudio de cohorte multicéntrico internacional que incluyó 26 hospitales en España, Irlanda y Suiza. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 17 años diagnosticados con intoxicación por litio y tratados en los centros participantes entre 2012 y 2022.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 644 pacientes en el estudio. La mediana de edad fue de 61 años (RIC 51-70). Del total de participantes, el 63% eran mujeres. El 48,45 de los pacientes presentaba una intoxicación crónica, el 21,1% presentó intoxicación aguda y el 30,4% intoxicación aguda sobre crónica. Treinta pacientes (5,0%) fallecieron.

Un total del 7,6% (49/644) presentó síntomas sugerentes de SILENT dos meses después de la intoxicación por litio. El análisis multivariado identificó la presencia de ataxia, el tipo de intoxicación, la gravedad de la intoxicación según el Poisoning Severity Score (PSS) y el deterioro de la función renal (pico de creatinina y urea en el momento de la intoxicación) como factores predictivos para el desarrollo de SILENT.

134 pacientes (20,8%) recibieron tratamiento con TRR. El grado de adhesión a las recomendaciones vigentes (criterios EXTRIP) fue del 77,3%. Un total de 181 pacientes cumplían criterios EXTRIP para la recomendación de TRR, de estos solo 67 (37,0%) fueron sometidos a dicho tratamiento. En esta cohorte, los niveles séricos de litio al ingreso fueron significativamente más altos en el grupo de pacientes que recibieron tratamiento según las recomendaciones de EXTRIP en comparación con aquellos que no siguieron las recomendaciones (3,4 vs. 2,0; p<0,001). También se observaron diferencias significativas en el pico de concentración de litio ((Li+)) (3,7 vs. 2,2; p<0,001), la creatinina (1,9 vs. 1,4; p=0,003) y el pico de creatinina (2,2 vs. 1,5; p<0,001).

En 164 pacientes, EXTRIP sugirió el uso de TRR, de los cuales 37 (22,6%) fueron sometidos a este tratamiento. En 299 pacientes no estaba indicada la TRR, de ellos, 30 (10,0%) fueron tratados con TRR. En esta cohorte, los pacientes que fueron dializados a pesar de no cumplir con los criterios de TRR según la guía tenían niveles de litemia al ingreso (2,6 vs. 1,9; p<0,001) y pico de (Li+) (3,2 vs. 2,0; p<0,001) significativamente más altos que los pacientes no tratados de acuerdo con las recomendaciones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de mortalidad ni en el desarrollo de SILENT en relación con el cumplimiento o incumplimiento de los criterios EXTRIP.

CONCLUSIONES

La identificación de factores asociados con un mayor riesgo de desarrollar SILENT puede facilitar el reconocimiento temprano de pacientes candidatos a un seguimiento específico. La decisión de utilizar TRR basada en recomendaciones establecidas no se asocia con un peor pronóstico. De hecho, el uso de criterios de concentración de litio puede resultar innecesariamente intervencionista, ya que con frecuencia se logran buenos resultados con un manejo conservador.

P. #49

DESAPARICIÓN DEL LAVADO GÁSTRICO COMO INDICACIÓN SISTEMÁTICA EN EL MANEJO DE LA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA POR INTENTO DE SUICIDIO EN EXTRAHOSPITALARIA

Rubén Peña García[1], Beatriz Carceller Arjona[1], Pedro Traver Fabregat[1], María Ángeles Lluch Giménez[2], Carme Gimeno Donat[1], Esther Vicente Rodríguez[1]

1. SES Castellón, Castellón, España
2. GVA, Castellón, España

INTRODUCCIÓN

Los suicidios son un grave problema de salud a nivel mundial. Ocupando el primer puesto de las muertes no naturales. Concretamente, en España, en el año 2021 se superaron por primera vez las 4000 muertes por suicidio, con una media de 11 personas al día, y convirtiéndose en el año con más suicidios registrados en España desde que se tienen datos (1906). Además, se sigue situando como la principal causa de muerte externa según el INE.

Según la estimación de la OMS, por cada suicidio consumado existen 20 intentos autolíticos, siendo un marcador de alto riesgo muy importante a tener en cuenta. Esto supone que en España podrían ocurrir alrededor de 80.000 intentos autolíticos al año.

La intoxicación medicamentosa es el método más utilizado en las tentativas suicidas, ya sea por la mayor accesibilidad a los fármacos o por la gran cantidad de información que se encuentra en internet.

En España se dan unos 120.000 casos al año de intoxicaciones medicamentosas, llegando a ser una de las causas más comunes para acudir a este servicio, donde aproximadamente el 80% suelen ser de carácter leve o moderado y reciben el alta a las horas. Mientras que el 20 % restante son graves, llegando a fallecer el paciente por efectos directos del fármaco o complicaciones posteriores de la intoxicación.24

Con frecuencia, el servicio de emergencias extrahospitalario atiende este tipo de sucesos, convirtiéndose en el primer eslabón que actúa frente a conductas suicidas. Es importante que los profesionales de emergencias adquieran ciertas habilidades y la formación necesaria para poder actuar con eficacia.

OBJETIVO

Sintetizar la mejor evidencia científica disponible sobre el lavado gástrico como medida sistemática en intoxicaciones medicamentosas por intento de suicidio en el ámbito extrahospitalario.

Describir las contraindicaciones, complicaciones y principales errores del lavado gástrico.

MÉTODO

Se ha elaborado una búsqueda de la bibliografía existente en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo y Cochrane en los últimos 5 años. Mediante los descriptores: gastric lavage, intoxication, suicide attempt.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La discusión sobre la intoxicación por sustancias y su manejo es importante, ya que se trata de una emergencia médica que puede llevar a la muerte si no se trata adecuadamente.

El lavado gástrico es un procedimiento clásico en los servicios de urgencias, pero no esta exento de polémica. En la actualidad sigue siendo una medida controvertida, fundamentalmente en la valoración del riesgo-beneficio y con toda seguridad no esta justificado en todas las intoxicaciones.

Múltiples publicaciones sugieren que con mucha frecuencia, esta técnica se realiza innecesariamente y se efectúa de forma inadecuada. Muchas veces se producen lesiones esofágicas, perforaciones, broncoaspiraciones, "lavado por castigo",…

El carbón activado es el procedimiento elegido para el tratamiento de las intoxicaciones agudas por vía digestiva. Está considerado como la mejor técnica de descontaminación digestiva por su capacidad de adsorber elevadas cantidades de fármacos y sustancias tóxicas de manera eficaz, dejando el lavado para casos de tóxicos que no son absorbidos por el carbón activado: litio, hierro, ocasional, caústicos, metano,…

CONCLUSIONES

El servicio de emergencias extrahospitalarias cumple un papel fundamental como primer contacto con los pacientes que presentan conducta suicida. Debemos comenzar a desechar la idea de realizar lavado gástrico sistemáticamente a todos estos casos. Sólo en un plazo no mayor de 60 min tras la ingestión del tóxico y, puesto que es una técnica no exenta de riesgos, no debe realizarse de forma rutinaria, sino que se reservará única y exclusivamente para aquellas intoxicaciones que sean graves y puedan poner potencialmente en peligro la vida del paciente.

En definitiva, el lavado gástrico se indicará en situaciones excepcionales, existiendo otras técnicas, como el carbón activado, que son igual o más eficaces que el lavado gástrico.

P. #73

DE LA ESPOROTRICOSIS A LA NOCARDIOSIS: UN CASO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UN JARDINERO

Paula Romero Gallardo, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Aurora Navarro Regi, Enmanuel Chirino García, Juan Muñoz-Mingarro Molina, Sara Pérez Cruz

Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 55 años, con HTA, DM, DL, que acude a Urgencias debido a la aparición de una úlcera cutánea en el brazo derecho de una semana de evolución, acompañada de fiebre de 38°C, malestar general y dolor localizado en el mismo brazo. El paciente, jardinero de profesión, refiere que podría haberse pinchado con una espina de Rosa mientras realizaba su trabajo, lo que probablemente habría originado la lesión. Durante la evaluación, se observa una úlcera profunda con bordes irregulares, eritema y calor local en el área afectada. No presenta signos de insuficiencia respiratoria ni alteraciones en los signos vitales. Exploración física: Úlcera cutánea con bordes elevados y escasos signos de exudado. No se observan signos de linfadenopatías ni otras infecciones asociadas. El paciente mantiene saturación de oxígeno al 98%. Analítica sanguínea: Elevación de PCR y reactantes de fase aguda, con leucocitosis, sin alteraciones significativas en el hemograma. Sospecha inicial: Dada la historia clínica y la localización de la lesión, se sospecha de esporotricosis cutánea, debido a la exposición del paciente a material vegetal (espinas de rosa) y la presentación clínica compatible con una infección fúngica. Se decidió comenzar tratamiento para ello con Meropenem iv. Se realizó una ITC a dermatología quienes realizaron una biopsia cutánea donde finalmente diagnosticaron de una infección por Nocardiosis Cutánea.

La nocardiosis y la esporotricosis pueden presentarse con síntomas clínicos similares, lo que hace que su diagnóstico diferencial sea a veces confuso, especialmente en pacientes con antecedentes de exposición a material vegetal. Finalmente realizamos el diagnóstico definitivo de Nocardiosis: La nocardiosis cutánea es una infección bacteriana rara que se produce por la bacteria Nocardia, una especie grampositiva filamentosa con filamentos ramificados, que puede originarse a partir de un traumatismo o exposición a tierra o material vegetal. El diagnóstico de nocardiosis cutánea se realiza a través de la biopsia de la úlcera y el cultivo microbiológico. En este caso, tras la biopsia, se obtuvo el aislamiento de Nocardia y se descartó la esporotricosis.

Dado que el diagnóstico inicial era incierto, se administró un tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro intravenosos, como meropenem para cubrir posibles infecciones bacterianas graves. Una vez tuvimos el diagnóstico certero se puso tratamiento específico para Nocardiosis trimetoprim-sulfametoxazol. Se mantuvo en observación para valorar la respuesta al tratamiento, observándose una mejoría clínica progresiva en las siguientes semanas.

CONCLUSIONES

Este caso pone en evidencia la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado cuando se presenta una úlcera cutánea con historia de exposición a material vegetal. Aunque la sospecha inicial de esporotricosis fue razonable, el diagnóstico definitivo de nocardiosis fue fundamental para ajustar el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente.

P. #128

CUANDO LA FAMILIA MIENTE Y EL PACIENTE CALLA, LOS PROTOCOLOS HABLAN

Sara María Parrondo Rebollo, Estefanía Córdoba Canella, Jonatan Estrada Carmona, Elena López De Las Heras, Cristina Outon González, Pablo Matías Soler

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 26 años que acude al servicio de urgencias por somnolencia. Le han encontrado de madrugada en el portal de su casa. Según refiere su hermana, no tiene antecedentes médicos relevantes ni ha consumido nunca alcohol ni otros tóxicos. En la primera valoración, se encontraba hipotenso con tensión arterial de 85/50 mmHg, bradicárdico con 48 pulsaciones por minuto y con temperatura axilar de 32°C. Mostraba piel fría y pálida, con temblor evidente y respuesta vigorosa a estímulos verbales sin otra focalidad neurológica. La auscultación cardiopulmonar no mostró hallazgos patológicos iniciales, y el abdomen estaba blando, sin dolor ni masas.

Se realizó gasometría venosa, que reveló pH de 7.00, sodio de 123 mol/L, bicarbonato de 10 mmol/L y glucosa de 12 mg/dL, todo ello compatible con acidosis metabólica severa. Tras corregir la hipoglucemia con dos ampollas de glucosa al 50%, infusión de suero salino caliente y bicarbonato intravenoso, el paciente mejoró el nivel de consciencia y admitió haber consumido varias cervezas, vodka y ron blanco.

En la analítica sanguínea destacaron Alanina aminotrasferasa de 1200 U/L, Aspartato aminotrasferasa de 2335 U/L, Lactato deshidrogenasa de 4150 U/L, Creatina cinasa de 1649 U/L e hiponatremia de 126 mEq/L. Se interpretó como afectación hepática debida a una combinación de la toxicidad por alcohol, la rabdomiólisis por hipotermia y cierto componente de bajo gasto.

Durante su estancia en urgencias el paciente hizo pico febril de 38°C, a pesar de llevar varias horas ya sin manta térmica ni sueroterapia caliente. Se realizó ecografía a pie de cama evidenciando un patrón C y líneas B en la base del pulmón izquierdo, sugerente de consolidación secundaria a broncoaspiración.

Se instauró un tratamiento multidisciplinario. Esto incluyó hidratación intensiva para prevenir insuficiencia renal, corrección progresiva de hiponatremia, y antibioterapia empírica con amoxicilina y ácido clavulánico para la infección pulmonar. Además, se monitorizó estrictamente la función hepática y metabólica, dada la afectación severa inicial.

El paciente mostró una evolución favorable, con normalización de la glucemia y mejora progresiva de la acidosis metabólica por lo que se cursó ingreso en medicina interna. Se logró un descenso gradual de transaminasas y creatina cinasa. La fiebre remitió tras 48 horas de tratamiento antibiótico, y fue dado de alta con recomendaciones para seguimiento metabólico y apoyo social.

CONCLUSIONES

El manejo de pacientes con bajo nivel de consciencia en el servicio de urgencias representa un desafío diagnóstico y terapéutico que exige un abordaje estructurado, basado en protocolos clínicos claros. Este enfoque resulta esencial para identificar y tratar oportunamente las causas subyacentes, evitando omitir diagnósticos clave debido a información subjetiva o prejuicios diagnósticos. En este caso, la corrección de alteraciones metabólicas, la identificación temprana de una posible infección y la intervención multidisciplinaria fueron determinantes para lograr una evolución favorable del paciente. Particularmente, en el contexto de hipoglucemias severas, es importante considerar la administración de soluciones intravenosas como glucosa al 50% en lugar de glucagón. La glucosa al 50% permite una corrección rápida y efectiva de la hipoglucemia, especialmente en pacientes con reservas hepáticas de glucógeno disminuidas, como ocurre en intoxicaciones alcohólicas o en estados prolongados de ayuno. Por el contrario, el glucagón es menos efectivo en estas situaciones debido a la incapacidad del hígado para liberar glucosa en ausencia de glucógeno almacenado. Este caso subraya, además, la importancia de mantener una alta sospecha clínica de intoxicación alcohólica ante hallazgos compatibles, incluso cuando los antecedentes no lo sugieran, lo que resalta la necesidad de una valoración integral y sin sesgos.

P. #223

INGESTA DE PILOS DE BOTÓN EN PEDIATRÍA. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO Y MANEJO EN URGENCIAS

Silvia Tobía Díez, Silvia Cuadra Eguiluz, María Ángeles Alcoya Carricas, Elena jliac Espinosa, Laura Cordon Tejada, Elena Antón Pérez

San Pedro, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

La ingesta de pilas de botón en niños es una emergencia médica grave en aumento, especialmente en menores de 5 años, con una edad promedio de 3 años. Las pilas de litio de 20 mm pueden causar lesiones severas en menos de dos horas, incluyendo necrosis tisular, perforación esofágica y fístulas. El diagnóstico temprano mediante radiografía y la extracción urgente son fundamentales para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

OBJETIVO

Analizar la incidencia, los mecanismos de lesión y el impacto clínico de la ingesta de pilas de botón en niños en España, resaltando la importancia del diagnóstico radiológico y la intervención temprana para reducir complicaciones graves.
Objetivos específicos:
- Identificar la frecuencia y los grupos de mayor riesgo según edad y tipo de pila ingerida.
- Describir los mecanismos de lesión y su relación con el tiempo de retención esofágica.
- Evaluar los hallazgos radiográficos clave para el diagnóstico diferencial.
- Proponer estrategias de prevención y manejo basadas en evidencia nacional.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura médica española, incluyendo estudios como el de Medina Gaviria et al. y datos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, los cuales analizaron casos de impacto esofágico por pilas de botón en niños.

Los parámetros evaluados incluyen:
- Edad de los pacientes, distribución y grupos de riesgo.
- Tipo de pila ingerida, localización en el esófago y tiempo de permanencia.
- Complicaciones clínicas, diagnóstico radiológico y éxito del tratamiento.
- Protocolos de actuación y recomendaciones de sociedades pediátricas nacionales.

Además, se revisaron bases de datos científicas como Medline y Pubmed, junto con literatura especializada en electrocardiografía de autores reconocidos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La ingesta de pilas de botón en niños, especialmente en menores de 6 años con una edad media de 3 años, es un problema en aumento. Un estudio en España reportó un tiempo de retención promedio de 10,3 horas, con inflamación y necrosis en todos los casos.
En el diagnóstico radiográfico, el signo del doble halo en la proyección anteroposterior y el signo del escalón en la vista lateral permiten diferenciar las pilas de otros cuerpos extraños.
Las complicaciones pueden ser graves, incluyendo perforación esofágica, fístulas traqueoesofágicas y estenosis esofágica. En casos extremos, se ha registrado hemorragia masiva por fístulas esofagoaórticas, con un alto riesgo de mortalidad. Un caso clínico en España describió la impactación de una pila en un niño de 22 meses, cuya extracción endoscópica no fue posible, requiriendo esofagotomía abierta y tratamiento posterior de fístula esófago-cutánea y estenosis esofágica mediante dilataciones endoscópicas con balón.

CONCLUSIONES

La ingesta de pilas de botón en niños representa una emergencia pediátrica crítica, con un alto riesgo de morbilidad y mortalidad, que requiere una intervención inmediata para minimizar sus consecuencias. El diagnóstico radiológico precoz es fundamental para diferenciar estos cuerpos extraños de otros objetos ingeridos, permitiendo una actuación rápida y precisa. La extracción endoscópica urgente, idealmente dentro de las primeras dos horas, es la medida más efectiva para reducir el riesgo de perforación y prevenir complicaciones graves a largo plazo.
Más allá del manejo clínico, la educación y la prevención son estrategias clave para reducir la incidencia de estos casos. Es fundamental desarrollar campañas informativas dirigidas a padres y cuidadores, sensibilizando sobre los peligros de las pilas de botón y promoviendo su almacenamiento seguro. Asimismo, resulta imprescindible implementar normativas más estrictas en el diseño de dispositivos electrónicos, asegurando que las pilas sean inaccesibles para los niños y reduciendo así la exposición a este riesgo potencialmente letal.

P. #232

CUANDO EL FÁRMACO MENOS PROBABLE RESULTA EL CULPABLE: CASO INFRECUENTE DE STEVENS-JOHNSON

Marta Lara Armenteros, Stefanía Salazar Martínez, Claudia Piqueras Pérez, Manuel Pérez Figueras, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 79 años, con antecedentes médicos de hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo 1, retinopatía diabética y carcinomas basocelulares superficiales en tórax y región dorsal, sin antecedentes alérgicos conocidos, consulta en Urgencias por aparición de lesiones pruriginosas intensas en tronco, extremidades y mucosa oral, con odinofagia severa, de 10 días de evolución.

Niega fiebre u otra sintomatología a nivel sistémico.

El paciente comenta que acababa de finalizar el tratamiento con Imiquimod topico, que había iniciado 1 mes antes pautado por Dermatología, por los carcinomas basocelulares. Había sido valorado en 4 ocasiones previamente, por su médico de atención primaria (MAP) y en urgencias hospitalarias por progresivo empeoramiento de las lesiones, siendo diagnosticado de reacción local a Imiquimod y/o como urticaria simple.

Además 2 semanas antes, había comenzado tratamiento con sertralina, por diagnóstico de trastorno depresivo. Suspendió ese tratamiento 5 días antes de consultar en el servicio de urgencias, por orden de su MAP, aunque sin mejoría de las lesiones. Resto de tratamiento habitual sin cambios recientes.

A la exploración presenta placas dianiformes eritematoviolaceas confluentes en tronco, extremidades, dorso y palmo-plantares con signo Nikolsky positivo. Además denudación de mucosa labial, yugal bilateral y paladar duro, sin afectación de paladar blando. Sin afectación de mucosa genital ni anal. También hiperemia conjuntival en canto interno de ambos ojos. Se calcula un 20-23% de afectación de la superficie corporal. Resto de exploración física sin hallazgos.

Ante la sospecha de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), se procede a su ingreso para vigilancia estrecha y manejo multidisciplinario, con valoraciones por parte de UCI, dermatología, alergia y oftalmología.

Las pruebas complementarias revelan leucocitosis con ligera linfopenia, sin eosinofilia.

Tanto perfil renal como hepático sin alteraciones, con discreto ascenso de PCR a 1,4 mg/dl.

Se inicia tratamiento con hidratación intensiva, corticoterapia, lágrimas artificiales y manejo de mucosas con enjuagues antisépticos y anestésicos.

Se deja indicado iniciar tratamiento con etanercept en caso de progresión de las lesiones, que finalmente no fue necesario.

Se realiza biopsia cutánea, que confirmó el diagnóstico de SSJ con separación dermoepidérmica, necrosis epidérmica y queratinocitos necróticos a diferentes niveles.

Durante la estancia hospitalaria se completa el estudio de serologías y un TAC sin hallazgos relevantes.

El paciente presenta mejoría progresiva de las lesiones cutáneas y permite progresión a ingesta oral de dieta líquida y posteriormente sólida.

Tras 10 días de ingreso, con evolución favorable, se da de alta al paciente con seguimiento dermatológico y oftalmológico, con recomendaciones de evitar nuevas pautas con sertralina.

CONCLUSIONES

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una reacción de hipersensibilidad cutánea grave secundaria a fármacos, con aparición de lesiones mucocutáneas descritas como máculas coalescentes que evolucionan a ampollas epidérmicas, con signo de Nikolsky.

Los distinguimos de la necrólisis epidérmica tóxica (NET) calculando la superficie corporal afectada, que podemos realizar mediante la Escala de Wallace, determinando si afecta a menos del 10%, en cuyo caso sería SSJ, o si afecta a mas del 30%, hablando entonces de NET.

Puede asociar signos de afectación sistémica como fiebre, leucocitosis, citopenias, insuficiencia hepática o renal y shock.

Se trata de un diagnóstico en ocasiones complejo, por ser una entidad de baja prevalencia, inclinándonos a excluir otras reacciones mas frecuentes primero, de hecho solo se han descrito 4 casos secundarios a este fármaco por el momento.

Con este caso queremos enfatizar la importancia de la vigilancia clínica y la necesidad de una anamnesis completa en pacientes con inicio reciente de nuevos tratamientos, especialmente aquellos con factores de riesgo, como nuestro paciente; anciano polimedicado, para reconocer de forma precoz los signos en el servicio de urgencias, retirar de forma inmediata el fármaco y realizar manejo multidisciplinario para evitar complicaciones mayores.

P. #325

FACTORES ASOCIADOS A ALTAS DOSIS DE FLUMAZENILO EN UN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Jesús Ruiz Ramos[1], Silvia Conde Giner[2], Raquel López Martínez[3], Marisol Sanmartín Ucha[4], Daniel Gómez Costas[5], Beatriz Calderón Hernanz[6]

1. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España
2. Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona, Tarragona, España
3. Hospital Universitari Vall d´Hebron, Barcelona, España
4. Hospital Universitario de Vigo, Vigo, España
5. Hospital Gen. Univ. Gregorio Marañón, Madrid, España
6. Hospital Son Llàtzer, Palma De Mallorca, España

INTRODUCCIÓN

Pese a que su utilización en el manejo de las intoxicaciones por benzodiazepinas es ampliamente conocida, la dosificación de flumazenilo en pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) es heterogénea.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es conocer los factores asociados a la necesidad de dosis elevadas de flumazenilo en estas unidades.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos atendidos en once SUH que recibieron tratamiento con flumazenilo durante el año 2023. Se registraron las comorbilidades de los pacientes atendidos, así como los fármacos y tóxicos responsables del episodio y las dosis de flumazenilo utilizadas. Para evaluar los factores asociados a dosificaciones más altas, se empleó un modelo de regresión lineal, incluyendo aquellas variables con un valor de $p<0.100$ en un análisis univariante previo. Las variables evaluadas incluyeron edad, sexo, comorbilidades del paciente, uso crónico de benzodiazepinas e intoxicación concomitante con alcohol, opioides, anfetaminas y/o antidepresivos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 352 pacientes (edad media: 55,8 (DE:21,1) años, 181 (51,4%) hombres, mediana de fármacos al ingreso:6 (rango: 0-23)). La intoxicación por benzodiazepinas fue confirmada en 234 (66.4%) pacientes. 39 (11,1%) pacientes presentaron intoxicación concomitante con opioides y 14 (4,0) intoxicación concomitante con anfetaminas.

La mediana de dosis administrada de flumazenilo fue de 0,5 mg (rango: 0,125-23,1). En 123 (34,5%) pacientes la administración se produjo en perfusión continua, siendo la duración mediana de 5 horas (rango: 0,45-49h). Se observó una mayor estancia en urgencias en pacientes con perfusión continua (21,1(13,3)h vs 15,0(13,1)h; $p<0.001$).

Las variables edad menor a 65 años, sexo mujer, uso cónico de benzodiazepinas e intoxicación concomitante con anfetaminas y cannabis se asociaron a requerimientos mayores de dosis de flumazenilo en el modelo univariante, encontrando en el modelo multivariante una asociación significativa con las variables mujer (ß=-0,55; p=0,014), uso crónico de benzodiazepinas (ß=0,65; p=0,006) e intoxicación con anfetaminas (ß=1,29; p=0,010).

CONCLUSIONES

La dosificación de flumazenilo en los servicios de urgencias es heterogénea, presentado requerimientos de dosis más elevados las mujeres, pacientes con uso crónico de benzodiazepinas e intoxicaciones concomitantes con anfetaminas.

P. #329

EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE FLUMAZENILO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Jesús Ruiz Ramos[1], Milagros García Peláez[2], Cristina Calzón Blanco[3], Ana Pons Maria[4], Ana Revuelta Amallo[5], Héctor Hernández Ontiveros[1]

1. Hospital Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, España
2. Hospital General de Granollers, Granollers, España
3. Hospital Central de Asturias, Oviedo, España
4. Hospital de Formentera y Hospital Can Misses, Formentera, España
5. Hospital San Eloy, Barakaldo, España

INTRODUCCIÓN

La intoxicación por benzodiazepinas es una frecuente causa de asistencia a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Pese a su amplia utilización, las condiciones de uso de flumazenilo y la frecuencia de aparición de efectos adversos no es del todo conocida.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es describir las condiciones de uso de flumazenilo en estas unidades así como la frecuencia y factores asociados a la aparición de efectos adversos.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos atendidos en once SUH que recibieron tratamiento con flumazenilo durante el año 2023. Se registró la frecuencia de acontecimientos adversos asociados a su utilización. Para evaluar los factores asociados a la aparición de efectos adversos, se empleó un modelo de regresión logística, incluyendo aquellas variables con un valor de $p<0.100$ en un análisis univariante previo. Las variables evaluadas incluyeron edad, sexo, comorbilidades del paciente, intoxicación concomitante con alcohol, opioides y antidepresivos y dosis de flumazenilo utilizada.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 387 pacientes (Edad meda: 54,7 (DE:21,1) años, 204 (52,7%) hombres, mediana de fármacos al ingreso: 6 (Rango: 0-23))
La mediana de dosis administrada de flumazenilo fue de 0,5 mg (Rango: 0,125-23,1). En 127 (37,5%) pacientes la administración se produjo en perfusión continua, siendo en estos la mediana en su duración de 5 horas (Rango: 0,45-49h). Cinco (1,3%) pacientes fallecieron durante la hospitalización.
La intoxicación por benzodiazepinas fue confirmada en 249 (64,3%) pacientes. 46 (13,6%) pacientes presentaron intoxicación concomitante con opioides y 19 (5,6%) con anfetaminas. 22 (5,6%) de intoxicación concomitante con antidepresivos tricíclicos, siendo estas situaciones contraindicadas de acuerdo con ficha técnica. Diecisiete (4,4%) pacientes presentaban antecedentes de epilepsia.
30 (8,8%) pacientes presentaron efectos adversos relacionados con la administración del fármaco, siendo en 19 (5,6%) casos agitación o ansiedad y en 3 (0,9%) casos episodios convulsivos. Las variables edad <65 años, sexo masculino, antecedentes de epilepsia, e intoxicación concomitante con etanol se incluyeron en el modelo multivariante, en el cual el antecedente de epilepsia se asoció de forma significativa a la aparición de efectos adversos (OR: 3.76 (1.03-14.99))

CONCLUSIONES

La administración de flumazenilo en los SUH es realizada en condiciones muy diversas. Los antecedentes de epilepsia condicionan un mayor riesgo de aparición de efectos adversos.

P. #381

¡DOCTOR, ME HA MORDIDO MI MASCOTA!:MORDEDURA POR VÍBORA

Cristina Ballesteros Molina, Inés María Fernández Guerrero, Beatriz Guerrero Barranco, María Lina Cueto Avellaneda, Elena Torres Sánchez

Hospital Virgen de los Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 28 años, sin antecedentes familiares ni antecedentes personales de interés. Niega alergias medicamentosas.
Refiere consumo de cannabis y cocaína de forma esporádica.
No toma medicación habitual. No intervenciones quirúrgicas.
El paciente consulta en el servicio de urgencias tras sufrir mordedura de una víbora hace unas 2 horas, en la zona del brazo. Nos comunica que ha sido en su domicilio, porque tiene varias serpientes en casa, como mascota, y la que le ha mordido se trata de una víbora, de la especie Vipera.
En el momento de su llegada al servicio a urgencias, el paciente presenta buen estado general, eupneico, estable hemodinamicamente, con TA:138/80, FC: 80 lpm, saturando 98% basal. FR: 12 rmp.
En la exploración, presenta una auscultación cardiaca rítmica y sin soplos, sin ruidos respiratorios patológicos en la auscultación respiratoria.
En la exploración abdominal, no presenta dolor ni defensa. Sin peritonismo.
No sangrado en el momento actual (no gingivorragia, epistaxis, ni hematemesis) Neurológicamente sin alteraciones.
En la zona de la mordedura, presenta hinchazón e importante dolor local, con algo de equimosis, pero sin necrosis ni ulceraciones en la zona.
Nos ponemos en contacto con toxicología, quien nos comunica la importancia de conocer el tipo de víbora, para poder administrar el antídoto específico (suero antiveneno). En caso contrario, habría que administrar uno de amplio espectro para mordeduras no identificadas o múltiples especies (suero polivanlente).
Puesto que no disponemos en nuestro centro de dicho suero, el servicio de toxicología intenta localizarlo contactando con diferentes centros, consiguiendo localizarlo en un zoológico de Sevilla, quienes nos envían el suero de forma urgente mediante transporte sanitario.
Pasamos al paciente a Observación para monitorizarlo ante la posibilidad de que aparezcan complicaciones como coagulopatías, insuficiencia renal y respiratoria.
Administramos diazepam 5mg iv al paciente porque se encuentra algo nervioso y la ansiedad puede empeorar la absorción del veneno.
Lo mantenemos en reposo, con el miembro afectado a la altura del corazón, evitando el movimiento excesivo, ya que esto puede acelerar la dispersión del veneno.
En las pruebas complementarias extraídas, el paciente presenta la función renal y hepática conservada, una leucocitosis de 18.000L, 98% PMN, Hb: 15.8, ligero descenso de la cifra de plaquetas con 170.000 , y prolongación del tiempo de protrombina (TP: 2,2) y del tiempo de tromboplastina parcial (TTPA: 40 seg)
Clínicamente sigue sin manifestar ningún tipo de hemorragia, pero antes las alteraciones analíticas, se decide administrar el suero.
Una vez que lo recibimos en nuestro servicio de urgencias, le administramos 1 vial del suero antiveneno por via intravenosa.
Dados los riesgos que conlleva la administración del suero, con posibilidad de reacciones alérgicas graves llegando al shock anafiláctico, se realiza en el box de crítico, inicialmente sin incidentes ni complicaciones.
Horas después el paciente presentó un episodio de gingivorragia leve, y autolimitado.
El paciente se ingresó a cargo del servicio de Intensivos y posteriormente en planta de Medicina Interna donde se continuó con vigilancia y monitorización y fue corrigiendo progresivamente las alteraciones analíticas hasta que fue dado de alta.
El caso fue comunicado al SEPRONA y la guardia civil por la tenencia ilícita de serpientes venenosas en un domicilio.

CONCLUSIONES

La mordedura de vibora es una emergencia médica que requiere una evaluación y tratamiento adecuados para prevenir complicaciones graves.
El manejo de una mordedura de víbora depende de varios factores, como el tipo de serpiente, la cantidad de veneno inoculado y el tiempo transcurrido desde la mordedura.
Siempre se debe observar al paciente durante las primeras 24 a 48 horas para detectar signos de shock, coagulopatías, insuficiencia renal y respiratoria.

P. #484

VARÓN DE 28 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL CÓLICO REFRACTARIO

Karamjot Singh Kaur, Diego Duminy Luppi, Carlos García Gutiérrez, Miriam Costafreda Mas, Carlota Lisset Toapanta Gaibor, Marina Martínez Illan

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 28 años de origen indio, residente en Barcelona desde julio de 2024, con antecedentes relevantes de esteatosis hepática, que consultó a urgencias por dolor abdominal difuso de carácter cólico de 48 horas de evolución asociado a estreñimiento, náuseas, vómitos e intolerancia oral, sin respuesta a tratamiento analgésico convencional. Negaba consumo habitual o actual de medicación alguna.

A su llegada el paciente presentaba un regular estado general y constantes vitales estables. En la exploración se observó un abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni otras alteraciones significativas.

Se inició tratamiento analgésico convencional escalando progresivamente hasta el uso de mórficos, así como sueroterapia y tratamiento laxante.

Se solicitó un análisis de sangre en el que se observó leucocitosis leve (14.900/µL), anemia normocítica (hemoglobina 10g/dL), recuento reticulocitario bajo, ferritina normal, transferrina baja, saturación de transferrina elevada, y Dímero-D bajo, sin otros hallazgos relevantes.

Ante los persistentes requerimientos de morfina para el control del dolor se solicitó un TC abdominal, que evidenció la presencia de esteatosis hepática de grado leve y materia fecal en el íleon distal sin otros signos de patología aguda intraabdominal.

Llamaba la atención la presencia de un dolor cólico de alta intensidad con mala respuesta al tratamiento con morfina, en ausencia de alteraciones en la exploración abdominal y sin hallazgos radiológicos que pudieran orientar a un proceso inflamatorio, obstructivo, vascular o una perforación de víscera hueca.

En este contexto y tras la revaloración desde urgencias, la presencia simultánea de dolor cólico refractario, anemia normocítica con mala respuesta medular asociada a alteración del metabolismo férrico, y disociación clínico-radiológica llevaron a sospechar una posible intoxicación por metales pesados, específicamente una intoxicación por plomo.

Al reinterrogar al paciente, este afirmó haber estado consumiendo hasta la semana anterior suplementación ayurvédica recetada en la India para el control de su esteatosis hepática, de la cual no disponía de muestras.

Los análisis sanguíneos confirmaron la intoxicación por plomo con unos niveles en sangre de 60µg/dL y un punteado basófilo de los hematíes en el frotis de sangre periférica. La presencia simultánea de protoporfirinas elevadas en sangre y una protoporfirina zinc (ZPP) >50% apoyaba el diagnóstico.

Se inició tratamiento quelante con edetato cálcico disódico (EDTA), consiguiendo la resolución de los síntomas, la disminución de los niveles de plomo en sangre y el aumento de estos en la orina.

Finalmente, el paciente fue dado de alta con succimer oral (DMSA) y visitas de control programadas.

El caso fue notificado a la Agencia de Salud Pública, aunque no se pudieron obtener o analizar restos del agente causante sospechoso.

CONCLUSIONES

El consumo de medicamentos ayurvédicos ha sido previamente notificado como una causa de intoxicación por plomo en varios países alrededor del mundo.

Se debería considerar la intoxicación por plomo en casos de dolor abdominal refractario y anemia, especialmente en usuarios de medicamentos tradicionales, dado que su identificación precoz es crucial tanto para el paciente como para la salud pública.

P. #815

RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA E INESPERADA EN JOVEN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Antonio Palacios Carroza, Mariló Romero Cortés, María Luisa Trigueros Guerra

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 19 años y sin antecedentes de interés que acude a servicio de urgencias traído por sus familiares.
Presenta desde hace dos días mal estado general con astenia y evitando interacciones con el resto de su familia, comentan que desde comienzo del cuadro de forma brusca no ha dormido ni ha comido nada, niegan fiebre ni posible foco infeccioso preguntando por sistemas, niegan consumo de tóxicos de forma habitual ni de forma puntual.
A la exploración el paciente no responde a preguntas ni mantiene la mirada, presenta una expresión facial de miedo injustificado y responde a acercamiento físico con agresividad debido aparentemente a gran temor. Aspecto de desconexión con el medio, no tendencia al sueño. Afebril, constantes en rango de normalidad y exploración sin hallazgos.
Solicito despistaje de tóxicos y varias pruebas complementarias que me permitan descartar patología orgánica por sospecha de brote psicótico. Enfermería tras contención por agresividad consigue extracción de muestras. Solicitamos analítica con hemograma y bioquímica con reactantes de fase aguda, además de muestra de orina para análisis de bioquímica y tóxicos. También realizamos petición de radiografía de tórax y abdomen.
Durante la espera de resultados el paciente se encuentra en sala de espera junto a familiares con misma expresión facial de temor intenso pero sin episodios de agresividad por lo que no requirió contención farmacológica. Sigue con aspecto de desconexión del medio, dirige constantemente la mirada hacia arriba sin respuesta a ordenes verbales.
En la recopilación de resultados de pruebas complementarias no se encuentra nada que evidencie signos de patología orgánica como pretendíamos demostrar. Analítica sanguínea sin leucocitosis, ni anemia, sin elevación de reactantes de fase agua. Análisis de orina sin resultado positivo a tóxicos; solo presenta cuerpos cetónicos y hematíes positivos (que podría justificar estado de anorexia de días previos). Radiografías sin hallazgos de patología.
Por lo que decido para completar estudio de descarte realización de TAC craneal, al llevar al paciente a la sala me avisan compañeros por agitación que no se controla con contenciones físicas por lo que administramos al paciente midazolam 5mg intravenoso.
Durante la estancia en la sala de espera tras 5 minutos prueba, me avisan compañeros celadores que los familiares encuentran al paciente mejor. Por lo que acude a valorarlo.
El paciente se encuentra totalmente normal, responde a ordenes verbales, mantiene la mirada, no esta agresivo, incluso interacciona con su teléfono. Totalmente orientado me comenta que no sabe que le ha ocurrido, no se acuerda de 2 días previos, no refiere ingesta de tóxicos, solo me comenta que si ha dormido menos horas de lo habitual días previos debido a aumento de estrés en ámbito laboral.
Recibo los datos del TAC que informan como sin patología, y reevaluo al paciente a la media hora. Sigue encontrándose bien sin presentar la sintomatología que le había hecho acudir a urgencias.
Decido comentar el caso con Psiquiatría de guardia que me comenta que lo más probable es que el paciente ha presentado un episodio disociativo al estrés laboral. Dado que ha respondido de forma inmediata a benzodiazepinas.
Explico el caso a familiares y al paciente y fue dado de alta del servicio de urgencias con una pauta de benzodiacepinas 15 días y derivación a unidad de salud mental de referencia.

CONCLUSIONES

Este caso hace reflexionar sobre la patología que no podemos demostrar con pruebas complementarias y no tener problema al recurrir a otras especialidades.
Además de que en medicina a pesar de la gran importancia de la sospecha clínica, puede sorprender la evolución del cuadro y replantear el diagnostico.

P. #874

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS NTOXICACIONES AGUDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

David Mateu Ribes, Manuela Pérez Sánchez, Maite Bernuz Rubert, Mónica Martínez Lago, José Manuel Giner Morales

hospital Dr.Peset, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones agudas (IA) comportan, por características, una importante parte del trabajo asistencial en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) suponiendo hasta el 1-2% de las consultas.
España no dispone de un registro unificado a nivel autonómico ni nacional. Los únicos datos nacionales toxicológicos publicados de forma regular son las memorias anuales del Servicio de Información Toxicológica (SIT) del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) que registra las llamadas de información sobre intoxicaciones que recibe de toda España.
La ausencia de un registro común dificultad tanto un análisis completo como la valoración de las diferencias territoriales epidemiológicas a los que se pueden enfrentar los diferentes SUH. Conocer el perfil epidemiológico de las IA permite planificar estrategias de atención y diagnóstico en los SUH, mientras que su distribución temporal puede ayudar a la planificación de estrategias de prevención desde un punto de vista de salud pública.
La falta de datos regionales específicos y su desagregación por época del año subraya la necesidad de estudios que exploren no solo la prevalencia, sino también los factores asociados a las intoxicaciones, como el tipo de sustancia, la estacionalidad y los perfiles sociodemográficos de los pacientes

OBJETIVO

Describir la distribución temporal de los casos atendidos por intoxicación en el servicio de urgencias del hospital Dr. Peset a lo largo del año 2024. Sus resultados pueden ayudar a valorar requerimientos estructurales, recursos farmacológicos y de personal necesarios para una adecuada atención de los pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de la intoxicaciones agudas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Dr.Peset (Valencia) en 2024. Se analizaron las variables epidemiológicas y la distribución temporal.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 504 casos con una edad media de 38,21 años con una desviación de +/-17,32 años.
La distribución temporal de los casos atendidos mostró que el 53% de ellos se dieron entre viernes y domingo, siendo el martes el día con menos casos atendidos, sólo un 10.3%. El alcohol fue el tóxico más consumido durante este periodo.
La distribución mensual indica una predominancia de las intoxicaciones totales en el mes de Marzo con un 13.2% de todos los casos (15.3% de los hombres y 11.4% de las mujeres) seguido de Diciembre con un 9.1%.
El alcohol como tóxico único se presentó en el 62.3% del total de casos. Siendo el mes de Marzo donde más casos por consumo de alcohol se producen con un 17.4% y un 40% en el mismo mes para el consumo de cocaína.
El 39.7% de los casos tenían antecedentes de asistencias previas por IA. las ingestas accidentales fueron del 5% y las recreativas del 83%. Solo el 9% de los casos tuvieron finalidad autolítica, de los que 12.7% presentaban episodios previos. disgregado por sexos las mujeres presentaron un 60.4% de intencionalidad autolítica.
No se dieron fallecimientos durante el periodo registrado con un 90.7% de altas desde el SUH y una tasa de ingreso del 6%.
Solo se detectó el tóxico en el 35% de los casos siendo el tóxico más identificado el alcohol con un 42.5%. cabe destacar que la determinación de alcohol no se disponía en laboratorio al inicio del periodo temporal estudiado.
El manejo de los casos fue sintomático en el 93.2% de los casos, solo se usaron antídotos en 2.7% de los casos, pero su uso aumenta al 85.7% de los casos cuando se detecta el tóxico y este presenta antídoto disponible.

CONCLUSIONES

El presente estudio determina una distribución temporal clara de mayor número de casos atendidos durante el fin de semana y periodos vacacionales propias de la zona asistencial del Hospital donde se ha realizado el estudio.

P. #988

MIOCARDIOPATÍA TRAS INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Irene Sáez Sanz, Blanca Borraz Espejo, María Teresa Sánchez Fernández, Sandra Moreno Ruiz, María Del Rosario García García, Beatriz Honrado Galán

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España

INTRODUCCIÓN

La inhalación de humo, frecuente en incendios y exposiciones ocupacionales, puede generar efectos cardiovasculares severos, incluyendo disfunción miocárdica. Las toxinas contenidas en el humo, como el monóxido de carbono, cianuro y partículas finas, inducen hipoxia tisular, estrés oxidativo e inflamación sistémica, factores que pueden contribuir al desarrollo de miocardiopatía. Aunque la afectación pulmonar es la manifestación más estudiada, el impacto en el corazón sigue siendo subestimado
Presentamos un caso clínico de miocardiopatía secundario a intoxicación por CO.

OBJETIVO

Describir el caso de una paciente con miocardiopatía tras inhalación de monóxido de carbono, resaltando la importancia del reconocimiento temprano y manejo adecuado.

MÉTODO

Revisión de la historia clínica de una paciente ingresada por disnea y dolor torácico tras exposición a humo en un incendio residencial. Evaluación de los datos clínicos, electrocardiograma (ECG), biomarcadores de daño miocárdico y manejo hospitalario.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Anamnesis
Mujer de 70 años con antecedentes de dislipemia e HTA que acude a Urgencias por presentar , tras incendio en su edificio la noche previa, sensación disneica y dolor centrotorácico y orofaríngeo, opresivo, continuo y sin irradiación. No otra sintomatología.
Exploración física
TA 114/76, FC 71 lpm, SatO2 basal 96%
Consciente, reactiva, afebril. BEG
No lesiones mucocutáneas
ACR rítmico, no soplos. MVC; no ruidos patológicos
ORL: orofaringe normal
Pruebas complementarias:

- ECG: Ritmo sinusal a 63 lpm. PR Normal. QRS estrecho. No alteración segmento ST
- Troponinas: 1ª Troponinas 281, 2º Tp : 865
- Radiografía Torax: ICT conservado, no infiltrados ni condensaciones. Ángulos costodiafragmáticos libres.
- Co-oximetría COHb 0.9 %
- Ecocardio: minima cantidad de derrame pericárdico, FEVI subjetiva normal, no se aprecian alteraciones en contractilidad segmentaria, no valvulopatias significativas, posible DD tipo I. Resto sin hallazgos. VH tetra fásica, con S>D. VP sin pulsatilidad.

Tratamiento:
Se administró oxigenoterapia y ante sospecha de SCASEST, se administra tratamiento antiisquémico con doble antiagregación (AAS + Ticagrelor) y atorvastatina 80mg , con ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, realizándose posteriormente coronariografía sin lesiones.
La evolución clínica fue favorable con normalización de biomarcadores y ausencia de complicaciones.
Diagnóstico: Ángor inestable con daño miocárdico mínimo con ECG inespecífico, FEVI conservada, con arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas, miocardiopatía por monóxido de CO

CONCLUSIONES

La miocardiopatía es una complicación grave pero poco reconocida de la intoxicación por CO. La hipoxia tisular, disfunción endotelial y estrés oxidativo inducida por el CO puede precipitar eventos isquémicos, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. La sospecha clínica y el tratamiento precoz con oxigenoterapia y medidas antiisquémicas son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

P. #1019

ATENCIÓN URGENTE DE UNA MORDEDURA DE VÍBORA

Cesáreo Fernández Alcalá, María Luisa Abolafía Montes, José Eduardo Cobo Muñoz

Hospital Universitario Jaén, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La víbora hocicuda (vipera latasti o vipera latastei) es la especie más frecuente en la península ibérica. La actuación urgente de su mordedura es fundamental para evitar secuelas.

OBJETIVO

Iniciar precozmente la administración de suero antiofídico ante un lesiones inflamatorias secundarias a mordedura de víbora.

MÉTODO

Hª Clínica:
Varón de 57 años que es trasladado en ambulancia por los dispositivos de urgencias de atención primaria por mordedura de una serpiente a nivel de segundo dedo de la mano derecha, de dos horas de evolución. El paciente aporta fotografía del ofidio que corresponde con la especie de víbora hocicuda . A su llegada presenta buen estado general y constantes habituales en rango normal. La exploración evidencia edema y necrosis en segundo dedo mano derecha, y equimosis que se extiende hasta axila, asociado de dolor intenso a la palpación y movilización de la extremidad sin limitación funcional. Durante la valoración presenta dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos alimenticios sin contenido sanguinolento. Se clasifica como envenenamiento moderado (grado 2). Se canaliza vía con extracción de muestra para analítica y administración de antihistamínicos, corticoides intravenosos, morfina, antieméticos, profilaxis antitetánica y antibiótica (amoxicilina-clavulánico). Se solicita suero antiofídico, no disponible en hospital, por lo que debe ser enviado de otro centro, con una demora total de 4 horas desde la mordedura. La analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, leves signos de insuficiencia renal y creatininquinasa, con perfil hepático y coagulación normal.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La administración tardía del suero antiofídico, no impide la evolución tórpida de los signos inflamatorios en gravedad y extensión al miembro superior derecho, con la presencia de un síndrome compartimental. Se solicita valoración por Traumatología, se decide fasciotomía a nivel de dedo afects. Tras intervención es ingresado. En analítica de control se detecta alteración de bioquímica hepática y coagulación que precisa de administración de vitamina k. Se le realiza curas diarias con anestesia en el quirófano. A los diez días es dado de alta, tras buena respuesta a las medidas médicas y quirúrgicas.

CONCLUSIONES

En la mordedura de una serpiente de estas características, ante la presencia de signos inflamatorios intensos, que afectan a toda la extremidad o incluso sobrepasándola o con afectación del sistema linfático, y en aquellos en los que aparezca clínica sistémica (grados de envenenamiento 2 y 3) está indicada la administración endovenosa de suero antiofídico. El suero contiene fragmentos de anticuerpos de caballo inmunizados con veneno de las principales víboras europeas. Las presentaciones actuales, presentan una elevada purificación que disminuye el riesgo de reacción anafiláctica. De todas maneras, es prudente mantener al paciente estrechamente monitorizado durante su administración. Estudios recientes demuestran que el uso precoz del antiveneno disminuye la aparición de síndrome compartimental, e incluso se
considera el tratamiento de elección en caso de que éste aparezca, dejando la fasciotomía como segunda opción terapéutica. En este caso, y como demuestran las imágenes, el retraso en la instauración del suero antiofídico pudo precipitar la evolución tórpida del envenenamiento.

P. #1211

UN CACTUS PELIGROSO

Ana De Jesús Izaguirre Lugo, Ángel José Macías López, Paloma Azcoitia Plaza, Verónica Elena Fermín Ramírez, Alejandra Sánchez Guerra Alonso, María Balsera Porras

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 56 años de edad sin antecedentes médicos de interés, no hábitos tóxicos. Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias traída por unidad de soporte vital básico .Refieren sus familiares que la paciente posterior a una cena de cumpleaños, sobre las 5:00 am se ha despertado comentándole a su pareja sensación de mal estado general, con dolor abdominal y deposiciones líquidas, posteriormente ha sufrido un episodio de movimientos tónico clónicos de las cuatro extremidades y del tronco con pérdida de control de esfínteres (urinario y fecal) de cinco minutos de duración aproximadamente, sin recuperación de la conciencia posteriormente. La Unidad de Soporte Vital Avanzado valora a la paciente objetivando pupilas arreactivas, movimientos involuntarios no coordinados de las cuatro extremidades. Es el primer episodio de estas características que sufre la paciente . Como dato adicional la familia refiere punción accidental en la pierna derecha con un cactus el día anterior con reacción cutánea local consistente en prurito y eritema. A su llegada al servicio de Urgencias Hospitalarias en la exploración física destaca T:34.9°C TA:106/68mmHg FC 80mlpm SatO2: 98% con Gafas nasales a 2 litros . Somnolienta, responde al llamado verbal , obedece órdenes. Piel eritematosa con descamación cutánea . Extremidades inferiores : lesiones tipo habonosas hiperpigmentadas, sobreelevadas y de pequeño tamaño, fuerza , tono y sensibilidad conservado. Extremidades superiores: sin alteraciones . Se realiza analítica donde destaca troponina I alta sensibilidad 2021. 5 pg/ml . Dímero D : 18409 ng/ml. PCR , CPK y Procalcitonina normal. Dado estos hallazgos se realiza AngioTC donde se descartó Tromboembolismo Pulmonar. Se realiza Electrocardiograma y ecocardiograma a pie de cama sin alteraciones . Se realizó además TC de cráneo sin hallazgos significativos. Dado estos datos se ingresa por un posible Shock anafiláctico con importante repercusión analítica.

CONCLUSIONES

El shock anafiláctico se produce por la combinación de vasodilatación periférica y vasoconstricción de territorios nobles como el pulmonar y coronario. La vasodilatación periférica provoca una redistribución del volumen intravascular que aumenta la capacitancia venosa, lo que genera disminución del retorno sanguíneo al corazón.

Por otro lado, el compromiso del territorio pulmonar provoca congestión intersticial y edema, mientras que la vasoconstricción coronaria se manifiesta con síntomas anginosos que incluso podría producir un infarto tipo II (por hipoflujo), propensión a arritmias supraventriculares y ventriculares, y disfunción sistólica por menor capacidad contráctil en el contexto de isquemia. Así, el shock anafiláctico presenta características de shock distributivo y shock cardiogénico.

El mecanismo fisiopatológico mediante el cual se produce una reacción anafiláctica se conoce como reacción de hipersensibilidad de tipo I o mediada por IgE según la clasificación de Coombs y Gell, o como reacción alérgica según la clasificación de Sell. En este proceso intervienen fundamentalmente tres elementos: alergeno, IgE específica y células diana (mastocito y basófilo).

El diagnóstico es básicamente clínico, pero existen diversos métodos diagnósticos que resultan útiles. En primer lugar tendríamos la extracción, a la hora del inicio de la reacción, de una muestra sérica para la determinación de triptasa. Posteriormente se realizarán pruebas cutáneas y determinaciones de IgE específica frente a los alergenos sospechosos de ser causantes de la reacción.

En cuanto al tratamiento inicial de la anafilaxia, es de elección el uso de adrenalina en inyección intramuscular en el vasto lateral del cuádriceps. Las medidas de soporte son las comunes para cualquier tipo de situaciones de urgencia.

P. #1391

CARACTERÍSTICAS DE PRIMEROS INTERVINIENTES Y VOLUNTARIOS EN LA DANA QUE ACUDEN A URGENCIAS HOSPITALARIAS

Andrea Lluesma Guillén, Empar Carbonell Franco, Sara Yousfi López, Iona Rodrigo Pons, Noelia Borrás Llopis, Andreea Irimia
Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Las lluvias torrenciales provocadas por la DANA en la Comunidad Valenciana el 29 de octubre de 2024 generaron una respuesta inmediata de los voluntarios en emergencias. Su labor fue clave en la atención urgente a afectados, el rescate en zonas inundadas y el apoyo logístico a los equipos de emergencia.
No obstante, la falta de experiencia y de equipamiento adecuado, así como la transmisión deficitaria de información de prevención en un primer momento, facilitó la exposición de los voluntarios y los primeros intervinientes a diferentes agentes infecciosos, traumatismos y heridas, sobre todo durante el trabajo con
agua estancada y lodo.

OBJETIVO

Valorar las características de la asistencia urgente, los motivos de consulta y la evolución de los voluntarios de la zona cero de la DANA en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH).

MÉTODO

Durante los días posteriores a la DANA, se recogieron los datos de los pacientes que acudían por motivos relacionados con labores de rescate y limpieza en la "zona cero" de la DANA. Se realizó un análisis de variables demográficas y relacionadas con la consulta, así como la evolución posterior de los pacientes que acudieron a nuestro SUH en los dos meses posteriores a la DANA (noviembre y diciembre de 2024).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 42 casos, de los cuales 78.5% eran hombres. La baja muestra se puede relacionar con el
hecho de que el hospital en el que se realiza el estudio no es el de primera asistencia para la zona cero,
en cuanto a cercanía.
La edad media fue de 30.7 años (con un mínimo de 17 y un máximo de 79 años).
Los motivos de consulta más frecuentes fueron de gastroenteritis y diarrea (33.3%), seguido de heridas
(12%) y traumatismos (9%) con fracturas en extremidades en 2% de los casos. 12% presentaron
neumonías, con un caso de S. pneumoniae y un caso de Rinovirus. En un 0.5% de los casos, presentaron fiebre sin foco.
El 85% de los casos de gastroenteritis se diagnosticaron en la segunda semana después de la DANA, cuando la exposición a aguas estancadas fue mayor.
En cuanto a la distribución por edad, los diagnósticos mas frecuentes fueron de gastroenteritis en menores de 35 años y lumbalgia y traumatismos en mayores de 35 años.
Se realizaron coprocultivos en el 42% de los casos, siendo negativos el 100%. Ante la estabilidad clínica, se emitió alta domiciliaria en el 100% de los casos. No precisaron reingresos. No hubo fallecimientos.

CONCLUSIONES

La falta de prevención y de equipo adecuado, sobre todo en un primer momento, tuvo un impacto directo en la salud de los voluntarios durante la DANA, incrementando tanto el riesgo de contagio de infecciones como el de sufrir traumatismos. Al no contar con guantes, mascarillas, botas y ropa de protección apropiada, muchos voluntarios tuvieron contacto directo con aguas contaminadas y lodo, lo que normalmente facilita la transmisión de bacterias como la leptospira. Al exponerse a superficies resbaladizas, pérdida de visibilidad de las zonas alcantarilladas, con presencia de objetos punzantes y la dificultad para maniobrar en terrenos irregulares, aumentó la probabilidad de caídas, cortes y fracturas.
En conclusión, se ha objetivado un incremento en pacientes con heridas e infecciones, que podrían haberse evitado con el uso correcto de equipos de protección individual. Resulta fundamental, por tanto, la divulgación de medidas de protección desde servicios de prevención y salud pública, así como expertos en protección civil. Asimismo, es importante preparar y divulgar protocolos de actuación de forma coordinada con los sistemas de emergencia local, e insistir en el uso de equipo de protección necesario
para minimizar los riesgos descritos.

P. #1459

NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO POR SÍNDROME DE BOERHAAVE EN EL CONTEXTO DE HIPEREMESIS POR CANNABIS

Carmen Ángeles Cáliz Rodríguez[1][2], Ana Crespo Oñate[3][2], Ayoub Ida Hassan[1][2]

1. Centro de Salud Galapagar, Galapagar, España
2. Hospital de el Escorial, San Lorenzo de el Escorial, España
3. Centro de Salud Torrelodones, Torrelodones, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 20 años que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo de unas horas de evolución, por el que ha tomado paracetamol. La paciente ha consultado hasta en 14 ocasiones en el último mes por hiperemesis que le cuesta controlar a pesar de tomar distintos antieméticos. Es consumidora de 5 cigarrillos de cannabis diarios y padece insomnio. En esta ocasión refiere que no tiene náuseas, tampoco fiebre, aunque sí sensación distérmica. Desde hace una semana no consume cannabis según refiere. Refiere buena tolerancia oral en los días previos, aunque sabría decirlo con precisión. En la exploración física la auscultación es normal pero se palpa crepitación de la piel de la parrilla costal izquierda y de hipocondrio izquierdo, además de dolor a la palpación en flanco derecho e hipocondrio izquierdo, sin signos de peritonismo. Se solicita análisis de sangre y radiografías. Tanto en la radiografía de tórax como en la de abdomen se aprecian burbujas de gas en región subcutánea costal izquierda y flanco izquierdo, respectivamente. En la analítica destaca leucocitosis leve (11.10 x10^3/mm^3), pH venoso de 7.46, test de embarazo negativo y positivo para benzodiazepinas y marihuana en el estudio de tóxicos en orina.
Se solicita TC toracoabdominopélvico con contraste intravenoso y gastrografin oral ante la sospecha de perforación esofágica. En el estudio se describe importante neumomediastino con componente de enfisema subcutáneo y pequeñas burbujas aéreas extraluminales más agrupadas a nivel de esófago distal. No se aprecian claras fugas de contraste, aunque la valoración es limitada por movimientos (la paciente vomita el gastrografin) y existe la posibilidad de perforación esofágica distal.
Se comenta el caso con Cirugía General, indican dieta absoluta, inicialmente se administra antibioterapia empírica con amoxicilina/ácido clavulánico y posteriormente se escala a piperacilina/tazobactam.
Finalmente se decide traslado a hospital de referencia e ingresa a cargo de Cirugía General. Se realiza nuevo TC toracoabdominopélvico en el que no se objetiva fuga de contraste desde el esófago a la luz gástrica. Se describe práctica resolución del neumomediastino evidenciando solo burbujas de aire aisladas y disminución significativa del enfisema subcutáneo. Dada la buena evolución clínica de la paciente, que se mantiene afebril y con buen control del dolor, se decide alta hospitalaria, con juicio clínico: Hiperemesis cannábica. Neumomediastino en probable relación con perforación de esófago distal (Síndrome de Boerhaave) en relación a lo previo.

CONCLUSIONES

El consumo crónico de cannabis puede inducir emesis, lo cual es poco conocido para los consumidores e incluso para algunos profesionales sanitarios. El síndrome de hiperemesis cannabinoide cursa con náuseas, vómitos y dolor abdominal que ceden con baños de agua caliente, desapareciendo la sintomatología de forma definitiva al cesar el consumo y reapareciendo si se reanuda. El tratamiento es el del desorden hidroelectrolítico, los antieméticos habituales son poco eficaces. Se han descrito tres fases bien diferenciadas: Fase prodrómica que puede durar meses o años y cursa con náuseas matutinas y dolor abdominal. Fase de hiperemesis que es cíclica y dura entre 24 y 48 horas, en la que aparece la conducta compulsiva de realizar varios y prolongados baños o duchas de agua caliente. Finalmente la fase de recuperación con resolución de los síntomas si cede el consumo.

P. #1560

DE LA TELARAÑA AL HOSPITAL

Rubén López González, Saúl Escudero Alvárez, Ángel Cabezas Amurgos, Alberto Alvárez Madrigal, Mercedes Matías Flecha, M Begoña Suárez Rodríguez

Hospital de León, León, España

INTRODUCCIÓN

La picadura de la araña del género Loxosceles, puede presentar complicaciones significativas, tanto locales como sistémicas. En los últimos años se ha observado un aumento de casos de mordeduras en España atribuidos a la especie Loxosceles rufescens (Dufour, 1820), vulgarmente conocida como la araña reclusa parda mediterránea, araña violinista o araña de los rincones, cuyo veneno puede producir lesiones en la piel y causar un cuadro clínico conocido como loxoscelismo.

OBJETIVO

Describir la evolución y manejo de un paciente de 59 años que presentó una picadura de araña violinista, desarrollando un cuadro de loxoscelismo.

MÉTODO

Varón de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia que acude remitido desde Atención Primaria por cuadro de picadura de araña en antebrazo izquierdo hace tres días mientras desescombraba un desván , asociando lesión de 1-2 cm de diámetro máximo con periferia eritematosa y centro más oscuro (no necrótico; previo a ese color lo describen como blanquecino) e importante inflamación del miembro superior en cuestión, así como fiebre de hasta 39° y sensación de malestar general.Exploración física: Consciente, orientado, sudoroso. . Eupneico en reposo. 38,5°C. TA: 107/54. .Auscultación: RsCsRs a 98 lpm sin ruidos pulmonares sobreañadidos. Lesión en el antebrazo izquierdo de 1-2 cm de diámetro, con periferia eritematosa y centro violáceo oscuro, más adenopatías en cara interna de codo y axila izquierdos.En analítica al ingreso destacan 14700 leucocitos (9% cayados, 88% segmentados) , una PCR de 321 y una procalcitonina de 7,65. Ante los resultados analíticos y la clínica del paciente , se decide ingreso en medicina interna para tratamiento antibiótico y control evolutivo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se inicia tratamiento con amoxicilina /ac. clvulánico 2 gr IV cada 8 horas+ clindamicina 600 mg iv cada 8 h así como antitérmicos y antinflamatorios, disminuyendo los reactantes con una PCR de 65 y una procalcitonina de 1.4, con desaparición de la leucocitosis tras cuatro días de ingreso y siendo alta con tratamiento antibiótico por vía oral.

CONCLUSIONES

1. El loxoscelismo presenta un reto diagnóstico dado la dificultad de identificar, en muchas ocasiones´el agente responsable del cuadro
2. Debemos considerar esta posibilidad en pacientes que debuten con una lesión sugestiva de picadura, no identificación del agente causal y evolución más tórpida de lo esperable.
3. La extensión de especies que habitualmente se encontraban en regiones más cálidas e incluso de especies invasoras que pueden provocar cuadros clínicos que no se producían habitualmente en determinadas latitudes, dificulta determinados diagnósticos por la falta de experiencia previa en dichos casos.

P. #2079

EL PELIGRO DE LAS INGESTAS MEDICAMENTOSAS

Lorena Iñiguez Díez, Amaia Salegui Guridi, Thalia Guerendiain Carcamo, Marta Jiménez Añón, Andrea Rodríguez Sánchez, Encarna García Villanueva

Hospital Reina Sofía, Tudela, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años, con antecedentes personales de síndrome depresivo endogenomorfo, diagnosticado como trastorno depresivo mayor moderado desde 1999; nefrectomía izquierda por cáncer renal de células claras en 2013.
Es trasladado al servicio de urgencias por una ambulancia de soporte vital avanzado tras encontrarlo su hijo en domicilio sobre las 9:30 horas con clínica de somnolencia y alteración del habla. El paciente reconoce ingesta voluntaria de fármacos sobre las 00:00 horas con intención autolítica. No sabe precisar dosis, pero se calcula que aproximadamente ha consumido 25 comprimidos de mirtazapina 45mg, 18 comprimidos de bupropion 300mg (5,4 gr), 18 comprimidos de alprazolam de 1mg y 10 comprimidos de lormetazepam 2 mg.
A la valoración inicial tendencia a la somnolencia sin otras alteraciones en la exploración. Se realiza Tomografía computarizada craneal en la que no se observan signos de patología intracraneal aguda. Gasometría inicial sin acidosis ni hiperlactacidemia y analítica sanguínea con creatina cinasa de 14800 U/L y filtrado glomerular 35ml/min/1,73m2 por lo que pasa a unidad de corta estancia ante sospecha de rabdomiólisis. Se pauta fluidoterapia intensiva con suero salino fisiológico (SSF) 0,9% 2500ml/24h con evolución posterior favorable y recuperación progresiva de nivel de conciencia.
Mantiene ritmo de diuresis aceptable y se completa tratamiento con amoxicilina-clavulánico profiláctico por posible broncoaspiración.
A las 6 horas de estancia en urgencias realiza pico febril de 38, 2° ótico con agitación e inicio de alucinaciones visuales. Empeoramiento progresivo del estado general, desconexión del medio, apertura ocular espontanea dirigiendo mirada a la llamada, pupilas levemente midriáticas reactivas a la luz con nistagmo ocular horizontal que agota en segundos. Obedece solo ordenes sencillas. Rigidez generalizada sin clonus ni trismus. Tensión arterial(TA) 150/83mmHg y frecuencia cardiaca 100lpm. Gasometría de control con pH 7.44, pCO2 56, HCO3 24.2, Lactato 1.8 mmol/L y Tª 37.2°C.
Se inician medidas físicas, aumento de fluidoterapia a 3500ml de SSF 0,9% en 24h, paracetamol y bicarbonato 1/6M 500ml en 30 minutos y ante sospecha de síndrome serotoninérgico se realiza interconsulta a medicina intensiva.
A su valoración mejoría de la agitación con control térmico, sin precisar relajación por trismus ni clonus por lo que se decide dejar en urgencias para observación ante sospecha de cuadro moderado. De nuevo a las dos horas agitación intensa que precisa de midazolam 5mg para su control tras lo cual cesa la clínica, pero ante nuevo episodio tras cese de efecto de midazolam ingresa en unidad de cuidados intensivos donde permanece 24h con perfusión de midazolam con resolución del cuadro, pudiendo retirar la misma de manera progresiva, siendo dado de alta a planta de psiquiatría a las 48h sin alteraciones.

CONCLUSIONES

El síndrome serotoninérgico es un conjunto de síntomas causado por una hiperactividad serotoninérgica en las sinapsis de los sistemas nerviosos central y periférico. Se ha visto que puede ser debido al tratamiento con bupropion, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina u opiáceos. Puede provocar rigidez muscular, micologías, agitación, confusión, hipertermia e hiperreflexia, así como síntomas disautonómicos, riesgo de shock por disminución de la resistencia vascular periférica, crisis epilépticas, coma, rabdomiólisis y/o coagulación intravascular diseminada (CID), por lo que es importante la sospecha precoz para la retirada del fármaco causante.
El tratamiento consiste en medidas de soporte, control de la agitación con benzodiacepinas y en algunos casos precisan de relajantes musculares si presenta trismus y clonus muy intenso. Suele ceder a las 24horas tras retirada del fármaco.

P. #2154

UNA SESIÓN CLÍNICA PROVECHOSA

Inés María Fernández Guerrero, María Lina Cueto Avellaneda, Ana Valverde Prados, María Del Mar Ventura Ventura, Patricia Carrasco García

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 50 años sin antecedentes de interés. Consultaba por molestias abdominales leves tras ingesta de varias setas que había recogido en el monte. Portaba varias fotos de las mismas, y estaba asustado porque un conocido le había dicho, tras comérselas, que se apreciaban en la foto unas que eran muy venenosas y otras que no.
Por casualidad esa mañana se había impartido en el servicio de Urgencias una sesión clínica por los estudiantes de Medicina, aprovechando la publicación de la nueva edición del libro de Toxicología Clínica (Dr. Nogué).
Se realizó el CHECK-LIST:
1. Lugar de recolección:
2. Nombre popular de la seta/setas recogidas:
3. Comensal único o no (evaluar síntomas en los acompañantes): el paciente, su mujer e hija menor de edad
4. Ingesta o no de un único tipo o especie de seta (precisar): dos tipos
5. Número de ejemplares consumidos. unos 500gr
6. Día y hora de la ingesta
7. Ingesta de setas en una sola comida o en varias. Una sola comida
8. Tiempo transcurrido entre la ingesta y la primera consulta médica (en caso de que haya habido. otra consulta antes de la actual)
9. Tiempo transcurrido entre la ingesta y la primera medicación recibida.
10. ¿Dispone de alguna muestra de las setas? las vio un experto en toxicología y eran lepiota y macrolepiota. (FOTO).
Posteriormente revisamos que la clínica puede tener 7 fases
I. Incubación (>6h)
II. Náuseas, vómitos y diarrea coleriforme
III. Mejoría aparente
IV. Transaminasas (>1000 UI/l)
V. Hipoglucemia, TP
VI. Encefalopatía hepática, diátesis hemorrágica, insuficiencia renal
VII. Coma, HTIC, CID, shock y muerte
Revisamos las opciones de tratamiento con el antídoto silibinina iv aunque en un primer momento no estuvo disponible y se inició el tratamiento con Penicilina G.
Recordar que se puede administrar carbón activado hasta 72 horas tras la ingesta.
Además realizamos una diuresis forzada neutra (suero glucosado al 10% cada 8h + ringer lactato 500 ml cada 6h), junto con protección hepática con N- Acetilcisteína (NAC) i.v.
De medidas generales: controles generales: cada 2h constantes y diuresis, cada 12h función hepática y renal,coagulación y glucosa. También profilaxis de traslocación intestinal bacteriana con norfloxacino.
El paciente estuvo en Observación más de 72 horas y se dio de alta a domicilio. Se suspendió el tratamiento al no apreciar hepatotoxicidad a las 72 horas

CONCLUSIONES

Al valorar a un paciente que haya tenido intoxicación por setas, es importante:
1. Hacer el check-list.
2.También el síndrome que pueden producir: gastrointestinal, neurológico central, muscarínico, disulfiram like, pseudohematuria, alucinatorio, hemolítico urémico. Tener muy presente la posibilidad de que haya hepatotoxicidad,
3. Saber si tienen periodo de incubación corto o largo.
Se planteó al paciente la posibilidad de publicar su caso clínico y solicitamos el consentimiento informado escrito (SE ADJUNTARÁ). Nos rogó encarecidamente que le diéramos difusión para evitar que otras personas pasaran por su misma situación. Al final tanto su mujer como su hija quedaron indemnes. Es necesario concienciar a la población sobre los posibles efectos secundarios de la ingesta de setas sin los conocimientos necesarios para recolectarlas.
Por otro lado, se pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación en toxicología clínica. Justo ese día habíamos tenido la sesión sobre el tema y fue providencial para atender de una manera excelente al paciente.

P. #2204

COMA SECUNDARIO A INTOXICACION VOLUNTARIA POR ETILENGLICOL

Ana Isabel Soler Castillo, Pilar Martínez Pérez, María Del Mar Tejerizo Sáez, Francisco José Contreras Anguita

Hospital Universitario Virgen de las Nieves-Hospital de Guadix, Guadix, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 82 años con antecedentes personales de deterioro cognitivo moderado y dependencia parcial para actividades básicas de la vida diaria. La trae la familia a urgencias tras encontrarla sobre su cama, con bajo nivel de conciencia, sobre un "charco de líquido rosado". Se pregunta a la familia sobre la posibilidad de ingesta de alcohol u otros tóxicos, que descartan de inicio.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A su llegada a urgencias la paciente presenta un GSC 6 (ocular 4, verbal 1, motor 1), con mirada conjugada a la derecha y pupilas arreactivas en posición media. TA 159/77; FC 77; SO2 96% (sin aporte de oxigeno); Gucemia capilar 200, FR 12, sin trabajo respiratorio. ACR tonos rítmicos sin soplos, con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y no doloroso. MMII sin edemas ni signos de trombosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ECG: normal
- Tóxicos en orina: negativos.
- Bioquimica: Glucosa 230, Urea 54, Creatinina 1.34, Troponina 214
- Hematologia: Normal
- Coagulación: Fibrinogeno 518, Dímero D 5.22
- Gasometría: pH 6.9; exceso bases -21; bicarbonato 10; láctico 20
- Rx torax normal

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: Coma metabólico de etiología desconocida

EVOLUCIÓN: tras aislamiento de vía respiratoria se aprecia emisión de liquido rosáceo, al igual que por sonda vesical. Se inicia administración de Bicarbonato 1M 70mEq y se traslada a hospital de referencia previo contacto con UCI.

En las siguientes horas la familia informa de que han encontrado una garrafa de anticongelante color rosado en la bañera, por lo que se sospecha ingesta de etilenglicol con fines autolíticos.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por metanol y etilenglicol causan decenas de intoxicaciones mortales cada año, e incluso ingestiones relativamente pequeñas de estos alcoholes pueden producir una toxicidad significativa. El reconocimiento rápido y el tratamiento temprano son cruciales.

Es fundamental, realizar una minuciosa anamnesis a través de familiares para detectarlo. El metanol y el etilenglicol se encuentran con frecuencia en altas concentraciones en refrigerantes/anticongelantes y soluciones descongelantes para automóviles, líquido limpiaparabrisas, solventes, limpiadores, combustibles y otros productos industriales. En ausencia de tratamiento, la ingestión de aproximadamente 1g/kg de metanol o etilenglicol es potencialmente letal, y se ha informado de toxicidad grave tras la ingestión de tan sólo una cucharadita de metanol. El coma, las convulsiones, la hiperpnea (respiración de Kussmaul-Kien) y la hipotensión sugieren que una parte sustancial del alcohol original se ha metabolizado hasta convertirse en sus subproductos tóxicos.

La medición de las concentraciones séricas de metanol y etilenglicol se realiza generalmente mediante cromatografía de gases, pero estas pruebas no están ampliamente disponibles y con frecuencia deben realizarse en un laboratorio de referencia. Por lo tanto, sólo disponemos de las pruebas habituales para valorar el medio interno: láctico, pH, orina, anión GAP.

El diagnostico diferencial es amplio, pues abarca todas las causas de coma metabólico. Por eso es fundamental una correcta anamnesis que nos lleve a una sospecha temprana que permita una instauración precoz del tratamiento con etanol o fomepizol. En este caso, no fue posible, y la paciente falleció pocas horas después de su llegada a UCI.

P. #2245

INGESTA MEDICAMENTOSA. REFLEXIÓN A RAÍZ DE UN CASO

Francisco José Contreras Anguita[1], Pilar Martínez Pérez[1], Ana Isabel Soler Castillo[1], Elena Torres Sánchez[2], Lucía Sánchez Rodríguez[1], Patricia Carrasco García[2]

1. Hospital de Guadix. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 19 años. Antecedentes Personales de síndrome ansioso depresivo y trastorno adaptativo tras ruptura sentimental, en tratamiento con Benzodiazepinas. Antecedentes de gestos autolesivos en el pasado así como de ingesta medicamentosa leve.
El paciente acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) derivado por Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) tras ser alertados por los familiares al encontrar al paciente con bajo nivel de consciencia en su habitación tras aparente toma de Tramadol.
La familia refiere que lo han encontrado, somnoliento, sin previo aviso y que tenía una caja de Tramadol, no pudiendo aportar datos sobre la composición, concentración o cantidad que podría haber tomado.
Abordaje inicial en domicilio:
Regular estado general. Tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC) en rango. Saturación de oxígeno 94% aire ambiente. Escala Glasgow (GW) 11/15 a la llegada. Resto sin hallazgos destacables.
Respuesta parcial a bolo de Flumazenilo y Naloxona, mejorando nivel de consciencia con GW 13/15. Se inicia sueroterapia y se deriva al SUH.
En el SUH se realizan pruebas complementarias, se inicia perfusión de flumazenilo y naloxona, lavado gástrico (sospecha de ingesta muy reciente) y se pauta carbón activado.
ANÁLISIS DE SANGRE: sin alteraciones significativas.
Tóxicos en Orina: positivo para benzodiazepinas. Resto negativo.
El paciente permanece en obsevación 24h con reducción progresiva de perfusión antídoto por mejoría en nivel de consciencia. Durante su estancia niega intención autolítica o deseo tanático. Solo “quería descansar”. Niega consumo de otros tóxicos o sustancias.
ANÁLISIS control: alteración perfil hepático con alteración de la coagulación.
Se amplía estudio de otros fármacos en sangre, apareciendo elevados los niveles de Paracetamol.
El paciente evoluciona de forma tórpida e ingresa en UCI por criterios de Fallo Hepático Agudo con criterios de transplante hepático. Se activa Protocolo 0. Se consigue órgano compatible, se realiza procedimiento.
Finalmente el paciente fallece tras la intervención.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones agudas medicamentosas son un motivo frecuente y creciente en los servicios de urgencias.
No existe una base de datos adecuada para extraer datos oficiales y reales sobre este problema médico. Sí parece estar claro que las Benzodiazepinas continuan siendo el fármaco de elección en las ingestas voluntarias, pero que han aumentado considerablemente las intoxicaciones por otros fármacos, especialmente los analgésicos (destacando el paracetamol entre ellos), los antidiabéticos o los fármacos cardiovasculares.
Todos los estudios recientes hablan sobre la necesidad de realizar una recogida de datos efectiva a través de los servicios de urgencias, pues es donde acuden estos pacientes.
En algunas series se refleja que la intoxicación aguda medicamentosa únicamente es por un único fármaco en el 32% de los casos, mientras que en más de dos tercios de los casos la intoxicación se realiza por 2 o más fármacos.
Dada la ausencia de datos reales, existe una gran dificultad para establecer estrategias adecuadas de prevención y abordaje de las intoxicaciones, así como establecer protocolos consensuados de actuación y práctica clínica.
La ingesta de paracetamol, incluso a dosis bajas (>4g/día) puede desencadenar fallo hepático agudo. El tratamiento de la intoxicación aguda se realiza mediante medidas generales y de soporte, así como lavado gástrico (en entredicho, solo útil si <1h desde la ingesta), carbón activado y Acetilcisteína.
En nuestro caso, la ingesta de Paracetamol pasó desapercibida por no disponer del envase original, que no fue aportado por la familia y la negativa del paciente sobre la ingesta de otros fármacos. No obstante, el tramadol es un analgésico que frecuentemente se comercializa en asociación con otros analgésicos como el paracetamol o el dexketoprofeno. La ingesta de paracetamol fue inconsciente al tomar una presentación que contenía ambos medicamentos.

P. #2259

PENDIENTE DE UN HILO: DEL "CHEMSEX A LA PSICOSIS"

Pilar María González Romero, Carmen Beatriz Domínguez Gill, Virginia González Romero, Patricia Galobart Morilla, Ana Ramírez Skrbe, Martina Dácil Pérez Leon

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años, sin antecedentes de interés registrados, el día de la asistencia acude traído por fuerzas de seguridad, por alteración del orden público en el contexto de alteración de la conducta. Lo encuentran subido en un monumento, prácticamente desnudo, gritando muy agitado con discurso incoherente.

A la exploración el paciente se encuentra taquipneico y taquicardico a125 latidos por minúto, presenta temperatura de 37,9°C, sudoroso, tensión arterial 168/97, saturación de 100%. Glucemia de 95mg/dl La asucultación es normal. Presenta un Glasgow de 15, con pupilas midriáticas bilaterales reactivas, agitación psicomotriz, discurso incoherente, desconfiado, ideas delirantes de persecución (refiere " que le estaban siguiendo y que por eso se subió al monumento, porque le venían a recoger en un helicóptero"). A la exposición impresiona de signos de venopunción reciente en miembro superior izquierdo.

Se solicita analítica completa donde destaca una creatininquinasa de 2688 U/L, creatinina normal y una orina positiva para tóxico (cocaina, benzodiacepinas).

Se realiza un EKG donde se objetiva una taquicardia sinusal a 134lpm.

Dada la exploración física y pruebas complementarias impresiona de intoxicación por drogas estimulantes se inicia manejo sintomático con midazolan, levomepromacina, y sueroterapia intensa para manejo de la rabdiomiolisis.

El paciente permanece en observación hasta que mejora el cuadro clínico, y desaparecen las ideas delirantes. Estando a las 24h consciente, orientado, con discurso coherente, en el que ya explica que práctica de forma habitual "Chemsex", una o dos veces al mes, haciendo uso de policonsumo de tóxicos, más comúnmente cocaina, alcohol, y mefedrona (MEFE) Aunque también GHB. En las últimas sesiones ha empezado a usar la MEFE por vía intravenosa ya que es mucho más rápida. Refiere que puede ser que en esta última ocasión se ha podido poner un poco más de dosis de lo habitual.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones agudas por drogas con fines recreativos constituyen en los últimos años una atención sanitaria en los servicios de urgencias, con una incidencia exponencial.

El "Chemsex" es el uso intencionado de drogas psicoactivas en el contexto de práctica sexual, más frecuente entre hombres, independientemente de su identidad sexual, que práctican sexo con hombres. Desde hace unos años en contexto de está práctica, se ha puesto de moda el uso de la vía intravenosa, lo que se conoce como "slamming" con el fin de encontrar el efecto de la droga más rápido.

En está practica se lleva a cabo el policonsumo de sustancias, entre las que se encuentra,ya hace unos años, la mefedrona, perteneciente al grupo de las catinonas, considerada una droga recreativa con efecto estimulante. Muy adictiva, pudiendo producir como efecto secundario psicosis aguda limitada a la intoxicación o síntomas psicóticos persistentes después del uso abusivo.

Todo lo anterior ha ocasionado en nuestro días un fenómeno cultural sexual, de alto riesgo de intoxicaciones, y de riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

El médico de urgencias debe conocer estás prácticas, y el consumo de nuevas sustancias para poder hacer un manejo adecuado de las intoxicaciones agudas por drogas recreativas.

P. #17

QUE CONSUMES...QUÉ? INTOXICACIÓN CRÓNICA POR USO RECREATIVO DE ÓXIDO NITROSO

Daniel Martín Pazos[1], Marta Badia Capdevila[1], María Mercè Veny Martí[1], Julia Balcells París[1], Manuel Alanís Bernal[2]

1. EAP El Carmel, Barcelona, España
2. Hospital Universitari La Vall d'Hebrón, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Tarde de septiembre de guardia en el centro de salud. Último día haciendo guardia junto a mi resi mayor, que termina la residencia en breves. Acude paciente de 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador habitual de tabaco y de enol en forma de "binge drinking" los fines de semana, que niega consumo de otros tóxicos. Como único antecedente relevante, remitido a consulta específica de ludopatía desde mayo de 2024. Consulta por sensación de adormecimiento desde pies hasta media pierna iniciada en junio que en las últimas dos semanas condiciona inestabilidad de la marcha, habiendo caído hasta en dos ocasiones. Explica esporádicas fasciculaciones y debilidad generalizada, sin clara pérdida de fuerza. Niega relajación de esfínteres, alteraciones visuales ni del habla.

A la exploración física, paciente con buen estado general, con normalidad en los aparatos respiratorio, cardiovascular y abdominal, sin lesiones en la piel. A nivel neurológico, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, no alteraciones en el habla y sigue órdenes de forma adecuada. Pupilas isocóricas y normorreactivas, no nistagmus, movimientos oculomotores conservados. Niega diplopía, hipoestesia o paresia facial. Balance muscular de extremidades superiores e inferiores conservado. A nivel sensitivo, explica alteración de la sensibilidad a partir de media pierna que no sabe definir mejor. Reflejos rotulianos presentes y vigorosos, reflejo cutáneo-plantar derecho positivo, izquierdo dudoso. No se consigue evocar reflejos aquíleos. Romberg positivo. Marcha con aumento de base de sustentación, en tándem no posible.

Con este déficit neurológico constatado con la exploración física, decidimos indagar en posibles desencadenantes. Has comido pollo últimamente? Qué tipo de dieta realizas? Algún resfriado o gastroenteritis en junio? Consumes alguna otra droga? Noes como respuestas. Y se nos ocurre la pregunta del millón:

Escucha, tú no consumirás óxido nitroso? Gas de la risa, sabes?

Y dice sí. Desde hacía dos años, cada 3-4 semanas realizaba consumo recreativo de óxido nitroso con su círculo de amistades. En este momento nos emocionamos bastante con mi resi mayor pero no sabíamos muy bien cómo actuar, por la falta de información sobre la patología que teníamos delante.

Consensuamos enviarlo al servicio de urgencias, donde fue valorado por la guardia de neurología. Gracias a su valoración se constataron en el paciente unos reflejos rotulianos vivos, con reflejo cutáneo-plantar bilateral extensor y la no evocación de aquíleos. También alteración de la sensibilidad táctil con nivel suspendido T10-12, con mejoría hasta nivel de rodillas hasta distal y de sensibilidad algésica con nivel T10. Además, apalestesia generalizada en miembros inferiores, con hipopalestesia grave maleolar. También alteración de sensibilidad propioceptiva. Constataron el romberg positivo y el aumento de la base de sustentación.

Con todo, la orientación diagnóstica con la que ingresó en planta de neurología fue la de afectación medular de cordones posteriores y de vía piramidal así como polineuropatía sensitivo-motora mixta de predominio axonal y distribución preferente en extremidades inferiores. Por contexto, se planteó la hipótesis etiológica de déficit funcional de vitamina B12 en contexto de consumo de óxido nitroso inhalado. Los primeros análisis de sangre mostraron niveles bajos de B12 y aumentados de homocisteína y metilmalonato. La TC y la resonancia magnética no mostraron alteraciones destacables. Experimentó mejoría de la sintomatología al suplementar con B12 y fue dado de alta a domicilio para iniciar rehabilitación y proseguir con estudios para descartar otras causas de déficit de B12.

CONCLUSIONES

El consumo de óxido nitroso es una realidad en nuestro entorno
Debemos conocer sus efectos a medio y largo plazo para dar una adecuada atención
El déficit de B12 provoca una degeneración combinada subaguda
Debemos descartar otras causas de déficit de B12
Sería útil poder solicitar homocisteína y metilmalonato desde ambulatorio

P. #28

SINCOPE, Y COMO TRATAMIENTO DIALIZAR

Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], Estrella Serrano Molina[1], Natalia Tejado Rodríguez[2], Iris Livia Mar Hernández[3], Sara Ortega Ramos[4], Miguel Ángel Becerra Castro[4]

1. Hospital Severo Ochoa, Madrid, España
2. Hospital Marques de Valdecilla, Santander, España
3. SUMMA 112, Madrid, España
4. Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años traída en ambulancia por sincope en contexto de calor ambiental. No ha recibido tratamiento durante el traslado.
La paciente tiene como antecedentes un trastorno bipolar con buen control de síntomas, e hipertensión en tratamiento con ARA II desde hace unos meses.
En anamnesis con su marido, refiere que la paciente ha tenido sincope en contexto de un paseo con temperatura alta, sin pródromos, de unos 3 minutos de duración, con movimientos tónicos clónicos y trismus asociado, con posterior recuperación lenta, sin encontrarse desde entonces en su situación basal.
A su llegada a urgencias se encuentra clínica y hemodinámicamente estable, con exploración física anodina salvo TCE frontal. En exploración neurológica la paciente presenta tendencia a la somnolencia y movimientos rítmicos de la mano derecha.
Ante posible estatus convulsivo se pauta tratamiento con diazepam intravenoso y levetiracetam, con mejoría parcial de los síntomas, aunque la paciente mantiene somnolencia, que progresa hacia obnubilación en las próximas horas.
En las pruebas complementarias obtenemos:
- ECG y sistemático de orina: Sin hallazgos relevantes. Iones en orina sugestivos de fallo renal prerrenal.
- Gasometría venosa: pH 7.3 pO2 43 pCO2: 34; HCO3-: 21
- Analítica de sangre: Cr 2.1 mg/dL; Fg 40 ; K 5.7 mEq/L
- TAC cerebral: Cefalohematoma frontal. Sin otros hallazgos.

Se inicia sueroterapia y se avisa a neurología quienes realiza EEG con posible epilepsia de origen frontal, y se administra segundo fármaco antiepiléptico. Ante insuficiencia renal, en paciente en tratamiento crónico con litio, se decide ampliar niveles de litio en sangre, con valor de 3.1, por lo que se realiza diálisis urgente.
Se retira litio, y se mantiene midazolam en perfusión y acido valproico con mejoría progresiva de las convulsiones en las 12 horas siguientes. La paciente mantiene un nivel de consciencia fluctuante entre obnubilación y tendente a la somnolencia, inatenta.
Se hace control de función renal con recuperación completa y niveles de litio: 0.4 en 24 horas. A pesar de todo ello la paciente no presenta mejoría clínica y en exploración neurológica se detecta leve nistagmo vertical inferior. Se solicita RMN con resultado de: Hipodensidad en el tallo cerebral. Con clínica y RMN congruente, se realiza diagnóstico de posible Síndrome de SILENT.
Se realiza ingreso en UCI, con deterioro progresivo de la paciente que presenta síntomas de disfagia, disartria y parkinsonismo, con coma y fallecimiento posterior.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por litio pueden ser aguda, que con más frecuencia presenta síntomas gastrointestinales, cardiacos y renales. En paciente con toma crónica de litio y factores predisponentes como insuficiencia renal, diabetes mellitus, hipertensión arterial o ciertos fármacos se pueden dar intoxicaciones crónicas cuya presentación inicial es la clínica neurológica, de muy diversa índole.
El tratamiento para las crisis y estatus convulsivo de la paciente se realizo de forma correcta en este caso, siendo muy importante la actuación rápida y precoz sobre ello. Pero la causa subyacente, que fue una intoxicación crónica por litio, debe recibir un tratamiento con diálisis según los criterios EXTRIP.
EL síndrome de SILENT propiamente dicho no tiene tratamiento etiológico, ya que se cree que proviene de una desmielinización extendida del sistema nervioso sobre todo a nivel cerebeloso, cuya fisiopatología a día de hoy aun no conocemos.

P. #77

¿INTOXICACIÓN CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

María Teresa Meroño Terol, Alexander Peter Feige Aguilera, Israel Izquierdo Cortijo, Braulio Jara Torres, Israel Martín González, Marta Cambeiro Díez

SUMMA112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: BAJO NIVEL DE CONCIENCIA
Antecedentes personales:
- FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: hipertensión, dislipemia, obesidad, fumadora de 20 cigarrillos al día .
- ANTECEDENTES MÉDICOS: Ictus en 2015

Síndrome depresivo
Gonartrosis
Síndrome de apnea del sueño con CPAP
Intento autolítico por sobreingesta medicamentosa en 2013 que requirió ingreso en UCI.
Tratamiento habitual:Tramadol, Rivotril, Adiro, Duloxetina, Espironolactona.
Enfermedad actual:
Refieren sus hijos, con los que vive, que sobre las 15 h lacan dejado en casa y al volver a las 20 h la han encontrado caida sobre un mueble con bajo nivel de conciencia. No han encontrado blísters vacíos de medicamentos. Según ellos la paciente acude regularmente a consulta de psiquiatría y hace ¨ lo que le da la gana¨. A nuestra llegada apenas abre los ojos y reacciona y emite sonidos al dolor.
Exploración:
Evaluación primaria:
vía aérea:permeable,
ventilación: eupneica,
circulación: relleno capilar menor de 2 segundos, pulso radial presente,
valoración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, consciente.
Glasgow coma score(GCS): Ocular: 2, Verbal: 3, Motora: 4.
Evaluación secundaria:
NEUROLÓGICO: desorientada,
APARATO RESPIRATORIO: auscultación pulmonar normal,
APARTO CIRCULATORIO: auscultación cardíaca, rítmico sin soplos.
Resultado escala qSofa: positivo : GLASGOW <13 + TAS < 100mmHG + FR >22rpm.
CONSTANTES: TAS 44- 57, TAD 25- 34, FC 87.
ELECTROCARDIOGRAMA: sin alteraciones..
Tratamiento: Tras canalizar vía venosa periférica administramos cloruro sódico + noradrenalina + naloxona + flumazenilo.
Evolución: A su llegada al servicio de urgencias hospitalario continúan con la infusión de noradrenalina y flumazenilo y se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ingresándola en dicha unidad.
Exploración física en UCI.
A/B: Vía aérea permeable, aunque con ronquido, bien ventilada bilateral con roncus difusos,
C: TAS 80 mmHG y FC 70-80 lpm con buena perfusión periférica y sin lividece s.
D: Pupilas medias simétricas y reactivas.
GCS: 12 (O3, V4, M5) sin datos de focalidad motora.
Exploración física y analítica: normales
Toxicología : amonio, barbitúricos, metildioximetanfetamina, metadona, benzodiacepinas, anfetamina, opiáceos, cannabis, cocaina, antidepresivos tricíclicos, metanfetaminas, fenciclidina, oxycodona : negativos.
Analítica: lactato 3.8 mol y Exceso de Base 3.5, glucemia en rango, pCO2 52 e hiperpotasemia 5.5 .
TAC craneal descarta patología aguda intracraneal yTroncos Supra Aórticos que no objetiva nuevo ictus.
Evolución: comienza con deterioro progresivo por lo que se procede a Intubación OroTraqueal (IOT). Se realiza canalización de vía central (CVC) y se mantiene con Noradrenalina asi como resucitación con volumen en espera de evolución neurológica.
La evolución es favorable con retirada de la sedación. Se extuba sin incidencias. Se inicia movilización al sillón e inicio de tolerancia vía oral. Valorada por Psiquiatría se procede a ingreso en planta de Medicina Interna.
Diagnóstico principal : Bajo nivel de consciencia en relación con dudosa sobreingesta medicamentosa voluntaria(metamizol) +/- ingesta de etanol.
Diagnósticos secundarios: Enolismo crónico. Sindrome depresivo. Trastorno de la personalidad.

CONCLUSIONES

El síndrome ansioso-depresivo y el trastorno de personalidad son habituales en las ingestas medicamentosas con ideación autolítica.
Ante la sospecha de sobreingesta con ideación autolítica siempre realizamos una estabilización del paciente con la medidas necesarias para el soporte cardiocirculatorio.
La mejora del tratamiento psicológico y psiquiátrico en la práctica clínica diaria es un reto para el sistema sanitario actual.

P. #102

¿MEJOR BRADICÁRDICA O CONFUSA, ROJA Y SECA? EFECTO ADVERSO DE UN FÁRMACO DE USO FRECUENTE

Erika Yasmine Céspedes Suzuki, Maite Plaza San Martín, Jesús Ramírez Navarro, Iñigo Paniagua Díaz, María Santisteban Bocos, Diego Vázquez Aller

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73 años, con alergia a aminoglucósidos y eritema con ibuprofeno. A destacar entre sus antecedentes: miocardiopatía hipertrófica no obstructiva con FEVI normal e insuficiencia mitral moderada-severa; flutter auricular paroxístico con mala tolerancia por episodios de insuficiencia cardiaca descompensada (en tratamiento con amiodarona 200 mg y bisoprolol 1.25 mg al día); enfermedad arterial coronaria severa de la CD proximal revascularizada; lupus eritematoso con afectación orgánica renal (glomerulonefritis membranosa) en tratamiento con azatioprina, hidroxicloroquina, prednisona y belimumab; y anemia de trastorno crónico en tratamiento con eritropoyetina.

La paciente acude al Servicio de Urgencias refiriendo disnea de esfuerzo acompañado de sensación de mareo, sin síncope. A su llegada, PA 143/63 mmHg, SpO2 98%, afebril y exploración general normal salvo bradicardia a 25lpm. En las pruebas complementarias presenta insuficiencia renal crónica en el rango habitual (TFG 18) y ECG que muestra ritmo de escape de QRS intermedio con morfología de BRD a 25 lpm. Se administra en total 2mg de atropina iv y, ante nula respuesta, se inicia perfusión de isoproterenol a 0.02 mcg/kg/min, con buena respuesta inicial y taquicardización hasta 75 lpm. En esta situación y encontrándose la paciente asintomática, se decide ingreso en Cardiología con telemetría, sin betabloqueantes ni amiodarona. A los 30 minutos, se suspende la perfusión de isoproterenol por comienzo de rubor facial y en tronco superior, midriasis, confusión, incoordinación motora, sequedad de mucosas y dificultad para respirar. Inicialmente y, ante sospecha de reacción alérgica medicamentosa, se administra hidrocortisona y dexclorfeniramina iv, así como lorazepam 1 mg sl por nerviosismo, con un vómito posterior. Revalorado el caso y los síntomas presentados tras administración de atropina en paciente con insuficiencia renal, se sospecha síndrome anticolinérgico (SA) y se avisa a los servicios de Cardiología y Reanimación. La paciente es ingresada finalmente en la Unidad Coronaria, donde se le administra fisostigmina (4mg en total) con mejoría y resolución del cuadro. Así mismo, se procede al tratamiento del motivo de consulta inicial en Urgencias con implantación de marcapasos AAI-DDD.

CONCLUSIONES

El SA se define como la reducción de la actividad colinérgica en el sistema nervioso, producto de la inhibición competitiva de la unión de la acetilcolina a los receptores muscarínicos. Es un síndrome secundario al uso de medicamentos con efecto anticolinérgico, durante la anestesia, la reanimación cardiopulmonar y la ingesta de tóxicos. Entre dichos medicamentos destacan los antihistamínicos, atropina, escopolamina, fenotiazinas y antidepresivos tricíclicos. Plantas como la belladona y el estramonio también pueden producirlo. Las manifestaciones clínicas pueden ser centrales y periféricas, pudiendo evidenciarse desde confusión, inquietud, delirio, alucinaciones visuales, midriasis, retención urinaria, fiebre, taquicardia, hiperemia, hipertensión, arritmias, hasta coma y muerte. La atropina se relaciona más comúnmente con manifestaciones excitatorias.

Se ha descrito como factores asociados al desarrollo de SA: dosis de atropina >1mg, antecedentes de patología psiquiátrica, puntuación positiva en la Delirium observation screening scale y un IMC<24 kg/m2.

El diagnóstico es clínico y se basa en el antecedente de exposición reciente a medicamentos anticolinérgicos, la exclusión de otras causas y una respuesta positiva al tratamiento con fisostigmina. El diagnóstico diferencial incluye desórdenes metabólicos, respiratorios, cardíacos, neurológicos, psiquiátricos y causas yatrogénicas. Se deben considerar también la coingesta de salicilatos, paracetamol, simpaticomiméticos e ISRS.

El tratamiento se basa en suspensión de la sustancia anticolinérgica, protección de la vía aérea, soporte hemodinámico, lavado gástrico, benzodiacepinas en casos de agitación y el empleo, en casos severos, de fisostigmina (inhibidor de la anticolinesterasa) a dosis de 0.5-2mg en adultos en infusión lenta a un ritmo de 1mg/min o incluso >5min, pudiéndose repetir la dosis en 30-60min. La administración rápida puede desencadenar bradicardia, distrés respiratorio y convulsiones.

P. #112

HIPOGLUCEMIA COMO MANIFESTACIÓN DE SOBREDOSIS POR FENTANILO EN PACIENTE PORTADORA DE PARCHES TRANSDÉRMICOS: UN CASO CLÍNICO

Alberto Ramírez Fernández[1], Sandra Caloca Amber[2], Silvia Del Río Rodera[3], Vanesa Pascual Granollés[3]

1. Hospital Universitario mutua de Terrassa, Terrassa, España
2. Universidad de León, Santander, España
3. Hospital universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentación del Caso
Mujer de 76 años, con hipertensión arterial, dislipemia, marcapasos, ansiedad, depresión neurótica, fibromialgia, meniscopatía, lumbociatalgia, coxartrosis y metatarsalgia, autónoma, que experimentó una disminución aguda del nivel de consciencia una hora después de comer, motivo por el que se activa al 112.
A la llegada del soporte vital básico, estaba hemodinámicamente estable, con un Glasgow coma score de 12 y glucemia de 37 mg/dl, lo que motivó la activación de un recurso superior. El equipo de soporte vital avanzado, confirmó la hipoglucemia y administró glucosa endovenosa con posterior normoglucemia pero persistencia de bajo nivel de consciencia y pupilas puntiformes lentamente reactivas. El tratamiento habitual de la paciente incluía, fentanilo transdérmico que podría explicar el cuadro clínico. La familia confirmó un error por sobredosificación del mismo, y se orientó el caso a una intoxicación por mórficos. Se administró naloxona endovenosa, lo que a su vez produjo un cuadro agudo de abstinencia.
A su llegada al servicio de urgencias, la paciente presentó de nuevo hipoglucemia, requiriendo tratamiento con suero glucosado de forma continua y naloxona infusión continua. Se asoció oxigenoterapia y antibioticoterapia por broncoaspiración. Además presentó una retención aguda de orina (RAO) requiriendo sondaje vesical. Tanto la NBA como la RAO podían explicarse por la intoxicación por opiaceos, y se sospechó de hipoglicemia por insuficiencia suprarrenal secundaria a opioides. Se solicitaron niveles basales de cortisol y ACTH, pero se habían administrado corticoides sistémicos por broncoespasmo y los resultados no fueron concluyentes. Sin embargo, la valoración por parte de endocrinología confirmó el diagnóstico de sospecha sin poder llegar a obtener un diagnóstico definitivo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En las últimas décadas, el fentanilo ha asumido un papel protagonista en la analgesia a nivel global desde su síntesis (1960). Este potente opioide, soluble en lípidos, incluye diferentes vías de administración: intravenosa, transdérmica, oral, nasal y subcutánea. Su comercialización y administración más frecuente es en parches transdérmicos.
Los parches transdérmicos contienen grandes cantidades de fentanilo y su liberación es errática por causas externas al propio parche (mantas eléctricas, aumento de la temperatura corporal del paciente), lo que conlleva a presentar más efectos adversos y mayor riesgo de intoxicación que otras formulaciones más convencionales.
Los síntomas de sobredosis incluyen bradipsiquia, coma, depresión respiratoria o parada cardiorrespiratoria. Aunque la hipoglucemia no se describe en la ficha técnica como un posible efecto adverso algunos estudios sugieren que los opioides pueden alterar los mecanismos de la glucosa.
La hipoglucemia inducida por opioides puede explicarse por varias vías fisiopatológicas: la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal; la alteración de la regulación autónoma del sistema nervioso central y la posible estimulación pancreática de la secreción de insulina. Estas alteraciones contribuyen a una incapacidad del organismo para mantener niveles adecuados de glucemia, especialmente en sobredosis. El hipoadrenalismo inducido por opioides es una entidad clínica poco reconocida con resultados adversos potencialmente graves y se han notificado casos relacionados con opioides comunes, incluidos fentanilo y tramadol.
Este caso ilustra la compleja interacción entre los opioides y el metabolismo glucémico, abordando posibles mecanismos fisiopatológicos. El fentanilo puede asociarse con efectos adversos graves, especialmente en su presentación transdérmica. Se enfatiza la necesidad de considerar la hipoglucemia en pacientes tratados con opioides, especialmente en situaciones de sobredosis o exposición prolongada.
Subrayamos la importancia del monitoreo en poblaciones vulnerables, así como la necesidad de realizar estudios para determinar y comprender mejor los efectos metabólicos del fentanilo y su impacto en la seguridad clínica en una sociedad cada vez más polimedicada, anciana y con necesidades crecientes de fármacos analgésicos potentes.

P. #118

SABER CUANDO PRESCRIBIR ES LA MEJOR FORMA DE PRESCRIPCIÓN MEDICA

Enmanuel Chirino García, Paula Romero Gallardo, Aurora Navarro Regi, Blanca Andrea Gallardo .

HUSO, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 96 años de edad con antecedente de DM2. HTA, autónoma para las actividades de la vida diaria, camina sola, con diagnóstico de
Herpes Zoster hace 4 días, tratado con Valaciclovir 1gr cada 8 horas durante 4 días e ibuprofeno 400mg por lesiones en cuero cabelludo sin otras complicaciones. Acude a urgencias traída por la hija, quien refiere que la nota desorientada desde hace 1 dia con bradilalia y con inestabilidad para la marcha con tendencia a la caída, sin otro síntoma. examen fisico neurológica la paciente se presenta: Desorientación en lugar y tiempo, bradilalia, inestabilidad para la marcha. En las pruebas complementarias:

- AS: ligera eosinofilia, aumento significativo Cr: 2.8, (previa Nov 2021: 0.56) K: 6.8 *No
- TC cráneo: no patología aguda intracraneal, sistemático de orina con leucosituria y eosinofilos en el sedimento sin evidencia o datos de infección urinaria.

Por lo que por examen físico, historia clínico de solo nueva introducción de aciclovir en combinación con AINES se plantea FRA: NTIA por fármacos:
VALACICLOVIR + AINES. Se suspende los fármacos nefrotóxicos y se inicia hidratación parenteral.
A las 24 horas clínicamente la paciente posterior a hidratación mejora la desorientación, mejora lenguaje, así como también mejora cifras de Cr.
Dada la mejoria clinica y analicia sumado a la edad se decide no realizar la puncion lumbar.

CONCLUSIONES

La NTIA es una patología en el que se sospecha una reacción inmune mediada por células. La etiología se relaciona entre muchos otros, con el uso de fármacos como AINES. Debe plantearse en pacientes con FRA, como era esta paciente con empeoramiento de la función
renal, descartándose otros procesos y siendo la toma de ibuprofeno y valaciclovir los que coincidieron con el inicio de la clínica y confirmándose con la retirada del medicamento y la normalización de la función renal, pero siendo esta tiempo dependiente del diagnóstico precoz.
Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, dado que el TAC de cráneo fue normal no se activo código ICTUS / encefalitis vírica por vhZ y dada la clínica larvada de 48 horas y que mejoro en menos de 24 horas, solo con hidratación, adema de empeoramiento franco de Cr que no suele verse afectada en una encefalitis herpética donde el empeoramiento de la función renal suele verse cuando hay afectación sistémica, no se planeo como Dx principal y no se realizo Punción lumbar a pesar de plantearse como posibilidad diagnostica

P. #153

CUANDO EL TRATAMIENTO ES LA PEOR SOLUCIÓN

Candela María Estrada Costas, Marcos Oliver Fragiel Saavedra, Beatriz García Fernández-Bravo, Guillermo Rodrigo Sancho

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por cuadro de fiebre de hasta 38ºC durante las últimas 24h, asociando cefalea de tipo opresiva en región frontoparietal (EVA 3/10), dolor cervical más acusado con las maniobras de Valsalva, epigastralgia, astenia y mialgias. Pareja ingresada en la UCI por meningitis meningocócica en otro centro, con último contacto hace 1 semana.
A la exploración neurológica no presenta focalidad. No signos meníngeos.Tampoco presentaba exantemas a la exploración física. Ante la sospecha de meningitis por el cuadro clínico que presentaba el paciente y el antecedente epidemiológico en Urgencias se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona, Vancomicina y Aciclovir tras la realización de una punción lumbar. Previo a la punción lumbar se realizó TC basal de cráneo en que no se objetivaron signos sugerentes de patología intracraneal agudos. Ante el resultado positivo de PCR para VHS-2 y parvovirus en el LCR se suspende la antibioterapia y se mantiene el tratamiento con aciclovir ajustado a peso ante el diagnóstico de primoinfección por VHS-2.
En Urgencias es valorado por Neurología, con quienes se consensua ingreso en Infecciosas ante ausencia de clínica neurológica. El paciente presenta buena evolución, sin embargo, presentó una serie de complicaciones asociadas al tratamiento con aciclovir; la primera fue un episodio de alucinosis visuales autolimitadas sin alteraciones neurológicas. Además, a las 24h de tratamiento desarrolla fracaso renal agudo sin alteraciones iónicas pese a la reducción de la dosis del tratamiento y sueroterapia. Se realiza eco-doppler con resultado normal y es valorado por Nefrología, con el diagnóstico clínico de FRA AKIN III en relación con toxicidad por aciclovir más probable nefropatía por cristales. Se realizan controles analíticos objetivándose pico de Creatinina de 5mg/dl, por lo que finalmente se decide suspensión del fármaco tras 2 días de tratamiento. Se sustituye por Famciclovir oral por perfil más seguro, cumpliendo 7 días de tratamiento. La función renal se normaliza al cabo de 4 días.

CONCLUSIONES

La meningitis vírica es considerada una infección relativamente común en los diferentes grupos de edad, pudiendo pasar desapercibida o cursar como un cuadro autolimitado en la población adulta. La mayoría de pacientes de edad adulta con un cuadro de meningitis vírica no necesitan ser hospitalizados, pudiendo recibir tratamiento ambulatorio consistiendo básicamente en antipiréticos, analgésicos y antieméticos.
En cuanto al tratamiento de las meningitis producidas por VHS se ha demostrado que la terapia antiviral en pacientes inmunodeprimidos debe iniciarse de inmediato y que cualquier retraso en la administración puede dar lugar a complicaciones

adversas. Concretamente el uso de aciclovir como tratamiento para las meningitis inducidas por VHS-2 en pacientes inmunodeprimidos demostró mejores resultados que en aquellos pacientes que no recibieron tratamiento.
En nuestro caso clínico, se trataba de un paciente inmunocompetente por lo que el tratamiento antiviral no habría sido estrictamente necesario, de tal manera que podría haberse evitado la nefrotoxicidad provocada por el tratamiento con aciclovir. La tubulopatía intersticial aguda provocada por Aciclovir se debe al depósito de los cristales del fármaco en los túbulos renales contorneados distales: debiéndose establecer tras el diagnóstico diferencial con otros cuadros de fracaso renal agudo. Suele presentarse con alteraciones analíticas en la función renal a las 24 - 48 h de la administración del fármaco y corregible con hidratación intravenosa.
Se debe destacar la importancia de conocer las indicaciones de las distintas terapias farmacológicas previo a su inicio, así como sus posibles efectos adversos, teniendo en cuenta el importante abanico de diagnósticos diferenciales y opciones terapéuticas en los que se ve inmiscuido el urgenciólogo.

P. #156

TOPIRAMATO Y RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO: UNA URGENCIA A CONSIDERAR

José Juan Mármol Cantero, Enrique Mesa Del Castillo Albacete, Juan Domingo Bernal Cerezo, Joaquín Solano Lopéz, María José Mártinez Nicolas, Márta Pérez Crespo

Hospital Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 31 años con antecedentes de migraña episódica de alta frecuencia, en tratamiento con topiramato 50 mg (1-0-1), amitriptilina 10 mg 0-0-1, xeristar 60 mg 1-0-0, imigran neo 50 mg (sumatriptan) de rescate ,desde hace más de 10 años, consulta por dolor lumbar bilateral, que refiere distinto a cólicos reno -ureterales previos, sin asociar síndrome miccional, ni fiebre, ni artralgias, ni otra clínica acompañante. Señala como antecedente previo al episodio , el día anterior intenso ejercicio físico (preparación pruebas físicas) acompañado de episodio de taquicardia y vómitos autolimitados.
Exploración física:
TA 124/74 mmHg,FC:50 lpm, afebril, satO2 97%, discreta sequedad de piel y mucosas .C/C: No IY a 45°, ACP: Rítmico, sin soplos, con buena ventilación. Abdomen normal. PPRB(-).EEII: Sin edemas, no signos de TVP.
Pruebas complementarias:
-Servicio urgencias:
-Analítica: Bioquímica: Glucosa 156 mg/dl, creatinina: 3,21 mg/dl; urea de 51 mg/dl; Na+ de 135 mEq/l; K+ de 4,3 mEq/L; PCR: 1,75 mg/dl; Hb de 13,9 g/dl; leucocitos de 5,30 x 103/uL; plaquetas de 137.000/uL. Anormales y Sedimento:Densidad 1,010 g/ml; glucosa de 50 mg/dl; proteínas 300 mg/dL; leucocitos por campo: 10-20. pH: 6. Hematíes negativos.Gasometría venosa: pH: 7,272; PO2: 43 mm de Hg; CO3H-: 15,3; lactato: 0,9.
-Ecografía renal: Ambos riñones de tamaño, morfología y ecogenicidad normales, observándose un grosor cortical conservado y una buena diferenciación córtico-medular. Rarefacción de la grasa y pequeña cantidad de líquido perirrenal bilateral, más evidente y cuantiosa en celda renal izquierda, donde puede medirse una colección de 10 x 4,3 cm, completamente anecoica. También hay líquido libre perihepático, peripancreático, periesplénico y en Douglas.
-TAC abdominal sin contraste: Se observan alteraciones perirrenales retroperitoneales en probable relación con la sospecha de nefritis (inducida por fármacos) sin que haya evidencia de litiasis ni dilatación de vías excretoras en aparato urinario.
——
-Se contacta con el servicio de Nefrología del hospital de referencia que indica traslado de la paciente para estudio.
-Planta Nefrología:
-Analítica Bioquímica: Creatinina: 4,23 mg/dl; urea de 70 mg/dl; Na+ de 135 mEq/l; K+ de 4,7 mEq/L; LDH 249 mg/dl; PCR: 2,12 mg/dl; Hb de 13,6 g/dl; leucocitos de 6,78 x 103/uL; plaquetas de 139.000/uL; INR de 0,97; ratio de TTPA de 0,78. CPK de 77 mg/dl. Anormales y sedimento: Glucosa de 50 mg/dl; proteínas 300 mg/dL; leucocitos por campo: 17. pH: 6. Hematíes negativos. Gasometría venosa: pH: 7,272; PO2: 43 mm de Hg; CO3H-:

15,3; lactato: 0,9. Serología: Negativa para VHB, VHC, CMV y Treponema pallidum. IgM e IgG positiva para virus de Epstein-Barr. Urocultivo: negativo.
-Doppler renal: Riñones de tamaño y morfología normal. Adecuada diferenciación y grosor cortico-medular. No dilatación de los sistemas excretores. Sin evidencia de hidronefrosis ni signos directos que sugieran patología vascular renal por ecografía.
Estudio inmunológico: ANCA negativos, Ana negativos. Inmunoglobulinas normales. Complemento normal. Orina de 24 h: Albuminuria 6.73 mg/dl; proteínas 15.20 mg/dl. Proteinograma en orina normal (no se detecta componente monoclonal. Biopsia renal: Diagnóstico histológico: Parénquima renal con signos de sufrimiento tubular sin patología glomerular asociada.
Diagnóstico principal: Fracaso renal agudo inducido por Topiramato evolucionando a nefritis tubular aguda

CONCLUSIONES

El topiramato, a pesar de sus múltiples beneficios terapéuticos, se ha asociado con un riesgo aumentado de desarrollar nefritis tubulointersticial. Esta complicación renal, aunque no es extremadamente común, debe ser considerada en todos los pacientes tratados con este fármaco, especialmente en aquellos con factores de riesgo preexistentes como enfermedad renal crónica , uso concomitante de otros nefrotóxicos, o asociado a ejercicio físico intenso , como nuestro caso.
-La asociación de consumo crónico de topiramato junto ejercicio físico intenso, aumenta el riesgo de acidosis metabólica y daño tubular renal, con riesgo de fracaso renal agudo en pacientes jóvenes.

P. #168

UNA MORDEDURA POTENCIALMENTE PELIGROSA

María Rodenas Baquero, Francisco Torres Bautista, María Calvo-Villamañan Pérez, Clara García Justicia, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 22 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias tras sufrir una mordedura de víbora en el 5º dedo de la mano izquierda mientras practicaba escalada en Los Pirineos hace 48 horas. Inicialmente consulta en Hospital de referencia donde iniciaron tratamiento con corticoide y antibiótico oral Acude a nuestro servicio de Urgencias por signos de inflamación local hasta raíz de miembro, con empeoramiento progresivo. Sin fiebre ni otra clínica sistémica asociada.
A la exploración física, tumefacción importante de miembro superior derecho hasta raíz de miembro, con eritema hasta tercio medio de antebrazo y aumento de temperatura local. A la palpación, tejido blando sin tensión. Movilidad activa conservada en dedos, muñeca y codo; aunque limitada en últimos grados por tumefacción. Relleno distal conservado con leve frialdad de pulpejo de los dedos.
Se realiza una analítica sanguínea en la que se objetiva leucocitosis con desviación izquierda sin elevación de otros reactantes de fase aguda, resto anodina. En la radiografía de antebrazo se objetiva edema de tejido celular subcutáneo sin otros datos de complicación.
Es valorada por Traumatología y Cirugía Ortopédica quienes descartan datos de síndrome compartimental agudo en el momento de la exploración y recomiendan vigilancia estrecha.
Se contacta con el Centro Nacional de Toxicología quienes dado el tiempo de evolución descartan necesidad de tratamiento con faboterapia.
Se inicia tratamiento tromboprofiláctico con heparina y analgesia convencional y se ingresa a la paciente para vigilancia clínica, con buena evolución.

CONCLUSIONES

- La gravedad de la mordedura de una víbora varía en gran medida en función de varias circunstancias: el tamaño y la especie de la serpiente, la cantidad y la toxicidad del veneno inoculado, la localización de la picadura, la edad y presencia de problemas de salud subyacentes.
- Se debe hacer una limpieza exhaustiva de la zona con algún antiséptico e inmovilizar la extremidad que ha recibido la mordedura, manteniéndola a la altura del corazón o por encima del mismo, retirando prendas o joyas que puedan apretar.
- Es importante obtener una analítica completa con hemograma, coagulación y bioquímica, incluyendo fibrinógeno y función renal.
- En cuanto al tratamiento, es muy importante administrar analgesia y se debe contactar con Toxicologia para decidir la necesidad de tratamiento con faboterapia. Si el paciente no está inmunizado, hay que administrar profilaxis antitetánica. El

uso de antibioterapia se reserva para la aparición de infección en la zona. El uso de profilaxis con heparina y los corticoides son más discutidos.

P. #182

CUIDADO CON EL ATUN

María Calvo-Villamañan Pérez, Sabian Aranda Guerrero, Juan Carlos Ríos Pérez, Clara García Justicia, Giuseppe Dominianni, Álvaro Pineda Torcuato

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 34 años, previamente sano sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por la aparición de síntomas que incluyen prurito generalizado, enrojecimiento facial, dolor abdominal tipo cólico, náuseas, y vómitos, aproximadamente dos horas después de haber consumido una cena en un restaurante local.
El paciente refiere haber comido atún en conserva, el cual había estado almacenado en una lata abierta durante al menos dos días en su nevera. Además, menciona que el atún tenía un olor algo fuerte antes de ser consumido.
En la exploración fisica se observa una erupción eritematosa en la cara, cuello y parte superior del tronco, que se acompaña de ligeros signos de edema en la región periorbital. La tensión arterial es de 130/85 mmHg, la frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, y la temperatura corporal de 37.5°C. Los ruidos intestinales están aumentados y el abdomen presenta dolor a la palpación en la región inferior derecha. No hay signos de rigidez abdominal ni distensión.
Se realiza un diagnóstico diferencial considerando otras intoxicaciones alimentarias como la salmonelosis, la intoxicación por toxinas de pescado, y las reacciones alérgicas a alimentos, pero tras una revisión exhaustiva del historial alimentario y los síntomas del paciente, se sospecha de escombroidiosis.
Se inicio tratamiento con antihistamínicos para controlar los síntomas de la reacción alérgica, así como Metoclopramida para reducir las náuseas y vómitos. En casos más severos, se pueden utilizar corticosteroides para controlar las reacciones alérgicas graves y la inflamación.
El paciente evoluciono favorablemente al tratamiento con antihistamínicos y antieméticos, y los síntomas desaparecen por completo en 24 horas. El paciente es dado de alta con recomendaciones para evitar el consumo de pescados que no hayan sido almacenados y manipulados adecuadamente.

CONCLUSIONES

La escombroidiosis es una intoxicación alimentaria que se produce por la acumulación de histamina en pescados que no han sido almacenados correctamente. Los peces de aguas profundas como el atún, la caballa y el bonito, entre otros, pueden ser portadores de altos niveles de histamina cuando no se almacenan o manipulan adecuadamente
La histamina puede provocar una reacción alérgica en los seres humanos, lo que da lugar a una serie de síntomas que varían en intensidad. Este caso clínico describe a un paciente con diagnóstico de escombroidiosis tras consumir pescado en mal estado.
El tratamiento oportuno con antihistamínicos y el manejo de los síntomas gastrointestinales suelen ser suficientes para una

recuperación completa en la mayoría de los casos.
Es importante educar a la población sobre la correcta manipulación y conservación de los pescados, ya que el almacenamiento inadecuado puede favorecer la formación de histamina

P. #189

INVESTIGANDO UN SHOCK: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

SUSANA Ochoa Vilor[1], ANDREA Terrón Sánchez[1], JUDIT Aranda Salom[1], JAIME Laureiro Gonzalo[1], Manuel Ángel Ochoa Vilor[2], NURIA Arroyo Reino[3]

1. Servicio de Urgencias, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, Madrid, España
2. E.A.P Bembibre, Bembibre, España
3. SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años fumador, consumidor de alcohol crónico, en tratamiento con disulfiram 250 mg cada 24h para deshabituación, EPOC Gold 3E, con epilepsia focal secundaria a un cavernoma temporal derecho en tratamiento con levetiracetam 1000mg cada 12 horas y con antecedente de intento autolítico en 2023 mediante sobreingesta de alcohol y fármacos.
Fue atendido en su domicilio por SUMMA por un cuadro de mareo, temblor generalizado, diaforesis, opresión centrotorácica, palpitaciones y náuseas de inicio brusco. Se objetivó una hipotensión marcada de 60/30 mmHg, taquicardia y alteración del nivel de conciencia en forma de confusión, por lo que se inició sueroterapia con suero fisiológico y se decidió traslado a nuestro centro.
Una vez en el Servicio de Urgencias se comprobó la situación de inestabilidad hemodinámica, hipotensión grave con PAS de 65 mmHg, taquicardia sinusal a 140 lpm y desorientación y agitación psicomotriz. Destacaba en la exploración física una importante rubefacción cutánea generalizada. Ante dichos hallazgos se sospechó una reacción anafiláctica, se aumentó el volumen de sueroterapia y se inició tratamiento con corticoides sistémicos y antihistamínicos, con lo que se comprobó una progresiva mejoría hemodinámica y neurológica, sin precisar empleo de adrenalina ni otras drogas vasoactivas.
Al entrevistar a paciente y familia, en un primer tiempo, estos no reconocían posibles desencadenantes del cuadro. Aseguraron un correcto cumplimiento del tratamiento con levetiracetam y disulfiram y negaron el consumo de alcohol desde hacía 6 meses. Por este motivo, ante la existencia de fenómenos de vasodilatación y rubefacción, el cuadro se interpretó inicialmente como una anafilaxia por un agente no identificado. Sin embargo, el paciente finalmente admitió consumo de whiskey, lo que nos permitió confirmar el diagnóstico de un shock acetaldehído por consumo de disulfiram y toma de alcohol.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, queda demostrado que, incluso en situaciones de inminente riesgo vital una correcta anamnesis juega un papel prioritario en el correcto diagnóstico etiológico y, consecuentemente, también en un adecuado manejo terapéutico.

P. #194

IMPORTANCIA DE LOS DISPOSITIVOS DE ALERTA ADECUADOS. NUEVOS MÉTODOS PARA LA ANTIGUA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Almudena Morales Sánchez[1], Rosario García Álvarez[1], María Jesús Hernández García[2], Francisco Feliciano Suárez Izquierdo[3], Héctor Manuel Pablo Hernández[4], Raquel Sánchez Martín[2]

1. Emergencias Sanitarias CyL, Valladolid, España
2. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Sacyl, Salamanca, España
3. Httgroup, Salamanca, España
4. SAMUR-PC, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta- extrahospitalaria.
Avisan por mujer de 23 años sin antecedentes de interés, quien es encontrada inconsciente en el interior de la bañera por su pareja. Al entrar el equipo de emergencias en el baño, el detector de monóxido de carbono (CO) presenta alarma de 69 ppm. Sospechando intoxicación por CO se sale del domicilio, retirando también a la paciente y al alertante. Se avisa a bomberos para control de la escena.
- Paciente 1 (la mujer)
Anamnesis: no colaboradora. Lo descrito.
Exploración física: Obnubilada. Hollín en piel y mucosas. Múltiples cortes en muñecas. Eupneica. Cabeza y cuelo: No IY a 45. Pulsos carotideos normales. A. Cardiaca: RsCsRs. A. Pulmonar: mvc, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: normal. Neurológico: funciones superiores normales. Pares craneales normales. Resto exploración normal.
Pruebas complementarias.
Constantes: FC 134 lpm. TA 120/84 mmHg. SatO2 99% Tª 35.8°C
ECG: Sinusal a 130 lpm. Eje 60°. PR 160ms. QRS 80ms. Resto normal.
Tratamiento y evolución.
Ante la sospecha de intoxicación por CO se inicia tratamiento con oxígeno (O2) mascarilla reservorio a FiO2 de 1. Durante el traslado al Hospital la paciente recupera estado de alerta con gasometría normal. En el Hospital, la paciente presenta tendencia al llanto, juicio conservado con ideas pasivas de muerte. Informa de situación personal estresante desde hace años y bajo estado de ánimo que ha precisado medicación antidepresiva. El día anterior presentó momento vital crítico, por lo que decide acabar con su vida siguiendo las pautas de una serie de televisión sobre formas de morir fácilmente. Ingiere pastillas para estar más calmada (no sabe determinar) y procede a quemar carbón vegetal (CV) en el baño para "agotar el oxígeno". La analítica muestra valores de CarboxiHb de 11.3, pH 7.39, CO2 43, O2 99, láctico 0.8, Bioquímica y hemograma normal. Tóxicos negativos. Se mantiene O2 mediante mascarilla reservorio y se repite analítica a las 4h con valores de carboxihemoglobina en rango normal. Es valorada por psiquiatría quien decide control ambulatorio mediante protocolo de riesgo autolítico.
Diagnóstico: Intento de autolisis. Intoxicación por CO.
- Paciente 2 (alertante)
Anamnesis: acababa de llegar al domicilio cuando encontró a su pareja. Refiere nauseas, mareo y cefalea.
Exploración física y constantes normales. SatO2 98%. Tras administrarle oxígeno con mascarilla reservorio presenta mejoría clínica.

CONCLUSIONES

- La forma habitual de intoxicación por CO en nuestro medio es por inhalación de gases procedentes de calderas, braseros, estufas, incendios y motores. Destacando la inhalación de gases del tubo de escape de vehículo con fines suicidas. La globalización ha permitido conocer nuevos métodos con fines autolíticos como es la quema de CV en un espacio confinado con la consecuente disminución de O2, habitual en países asiáticos tras su uso por "celebritis" coreanas.
- La gente joven con mayor acceso a las redes sociales y tecnología digital investiga nuevas formas de suicidio, como el caso descrito, donde la quema de CV se percibe como una forma de morir más accesible e indolora.
- En este caso, el uso de detector de CO estándar y obligatorio en cualquier aviso, independientemente del lugar, facilitó la identificación de esta molécula, evitando más víctimas, como los propios rescatadores.
- El CO es un gas inodoro e incoloro que causa la muerte al desplazar al oxígeno de su unión con la hemoglobina circulante, produciendo una hipoxia tisular anóxica. Los pulsioxímetros estándar no lo detectan al no discernir entre la sustancia que transporta la hemoglobina.
- El tratamiento de la intoxicación por CO es O2 a alta concentración hasta el lavado de CO y el control de las constantes vitales del paciente.

P. #196

LO QUE NO SE ESCRIBE NO SE VE

Isabel María Morales Barroso
Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 61 años con antecedentes personales de EPOC, bronquiectasias, aspergilosis pulmonar necrotizante y VIH C3 (CV indetectable últimamente control). En tratamiento con bictegravir/emtricitabina/tenofovir, atrovent, trimetoprim/sulfametoxazol y metadona. Actualmente en tratamiento con antituberculostáticos (etambutol, azitromicina y rifampicina) por infecciones por Micobacterium avium (MAI).
Acude a urgencias por caída en vía publica en relación a malestar general, astenia y anorexia. Niega aumento de disnea, tos, expectoración, fiebre, disuria u otra clínica infecciosa asociada. Solo comenta astenia en los últimos días.
En la exploración física: regular aspecto, astenia con habla enlentecida; Glasgow 15/15, orientado en tiempo y espacio; TA 80/58 mmHg, 45 lpm. 36,5°C, auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplo con roncus abundantes y disminución del murmullo. Abdomen anodino.
Pruebas completarías:
- Gasometría venosa a la llegada pH 7.38, pCo2 51.9 mmHg, Láctico 0.7 mmol/L
- Hemograma: Hb 11g/dl; 11305 leucocitos/mcL; 8300 neutrófilos/mcL; 301.000 plaquetas/mcL; INR 1,29
-Bioquímica: glucosa 101 mg/dl; Urea 32 mg/dl; Creatinina 0,86 mg/dl; Na 136 mEq/L; K 4,2 mEq/L; PCR15 mg/L.
- ECG: ritmo sinusal a 40 lpm, PR constante, no signos de isquemia aguda
-Radiografía tórax: similar a previas con patrón compatible con bronquiectasias.
EVOLUCION:
Mantenemos el paciente en área de observación con monitorización cardiaca, control de tensión arterial y diuresis. Se inician hidratación intensiva, antibioterapia y control de diuresis horaria.
A las 6 horas mantiene cifras similares de tensión arterial, frecuencia cardiaca y diuresis de < 20 cc/h tras 2500 cc SF
El paciente solicita su tratamiento y solicita metadona. Se revisa HC (metadona administrada por Centro Drogodependencia (CPD), por lo que no hay registro de dosis). El paciente comenta que toma más metadona porque el tratamiento " se lo come".
Viendo que ha pesar fluidoterapia intensiva no mejora parámetros. Empezamos a indagar sobre el tratamiento que realiza.
REINTERROGAMOS al paciente, vemos que desde hace unas semanas ha iniciado metadona 60 - 0 - 30) por disminución del efecto con la administración de rifampicina; Profundizamos sobre el cumplimiento del tratamiento MAI —>> mal cumplimiento del tratamiento haciendo a veces el tratamiento y otros no, entrando en incongruencias (rifampicina tiñe de rojo saliva, orina y otras secreciones) y se objetiva que no es así durante su estancia en el hospital.
Tras 72 horas en observación se normaliza la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.
Juicio clínico: Hipotensión y bradicardia por sobredosificación de Metadona.

CONCLUSIONES

La metadona puede tener efectos graves sobre la tensión arterial y el corazón. Este opioide utilizado para tratar la dependencia de otras drogas, puede causar depresión respiratoria y alterar el ritmo cardíaco. En dosis altas, la metadona puede disminuir la presión arterial, provocando hipotensión, lo que a su vez puede generar mareos, desmayos o incluso shock en casos extremos.
Conocer el tratamiento que realiza una persona es fundamental para garantizar una atención adecuada y prevenir posibles complicaciones. Al estar informados sobre los medicamentos o terapias que se están utilizando, se pueden anticipar reacciones adversas, lo que permite actuar de manera rápida y eficaz si surgen problemas. En este caso era fundamental saber que se había subido la dosis y el efecto de rifamipicina sobre el efecto de la metadona. En definitiva, este conocimiento no solo mejora la eficacia del tratamiento, sino que también garantiza la seguridad y bienestar del paciente a largo plazo.

P. #234

MAS ALLÁ DEL EFECTO CARDÍACO: ROSÁCEA INDUCIDA POR BISOPROLOL

Marta Lara Armenteros, Marina Fernández Alcázar, Beatriz De Villalonga Zornoza, Manuel Pérez Figueras, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 82 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de dislipemia en tratamiento con atorvastatina y fibrilación auricular (FA) anticoagulada con sintrom. Acude al servicio de urgencias (SU) por molestias oculares y aparición de lesión cutánea periocular derecha de días de evolución. Estando en sala de espera del SU sufre cuadro sincopal. Cinco días antes había sido derivada al servicio de Urgencias por palpitaciones con electrocardiograma (ECG) a 156 latidos por minuto en su Centro de Salud, donde se inició tratamiento con bisoprolol 2.5mg en desayuno y cena. En la visita actual cuenta enrojecimiento periocular y malar, con sensación de ardor de predominio derecho, junto con edema ocular. Niega aparición de vesículas u otras lesiones. Aunque la paciente tenía tendencia al enrojecimiento malar de forma habitual, refiere empeoramiento desde que inició el tratamiento con bisoprolol. Respecto al síncope, cuenta aparición de pródromos con posterior pérdida de consciencia de segundos de duración, con rápida recuperación sin periodo postcrítico. Refiere que en ocasiones ha sufrido episodios sincopales similares atribuidos a origen vagal.

A la exploración la paciente presenta buen estado general, orientada en las tres esferas, bien hidratada y perfundida, eupneica sin signos de dificultad respiratoria y sin problemas para tolerar decúbito, tendencia a la bradicardia. Auscultación pulmonar y cardíaca con murmullo vesicular conservado sin ruidos y latido, arrítmico sin soplos. Exploracion neurologica normal. En mejilla y zona periorbitaria derecha se objetiva eritema intenso, de bordes bien definidos junto con telangiectasias de base. En lado izquierdo eritema leve y múltiples telangiectasias.

En ambas mejillas signos de demodex de manera abundante, sin signos de celulitis ni otras lesiones en el resto de la superficie corporal.

Durante la estancia en Urgencias se realiza ECG con FA con respuesta ventricular en torno a 50-55 latidos por minuto, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Los resultados de laboratorio revelan únicamente INR de 2.87, con dímero D negativo, sin alteraciones en el resto de valores. También se realiza una radiografía de tórax que resulta anodina. Finalmente se llega al diagnóstico final de brote de rosácea, probablemente secundaria a efecto vasodilatador de bisoprolol. Es valorada por el servicio de dermatología para confirmar la sospecha diagnóstica y por oftalmología para descartar complicaciones a nivel ocular.

Respecto al síncope es diagnosticada de probable síncope bradicardico por efecto del bisoprolol.

Ante la ausencia de datos de alarma durante su observación en el SU se da de alta a la paciente disminuyendo la dosis de bisoprolol a la mitad e iniciando tratamiento con ivermectina y pimecrolimus tópicos. Además, se recomiendan cremas hidratantes y se explican desencadenantes más frecuentes para evitarlos dentro de lo posible, como comidas picantes, alcohol, café, ejercicio y temperaturas extremas.

Durante el seguimiento por dermatología la paciente presentó mejoría notable de las lesiones y disminución de los episodios de rubor facial.

CONCLUSIONES

La rosácea es una afección crónica que, al provocar diversas alteraciones dermatológicas y oftalmológicas, suele ser subdiagnosticada. Su aparición puede ser inducida por varios factores, entre los que destacan la vasodilatación, el aumento de la densidad de Demodex y los factores genéticos que actualmente se están investigando. El tratamiento inicial se centra en evitar los factores desencadenantes, así como en la aplicación de terapias farmacológicas tópicas e hidratación local.

Con este caso, queremos resaltar la importancia de realizar una anamnesis detallada en el ámbito de Urgencias, haciendo especial énfasis en la identificación de posibles tratamientos nuevos iniciados y en precisar el momento de su comienzo. No debemos olvidar los efectos adversos farmacológicos, ya que un porcentaje significativo de enfermedades o patologías pueden deberse a ello.

P. #284

¿CÓMO ACABÉ CON UN SALVAVIDAS EN LA RÍA, SI MADRUGUÉ PARA HACER EJERCICIO FÍSICO?

Liliana Meana Sánchez[1], Silvia Sánchez Menéndez[2], Elena Rodríguez Alonso[1], David Iglesias Pedemonte[2], Derly Katerine Herreño Carrillo[2], Adriana Fanjul Frade[2]

1. Hospital Valle del Nalón, Langreo, España
2. Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón, 70 años, inglés, de vacaciones, HTA sin metabolopatías.
Traído a Urgencias por la ambulancia tras presentar cuadro de pérdida de conocimiento en la vía pública, mientras caminaba por el paseo marítimo y precipitándose a la ría. No sufrió TCE.
Amnesia completa del episodio; sabe que había desayunado hacia las 6:00 a.m y salió a practicar ejercicio físico, como cada mañana. Notó sensación de mareo, con naúseas y debilidad, por lo que decidió ir a una cafetería; pero no recuerda nada más.
Niega dolor torácico u otra síntoma.
Se entrevista a la esposa, que llegó al lugar del suceso; refiere que las personas presentes vieron como iba tambaleándose por el borde del paseo marítimo y cayó al agua. Lo socorrieron lanzándole un salvavidas y sacaron la lancha para recogerlo.
Se presupone ingesta de agua salada.
A la exploración física presenta Glasgow 15, hemodinámicamente normal. 98% de sat de O2 basal. Eupneico. Tª 35,8ºC.Exploración por aparatos normal, así como neurológica.
EKG, Rx tórax, TAC craneal, hemograma, coagulación, bioquímica, orina con FeNa y gasometría sin alteraciones. Sólo presenta CPK de 2.376 U/L con filtrado glomerular renal normal y diuresis >2ml/kg/hora.
Se decide ingresar en la Unidad de Observación de Urgencias durante 24 horas para monitorización y vigilancia evolutiva.
Con los diagnósticos de CASI AHOGAMIENTO grupo I de la Clasificación de SIMCKOC e INMERSIÓN EN AGUA SALADA.
Al día siguiente, es alta domiciliaria con vigilancia de niveles de glucemia, pues presentó cifras basales de 130 mg/dl.

CONCLUSIONES

- Casi Ahogamiento es un ahogamiento incompleto, presenta una supervivencia mayor.
- Clasificación de Simckoc :

I: Aparentemente sin aspiración y II: Con aspiración pero ventilando bien. Observación en Urgencias.
III: Aspiración y ventilación anómala. IV: Reanimación tras PCR. Ingresan en UCI.

- Las rías son invasiones de agua salada en el valle de un río.
- La inmersión en agua salada produce hipovolemia, hemoconcentración e hipernatremia. La sueroterapia está indicada con suero glucosado al 5% calentado.
- Es importante la valoración neurológica con periodicidad horaria, así como la diuresis, el control de la hipotermia y la monitorización continua.
- Tienen peor pronóstico: los niños <3 años, la inmersión en agua dulce y durante >5 minutos, Glasgow <5, pH<7,00, paO2<60 mmHg y cuanto más tiempo transcurra hasta la respiración espontánea tras el rescate.
- La antibioterapia empírica no está indicada.
- En zonas costeras muchos casos de ahogamiento se podrían evitar con formación en natación, educación y cumplimiento de la normativa por parte de la población.

Además, destacar tanto la presencia de socorristas formados en los lugares de mayor incidencia de accidentes de ahogamiento, como la formación de la población en general en técnicas de rescate y maniobras de reanimación.

P. #290

CORTICOIDES: HÉROES O VILLANOS

Raquel Barrós González, Raquel Cenjor Martín, Gema Domínguez Gioya, María Galán Berasaluce, Lorena Humanes Tome, Virginia Arroyo Linares

Hospital del Henares, Coslada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años con varios ingresos en medicina interna y en neumología en relación a infección respiratoria con probable neumonía adquirida en la comunidad e insuficiencia respiratoria aguda parcial secundaria (Confirmado diagnóstico histológico de Neumonía organizada- neumonía organizada criptogénica). El último ingreso 7 días antes pautando al alta prednsiona hasta valoración en consultas de neumología.

Acude a urgencias de madrugada custodiada por Policía Local por presentar desde hace unos días alteración conductual, agitación psicomotriz, agresividad y discurso incoherente.

A su llegada a la urgencia la paciente presenta cuadro maniaco florido, con síntomas psicóticos y estado de agitación asociado, discurso incoherente con cambios de humor continuos (risas inapropiadas, comentarios inapropiados al contexto de la conversación) precisando contención mecánica y farmacológica.

Durante su estancia en el box se encuentra llamando a diferentes personas, reclama que se le ponga un perro en las piernas. Una de las veces que entro en el box se encuentra hablando sola mirando al vacío. Posteriormente dice que hay una niña detrás de la puerta y refiere que oye a sus familiares.

A nivel de pruebas complementarias presenta leucocitosis con PCR baja. Se solicita tomografía computerizada craneal que se informa sin signos de patología aguda intracraneal (lesión focal de baja atenuación en territorio de ganglios basales izquierdos, sugestiva de lesión lacunar establecida/dilatación vascular de Virchow-Robin), por lo que, bajo sospecha de psicosis por corticoides y leucocitosis aparentemente reactiva a corticoides se inicia tratamiento con olanzapina y se solicita valoración por psiquiatría y neurología. No se realiza por el momento punción lumbar dada la agitación de la paciente. Se retira corticoterapia. Hasta descartar organicidad ingresa en medicina interna en planta de psiquiatría.

Durante el ingreso persiste alteración conductual que presenta evolución favorable. Se realiza punción lumbar con bioquímica normal. Se ajusta tratamiento farmacológico por hiperfagia, sustituyéndolo por Risperidona con buena tolerancia y se mantiene corticoterapia suspendida.

Tras 15 días de ingreso se va de alta con juicio clínico de Probable episodio de manía secundario a toma de corticoides, pendiente de pruebas complementarias (resonancia magnética). Al alta la paciente se encuentra abordable, tranquila, sin disforia ni actitud indagatoria, con discurso espontáneo y bien organizado, critica alteraciones de conducta previas al ingreso, no presenta nueva sintomatología psicótica. Se mantiene tratamiento con risperidona oral y seguimiento en Centro de Salud Mental.

CONCLUSIONES

La psicosis es una situación de pérdida de contacto con la realidad que se puede presentar en cuadros psiquiátricos como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor con características psicóticas o puede ser una manifestación del uso de sustancias o de una enfermedad médica subyacente.

Los corticoides son fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores derivados del cortisol, producido por la corteza suprarrenal con un papel fundamental para la adaptación al estrés físico o emocional.

Entre los efectos adversos psiquiátricos de la prednisona se describen los siguientes: psicosis, manía, depresión, alucinaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad, aumento de la actividad, euforia, ansiedad, alteraciones del sueño, ideas de suicidio.

Los criterios diagnósticos para el trastorno psicótico inducido por medicamentos son: alucinaciones o ideas delirantes, consumo del medicamento etiológicamente relacionado con la alteración o síntomas durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias, ausencia de mejor explicación de la etiología, alteración que no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium, alteración que causa malestar o deterioro en las áreas social, laboral u otras.

Ante un cuadro psicótico de nueva instauración es fundamental valorar los fármacos que consume el paciente.

Es fundamental la suspensión o disminución de la dosis del corticoide y optimizar el tratamiento con fármacos psicotrópicos (el de mayor evidencia es la olanzapina).

P. #356

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO, SIN CAUSA APARENTE: UNA INVESTIGACIÓN DE VIDA O MUERTE

Enrique Romero Sánchez[1], Beatriz Concepción Cabezas Delamare[1], Antonio Cristóbal Luque Ambrosiani[2], Sergio Rodríguez Merino[1], Beatriz Villarubia González[1], Juan Marcos Sánchez[3]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
3. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

PRIMER EPISODIO – CONSULTA EN URGENCIAS
Varón de 48 años, camionero de productos deportivos, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acudió a Urgencias por un cuadro brusco de mareo, inestabilidad, visión borrosa, dificultad en el habla y sequedad bucal
Su esposa refirió que los síntomas comenzaron tras la comida en su domicilio, objetivando midriasis bilateral.
En Urgencias, el paciente se encontraba consciente, con midriasis reactiva, sequedad de mucosas y taquicardia leve. Se realizaron analítica general, electrocardiograma y tomografía (TC) craneal, sin hallazgos patológicos.
El cuadro se resolvió espontáneamente en 12 horas, siendo dado de alta sin diagnóstico claro. Con recomendación de vigilancia si nuevos episodios.
SEGUNDO EPISODIO – UNA PRESENTACIÓN MÁS GRAVE
Un mes después, se traslada al paciente en ambulancia medicalizada a Urgencias por síntomas similares. En esta ocasión, los síntomas comenzaron mientras conducía su camión, lo que le obligó a detenerse para evitar un accidente.
Refiere que, tras almorzar en una estación de servicio la comida que había llevado de casa, inició un cuadro de mareo, visión distorsionada, disartria, sequedad bucal e inestabilidad. Niega exposición a sustancias químicas, hábitos tóxicos o consumo de drogas.
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-Tensión arterial: 173/110 mmHg, FC: 121 lpm, Tª: 37,4°C, Glucemia: 139 mg/dl.
-Neurológico: Midriasis bilateral reactiva, sequedad de mucosas, disartria leve, ataxia.
-Analítica de sangre: sin alteraciones .
-Tóxicos en orina: Negativos.
-Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 150 lpm
-TC craneal y body-TC: Normales.
Dada la recurrencia del cuadro, se decide ingreso hospitalario para estudio completo.
INGRESO EN NEUROLOGÍA
Durante el ingreso, los síntomas se resolvieron en 24 horas, sin necesidad de tratamiento específico. Se completó el estudio con anticuerpos onconeuronales, antinucleares y anti subunidad alfa del receptor de acetilcolina ganglionar, todos con resultados negativos.
HIPÓTESIS FINAL Y RESOLUCIÓN DEL CASO
A pesar de la evolución favorable del paciente y la normalidad de las pruebas realizadas, el día del alta persistía la sensación de que algo no encajaba. El cuadro clínico era demasiado característico y recurrente como para atribuirlo a un evento inespecífico o funcional. La clínica seguía sugiriendo una intoxicación con efecto anticolinérgico y con esta inquietud, se decidió repetir la historia clínica con especial atención en los momentos previos al inicio del cuadro y en factores ambientales. Durante la entrevista, el paciente reiteró que los síntomas aparecieron tras comer arroz con pollo preparado por su esposa en su domicilio, servido en un recipiente plástico que aún conservaba en su camión.
Ante la posibilidad de una intoxicación alimentaria, se solicitó al paciente que trajera el recipiente con los restos de comida al hospital. La muestra fue enviada al Instituto Nacional de Toxicología y se notificó a Asesoría Jurídica, dada la posibilidad de que se tratara de una intoxicación intencionada.
Días después, los análisis toxicológicos confirmaron la presencia de atropina y escopolamina, alcaloides tropánicos característicos de Datura stramonium (estramonio), una planta con potente efecto anticolinérgico.
Con estos resultados, se informó a la Guardia Civil, que inició la investigación y procedió al interrogatorio del entorno familiar del paciente.
Durante la declaración, la esposa admitió haber añadido estramonio a la comida con la intención de envenenar a su marido. Tras su confesión, fue detenida y puesta a disposición judicial.

CONCLUSIONES

El síndrome anticolinérgico tiene múltiples causas, algunas difíciles de identificar en Urgencias. La determinación de atropina y escopolamina en orina puede ser una herramienta clave para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, no basta con lo evidente, y este caso demuestra que una historia clínica bien dirigida y la sospecha clínica, pueden ser más valiosas que cualquier prueba complementaria. Cuando los síntomas no encajan, seguir preguntando, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

P. #389

NO TE FÍES NI DE TU MADRE

David García Gacimartín, María Isabel De León Reglero, Irene Corral Flores, Alberto Flores Camuñas, Paloma Fernández Gómez, Estíbaliz Garrido Leal

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 32 años, sin alergias conocidas, con antecedentes personales de esquizofrenia y
hábitos tóxicos (medio paquete diario desde los 16 años, consumo crónico enólico, de cannabis y cocaína) con trastorno por abuso de sustancias en seguimiento por Unidad de Conductas Adictivas con adherencia irregular. En tratamiento con rivotril, que abandonó por
iniciativa propia. Pauta actual de medicación: paliperidona, clonazepam, sertralina, y biperideno.
Acude a sala de reanimación con mal estado general, hipotenso 84/41 milímetros de mercurio, taquicárdico a 130 latidos por minuto, disneico con taquipnea a 24 rpm con saturación basal 90%. Refiere aparición rápida progresiva de los síntomas tras haber consumido medio litro de cerveza, niega otra sintomatología aunque sí refiere infección respiratoria de vías altas en tratamiento sintomático y antibioterapia con levofloxacino. Comenta haber estado en tratamiento con Antabus pero llevar varios días sin tomarlo.
A la exploración física se añaden roncus dispersos en auscultación, y eritema cutáneo generalizado. Como diagnóstico diferencial se plantea complicación de la infección respiratoria, reacción anafiláctica o efecto antabus, decidiendo por este último por ser el más probable dadas las circunstancias pese a negativa del paciente respecto a su administración. Dada la inestabilidad hemodinámica se decide administración de 1000 centímetros cúbicos de suero salino, polaramine y urbason intravenosos y gafas nasales a 2.5L
Pruebas complementarias:
- ECG: Taquicardia sinusal.
- Radiografía de tórax portátil: no signos de patología pleuropulmonar
- Bioquímica: Creatinina 0.99, lactato deshidrogenasa (LDH) 293 y proteína C reactiva (PCR) 2.1 siendo el resto normal.
- Hemograma: Hemoglobina 14.5, Hematocrito 43.1, y plaquetas 392000.
- Coagulación: Tiempo de Protrombina 93I.N.R. 1 Tiempo de Cefalina 29.5 Tiempo de Cefalina (Control) 28.6 Fibrinógeno (Derivado) 531.
- Gasometría venosa: pH 7.49, pCO2 31, pO2 39, Bicarbonato 23.6, lactato 34
- Sistemático orina: anodino
- Tóxicos en orina: negativos

Tras iniciar tratamiento se traslada a boxes con monitorización, donde se resuelven hipotensión, taquicardia, disnea y taquipnea y de forma progresiva el eritema hasta su desaparición total. El paciente niega la toma de Antabus ni ningún otro tóxico, sin embargo al llegar su acompañante (su madre) refiere haber mezclado su medicación de hoy con Antabus que tenía guardado, confirmando la sospecha diagnóstica. Dada la estabilidad clínica se trasladó a Observación con control analítico, permaneciendo estable y con dicha analítica anodina, por lo que fue dado de alta.

CONCLUSIONES

- Importancia del diagnóstico diferencial sobre todo en el paciente inestable
- Sospechar efecto antabus en pacientes que presentan clínica sugestiva pese a negar su toma reciente e iniciar tratamiento de forma precoz

P. #411

QUEMADURAS QUIMICAS POR ACIDO FLUORHIDRICO

Amaia Gañan Lafuente, Sandra Ruiz Urquidi, José Ramon Benito Calavia, Leire Corton Corral, Gorka Gómez Terrazas, Claudia Bordon Poderoso

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 43 años. No antecedentes. Trabajador en una empresa que manejan fluor.
MOTIVO DE CONSULTA: Traslado en ambulancia desde su empresa a urgencias tras accidente laboral: se rompe una tubería de ACIDO FLUORHIDRICO, con exposición en ambas piernas. Paciente sin ropa de protección. En la empresa se realiza retirada de los pantalones, lavado con agua y irrigación tópica con gluconato cálcico al 1%. No se realiza preaviso a nuestro servicio de urgencias.
A su llegada a urgencias, pasa a SALA de DESCONTAMINACION CUTÁNEA.
EXPLORACION FISICA: evaluación primaria.
A: Sialorrea intensa y ruidos de secreciones.
B: Taquipnea a 30 rpm. Sat 02 95%aa.
C: Sudoroso. Mal perfundido. ECG ritmo sinusal.
D: Consciente y orientado. Agitado.
E: Quemaduras quimicas en ambas extremidades inferiores de 3 ° con escaras en cara posterior de ambos muslos, piernas, medial en tobillo, no circunferencial. Chispas de 3° en muñeca izquierda y flanco izquierdo. (Aproximadamente 19% de SCT.)
Protocolo de descontaminación de las quemaduras químicas:
- Se retira totalmente la ropa.
- Protección individual NIVEL A: Buzo de protección para productos químicos tipo 3. Gafas de montura integral. Mascarilla FFP3. Polainas. Doble guante (vinilo y de resistencia química)
- Lavado con HEXAFLUORINE durante 20-30 minutos (bombona).

Tras evaluación primaria y comenzar con la descontaminación, es trasladado a zona de estabilización para control de vía aérea y control hemodinámico. Avisamos a UCI, Cirugía Plástica y Servicio de Farmacia.
Se realiza gasometria venosa con acidosis metabolica e hipocalcemia severa (PH 7,27. Calcio 1.8. lactato 8.9. bicarbonato 19. Resto de iones correctos)
Se decide intubación orotraqueal, se canaliza vía central.
Reposición del calcio intensiva para tratar la hipocalcemia severa mediante adminsitracion:
- Tópico: se aplica gluconato calcico en pomada tópico que aporta la empresa, lavados con solución de gluconato cálcico e infiltración intradérmica de gluconato calcico en zonas de quemaduras.
- Sistemica: GLUCONATO CALCICO AL 10% 1 amp iv cada 5-10 minutos y MAGNESIO.

Dada la extensión de quemaduras se decide intervención quirúrgica emergente. En quirófano, presenta tormentas arrítmicas con TORSADA DE PUNTAS por hipocalcemia severa y 2 episodios de PCR con ritmo desfibrilable que sale tras varios choques. Analíticas seriadas con persistencia de hipocalcemia a pesar de reposición ionica. Muy inestable, con necesidad de vasoactivos a dosis altas, necesidad de reposición de iones contantes, antiarrítmicos y ECMO. Se realiza extirpación quirúrgica de las áreas afectadas.
Ingresa en UCI, realizando múltiples paradas cardioresiratorias, revertidas.
Durante el ingreso realiza varias complicaciones: rabdomiólisis, CID, isquemia de extremidades, infecciones cutáneas. Amputacion de extremidad, autoinjertos.
Tras 3 meses es dado de alta a domicilio.
***Se van a aportar fotos de: quemaduras, desbridamiento, hexafluorine, medidas de protección, torsada de puntas.

CONCLUSIONES

El Acido fluorhídrico es un toxico altamente letal por 2 mecanismos: el daño corrosivo (iones H+) que produce quemaduras profundas y la toxicidad sistémica (iones F-) que produce hipocalcemia severa (causa de fallecimiento). El HEXAFLUORINE es una solución de lavado hipertónica con propiedades quelantes que actúa simultáneamente en ambos iones, con efectividad inmediata, evitando progresión del daño. Diferentes estudios han demostrado superioridad respecto a la descontaminación con agua y a la administración de gluconato cálcico tópico.
Como conclusión, destacaría la importancia de tener una coordinación entre el ámbito extrahospitalario y urgencias, la atención al paciente multidisciplinar entre las diferentes especialidades, una descontaminación cutánea precoz y la importancia del uso de niveles de protección A para reducir el riesgo del personal sanitario.

P. #426

INTOXICACIÓN POR DIGOXINA CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA. EMPLEO DEL MARCAPASOS TRANSITORIO COMO TRATAMIENTO DE RESCATE TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-DIGITÁLICOS

Carlos García Gutiérrez, Sonia Jiménez Hernández, Emilio Salgado García

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 70 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial (HTA) y flutter auricular en tratamiento con enalapril y digoxina que fue atendida en un servicio de urgencias hospitalario a las 8h de haber ingerido 12.5mg de digoxina con intencionalidad suicida. Explicaba clínica de vómitos de repetición y sensación de inestabilidad posterior a la ingesta. En la exploración física destacó palidez mucocutánea y bradicardia, sin otros hallazgos relevantes. El electrocardiograma a su llegada mostró un bloqueo auriculo-ventricular (AV) completo con respuesta ventricular 40 latidos/minuto y segmento ST con morfología de "cubeta digitálica".

Dada la ingesta masiva con repercusión clínica y electrocardiográfica se administraron 200mg de anticuerpos anti-digitálicos (FAb) (DIGIFab®). A pesar del tratamiento presentó rachas de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) que evolucionaron rápidamente a fibrilación ventricular (FV). Se realizó reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada con recuperación inicial del pulso, pero con posterior desarrollo de una "tormenta arrítmica" que requirió de hasta 12 cardioversiones eléctricas. Al no disponer de una segunda dosis de FAb en el inventario del hospital se solicitaron dosis adicionales mediante la Red de Antídotos. Dada la situación de extrema gravedad y la demora para administrar la segunda dosis de FAb, se implantó un marcapasos transyugular logrando la recuperación del pulso. Se administró una segunda dosis de 200mg de FAb con estabilización clínica posterior. Los resultados analíticos a su llegada mostraron una digoxinemia inicial de 15,65 ng/mL, creatinina 0,92 mg/dL, sodio 138 mEq/L y potasio 5,5 mEq/L.

Tras la estabilización se trasladó a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La digoxinemia total tras 7h de la administración de FAb fue de 4,62 ng/mL (reducción de 70,5%), con repunte hasta 10.25ng/mL a las 16h. La paciente evolucionó favorablemente, pudiendo retirarse el electrocatéter a las 48h del ingreso y con normalización de la digoxinemia en 5 días. La paciente fue dada de alta tras 9 días de ingreso.

CONCLUSIONES

La intoxicación digitálica produce simultáneamente hiperexcitabilidad miocárdica y bloqueo del nodo AV. Ambas condiciones predisponen a arritmias ventriculares. El tratamiento de elección en la intoxicación por digoxina son los anticuerpos anti-digitálicos. En situaciones de parada cardiorrespiratoria se aconseja administrar entre 100-200mg (equivalente a 5-10 viales) de FAb, que puede repetirse si no se logra respuesta clínica.

El marcapasos transitorio es una herramienta controvertida en el tratamiento de la intoxicación digitálica. Se considera seguro en el tratamiento de bradiarritmias sintomáticas en el contexto de intoxicaciones accidentales. Sin embargo en las intoxicaciones agudas por digoxina el uso de marcapasos transitorio se ha asociado a una alta incidencia de efectos adversos, que incluyen la aparición de arritmias ventriculares e incluso mortalidad asociada al tratamiento. Se cree que estas complicaciones podrían deberse a la gravedad de la intoxicación, que condiciona una mayor excitabilidad miocárdica (y por tanto disminución del umbral arritmogénico), y al empleo de frecuencias elevadas para suprimir potenciales arritmias mediante sobreestimulación. Debido a las potenciales complicaciones asociadas, la utilización de marcapasos transitorio se reserva a situaciones en las que no se disponga de FAb o casos refractarios al tratamiento con FAb.

El presente caso muestra la efectividad de la implantación de un marcapasos transitorio en el tratamiento de una parada cardiorrespiratoria por digoxina. El tratamiento de elección en la parada cardiorrespiratoria o la intoxicación grave con digoxina es la administración de dosis altas de anticuerpos anti-digitálicos, dado que es superior en cuando a efectividad y seguridad respecto al marcapasos transitorio. Sin embargo puede recurrirse al marcapasos transitorio como terapia de rescate en aquellas situaciones en las que no se disponga de FAb, o en caso de refractariedad al tratamiento de primera línea.

P. #473

¿CONSUMES COCAÍNA?

Mónica Coll Hernández[1], Yago Muñecas Cuesta[2], Jorge Nuñez Ortigüela[1], Daniel Martínez Jiménez[1], Jorge Muñecas Ramírez[3]

1. SUMMA112, Madrid, España
2. SESCAM - GUETS, Toledo, España
3. Hospital de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años fumador sin otros antecedentes de interés, acude a urgencias por lesiones cutáneas pretibiales pruriginosas, negruzcas y muy dolorosas, en ambas piernas de 4 meses de evolución, que ha ido empeorando progresivamente con aparición posterior de edema y eritema y actualmente acompañadas de fiebre, impidiendo la deambulación, niega artralgias. Ha estado en tratamiento con amoxicilina clavulánico 10 días sin mejoría clínica. A la exploración física, facies dolorosa, edema y eritema en ambos miembros con múltiples úlceras de morfología y tamaño variado, con exudado purulento fétido y algunas cubiertas con escaras necróticas.
Se solicita analitica, recogida de exudados, hemocultivos, antibioterápia de amplio espectro e interconsulta a dermatología. Analiticamente destaca leucocitosis y neutrofilia con elevada proteína C reactiva. Serologías negativas, autoinmunidad negativa. Exudado de lesiones, estéril. Punch de las lesiones con diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. Durante el ingreso en una nueva anamnesis confirma consumo de cocaína de forma habitual.

CONCLUSIONES

El consumo de cocaína está aumentando en España, lo que conlleva un incremento en las enfermedades asociadas. El espectro de lesiones cutáneas causadas por la cocaína es amplio, y se ha asociado a vasoespasmo digital, enfermedades ampollosas, vasculitis de
pequeño y mediano vaso que se manifiestan como púrpura, vasculitis necrotizante, úlceras y pioderma gangrenoso entre otros. Algunos autores responsabilizan al levamisol, usado como adulterante presente en el producto final de la cocaína, como el responsable del daño en los casos que cursan con trombosis microvascular y neutropenia. El levamisol es un antiparasitario de uso veterinario que se utilizaba como tratamiento de enfermedades autoinmunitarias y neoplásicas por sus propiedades inmunomoduladoras. Fue retirado por sus efectos adversos como la agranulocitosis, la hepatotoxicidad y la vasculitis. Actualmente se utiliza con mucha frecuencia como adulterante de la cocaína. Se estima que el 80% de la cocaína en EEUU está adulterada con levamisol
Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en mujeres y con independencia de la forma de administración del estupefaciente, ya sea por vía intravenosa, inyección cutánea o inhalada. No suele presentar afectación sistémica intensa. Otros hallazgos asociados como las artralgias, la neutropenia, los anticuerpos antinucleares positivos a títulos bajos, y la positividad para anticuerpos antifosfolipídicos y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos ayudan al diagnóstico. Esta entidad requiere un diagnóstico precoz, fundamentalmente clínico y de exclusión. En un principio, el paciente no suele reconocer el consumo previo de drogas, por lo que se requiere un alto índice de sospecha y una anamnesis adecuadamente dirigida junto con una exploración clínica completa.
El curso suele ser autolimitado. En la mayoría de los casos el único tratamiento necesario es la interrupción del consumo de cocaína asociado a un tratamiento sintomático, sin beneficio demostrado de los corticoides sistémicos.
Las complicaciones asociadas al uso de cocaína constituyen una entidad infraestimada e infradiagnosticada que requiere un diagnóstico correcto y precoz para interrumpir su consumo y para prevenir el uso de tratamientos innecesarios y potencialmente peligrosos, como la terapia inmunosupresora intensiva. El riesgo de recurrencia es alto en pacientes sintomáticos y es fundamental un consejo preventivo del cese de uso de cocaína.

P. #489

UN GUILLAIN-BARRÉ PROVOCADO POR UNOS GLOBOS

Irene Inglés Mancebo, Juana María Del Cañizo Canto, Laura Viaño Iglesias, Marta Herranz López, Marina Sobreviela Albacete, Lucía Salgado Pérez

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 31 años que acude a urgencias por cuadro de dos meses de evolución consistente en pérdida de sensibilidad progresiva en pies y ascendente por ambas piernas. No clínica infecciosa, no otra sintomatología. Sin antecedentes médicos.
A la exploración física destaca la neurológica: lenguaje normal. MOEs sin restricción ni nistagmo. No paresia facial. Protrusión lingual centrada. No claudicación de maniobras antigravitatorias. BM5/5 salvo en movimientos de flexo extensión de muñecas y dedos, así como flexo extensión de tobillos en donde es 4/5. REM hipoactivos generalizados excepto en bicipital derecho. RCP flexor bilateral. Déficit de sensibilidad temoanalgesica hasta T4 izquierdo y T12 derecho. Déficit total de artrocinética en MMII. No dismetría en dedo -nariz. Dismetría en maniobra talón tobillo que empeora sin clave visual. Bipedestación y marcha con aumento de base de sustentación. Romberg positivo.
Las pruebas complementarias realizadas en Urgencias (analítica sangre, orina, tóxicos en orina, radiografía de tórax y TAC cerebral) son normales. Por lo que volvemos a historiar al paciente y refiere consumo de Oxido nitroso frecuente durante un año (8-10 bombonas diarias).

CONCLUSIONES

El óxido nitroso (ON) es un gas que se inhala de forma recreativa para producir sentimientos rápidos pero efímeros de euforia, relajación, calma y sensación de indiferencia.
La popularidad del ON se explica por su fácil disponibilidad, su bajo precio, sus efectos de corta duración y la percepción general de los consumidores de que se trata de una droga relativamente segura y socialmente aceptable.
La mayoría de las personas obtienen el óxido nitroso a partir de pequeños cartuchos del gas denominados «cargadores de nata montada». Se trata de pequeños cartuchos metálicos a presión que contienen 8 gramos de ON líquido que liberan unos 4 litros de gas cuando se abren. Están destinados al uso en dispensadores de nata montada en el hogar.
Entre los efectos adversos: mareos, desorientación, dolor de cabeza y sensación generalizada de hormigueo. Por lo general, los efectos adversos son menores y se resuelven en un breve periodo de tiempo después de que el usuario deje de respirar el gas.
No obstante, el ON daña el sistema nervioso periférico y central, al provocar la inactivación de la vitamina B12 y depende de la dosis. Los signos y síntomas de neurotoxicidad pueden ser muy variables y, en ocasiones, imprecisos y sutiles. Los pacientes pueden decir que sienten las piernas «raras» o «torpes» (descoordinadas): parestesia, debilidad muscular, pérdida de equilibrio y dificultad para caminar. Las respuestas reflejos pueden reducirse o no existir. Los daños pueden afectar tanto al sistema nervioso periférico como al central, especialmente a la médula espinal.
Los daños son parcialmente reversibles.

P. #526

INTOXICACIÓN AGUDA POR PARACETAMOL: MANEJO EN URGENCIAS Y DESAFÍOS CLÍNICOS

María Elena Morata Marqués
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Varón de 32 años trasladado en ambulancia de transporte vital básico del 061 a las 12:30 horas por sospecha de intoxicación por paracetamol. Niega sintomatología asociada.
Antecedentes personales:
Sin antecedentes de interés. Niega consumo habitual de tóxicos.
Hallazgos clínicos:
- Constantes a su llegada: Temperatura: 36,3°C, tensión arterial (TA) 125/72 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 75 lpm, saturación de oxígeno (Sat02) 97% (aire ambiente), glucemia capilar: 109 mg/dL.
- Neurológico: Tranquilo, consciente y orientado en las tres esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No focalidades neurológicas.
- Auscultación cardiaca: Rítmico sin soplos ni extratonos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado (MVC), sin ruidos patológicos asociados.
- Abdominal: Blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no dolor a la palpación ni defensa peritoneal. Puño-percusión lumbar bilateral negativa.

Evaluación diagnóstica:
- Gasometría venosa: pH 7.37, pC02 39, Na 139, K 3.8, HCO3- 26, glucemia 125, MetaHb 1%, COHb -1.4%, Láctico 0.3.
- Gasometría arterial: pH 7.37, pO2 87, pC02 39, Na 139, K 3.8, HCO3- 26, glucemia 125, MetaHb 1%, COHb -1.4%, Láctico 0.3.
- Electrocardiograma: RS a 60 lpm, eje +0°, PR 160ms, QRS <120ms, sin alteraciones en la repolarización.
- Tóxicos en orina: Negativos.
- Tóxicos en sangre: Etanol: <0,10 mg/dl, Paracetamol: 165 microg/ml.

Evolución y tratamiento:
Dado que el intervalo de tiempo entre el inicio de la ingesta y la extracción analítica es de menos de 24 horas y no existen factores de riesgo para potenciar la toxicidad hepática, se atiende el Normograma de Rumack-Matthew 150 que sugiere una toxicidad hepática probable y nos obliga a iniciar la perfusión de N-acetilcistína (NAC). Posteriormente, el paciente presenta: mareo, hipotensión (TA: 90/62 mmHg), náuseas, rash cutáneo con prurito y descenso de la SatO2 al 94%. En ese momento se sospecha una reacción de tipo anafilactoide a la N-acetilcisteína, por lo que se procede a disminuir la velocidad de infusión y administrar tratamiento sintomático con antihistamínicos, antieméticos y fluidoterapia, logrando la mejoría clínica del paciente de forma progresiva.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico temprano y el uso adecuado del normograma de Rumack-Matthew para guiar el tratamiento con N-acetilcisteína (NAC) en intoxicaciones agudas por paracetamol. El tiempo transcurrido entre la ingesta y la extracción analítica va a determinar el manejo a seguir, en nuestro caso que han pasado menos de 24 horas se debe atender al normograma y en el caso de que hubieran pasado más de 24 horas se debe valorar si existe alteración hepática en la analítica para iniciar tratamiento con NAC. En segundo lugar, destacar los factores de riesgo que potencian la toxicidad hepática: malnutrición, anorexia nerviosa, fibrosis quística, alcoholismo crónico, caquexia, fármacos (fenitoina, carbamazepina, fenobarbital, isoniazida y rifampicina), homocisteinuria, síndrome de Gilbert y polimorfismo genético. En tercer lugar, subrayar que la aparición de síntomas de reacción anafilactoide, como hipotensión, rash cutáneo y náuseas, durante la administración de NAC resalta la necesidad de monitorizar estrechamente a los pacientes durante el tratamiento. Esta complicación, aunque rara, puede presentarse y requiere ajustes en la velocidad de infusión de NAC junto con medidas terapéuticas sintomáticas.
Este caso acentúa la relevancia de un enfoque integral, que incluya tanto el tratamiento de la intoxicación por paracetamol como la vigilancia de posibles efectos adversos durante el manejo en urgencias.

P. #545

EL HUMO: ENEMIGO LETAL

SILVIA Sánchez menéndez[1], Liliana Meana Sánchez[2], Elena Rodríguez Alonso[2], David Iglesias Pedemonte[1], Derly Katerine Herreño Carrillo[1], Adriana Fanjul Frade[1]

1. Hospital de Arriondas, Arriondas, España
2. Hospital Valle del Nalón, Sama De Langreo, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes. Asma. Fractura hombro derecho. Diagnóstico hematológico: Paciente de 68 años con diagnóstico de Sindrome linfoproliferativo tipo Leucemia linfática crónica con del 13q , estadio RAI IV, Binet C y Trombopenia severa presumiblemente autoinmune relacionada con enfermedad de base (LLC) multirefractaria a esteroides a dosis altas, Rituximab (x4 dosis), tratamiento con eltrombopag x10 días. EPOC
Enfermedad actual. Paciente que sufre incendio doméstico accidental (parece que se quemó la comida que estaba preparando) y estuvo expuesto a humo durante tiempo desconocido. Sale de domicilio tambaleandose por su pie, vulelve a intentar entrar y se desploma. Lo encuentra Urg AP en PCR con ritmo no desfibrilable que se recupera con compresiones torácicas y 5 mg de adrenalina. UME SAMU intenta Laringoscopia para IOT, pero no consigue ni ver epiglotis.Intentan colocar ML Fastrach, que no son capaces de progresar para ventilarlo ni intentar IOT. Intentan Larincgoscopia con AIR-Track visulizando glotis muy parcialmente y no consiguiendo ni pasar un TET del 6. Finalmente colocan una Mascarilla Laríngea y consiguen ventilarlo con ella. Relatan vómito y aspiración
Exploración. Sedación profunda con GCS de 3 bien adaptadoa repirador. Ruidos respiratorios altos (aspiramos orofaringe e intra ML). Bien adaptado. Ventilación bilateral con roncus bilaterales. Capnometría de 100, conSpO2 91 (FiO2 1). Pupilas medias simétricas hiporeactivas
Pruebas complementarias
Oxihemoglobina arterial: 89 % Bajo Metahemoglobina arterial: 3 % Hemoglobina total arterial: 15,9 g/dL Hemoglobina reducida arterial: 6 % Alto Carboxihemoglobina arterial: 2 % Hemoglobina total (gas arterial): 15,9 g/dL
Diagnóstico.
Parada cardiorespiratoria recuperada tras inhalación de humo
Evolución. Paciente con mala ventilacion a traves de Mascarilla laringea y ante la imposibilidad de IOT se realiza acceso quirurgica a via aerea. A pesar de Cricotiroidotomía el paciente persiste mal ventilado presentado PCR de 15 minutos aprox. conseguiendo retorno decirculacion espontanea. A continuación el paciente presenta mala ventilación por lo que se solicita Rx de tórax urgente en quirófanoobjetivando neumotórax bilaterales por lo que se solicita valoración a Cir. Torácica que coloca 2 tubos intercostales. Nuevamente tendencia a la hipotensión , pupilas midríaticas, BIS plano y finalmente exitus.

CONCLUSIONES

El humo: causa principal de las muertes relacionadas por incendios
La gran mayoría de las muertes por incendios son ocasionadas por el monóxido de carbono (CO), más que por cualquier otro producto tóxico de combustión. Este es un gas incoloro, inodoro e insípido y no irritante de la vía aérea, características que le han valido el sobrenombre de “asesino silencioso” está presente en todos los incendios, aumentando cuando la ventilación es más deficiente y la combustión más incompleta. Generalmente cuanto más oscuro es el humo más altos son los niveles de monóxido de carbono presentes
Una vez en la sangre, el CO se une fuertemente a la hemoglobina, cuya afinidad es unas 200-230 veces superior a la afinidad por el oxígeno, formándose carboxihemoglobina. Esta situación disminuye del transporte de oxígeno a los tejidos, además de que se produce una desviación de la curva de disociación de la hemoglobina hacia la izquierda
El CO no tiene un antídoto y el tratamiento fundamental de la intoxicación es la administración de oxígeno al 100% en mascarilla reservorio, no debiéndose interrumpir hasta que el paciente no tenga síntomas o las cifras de COHb sean inferiores del 5%

P. #556

DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR EL USO DE LIGANDROL, UN MODULADOR SELECTIVO DEL RECEPTOR DE ANDROGENOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés Javier Ruíz Fernández, Mario Miranda García, Alí Martakoush María

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años con antecedente de VIH categoría A, diagnosticado en 2011 y en tratamiento con Genvoya, con adherencia del 100% y sin efectos adversos. Mantiene carga viral no detectable tras el inicio del tratamiento y CD4 > 1000/mm3. Realiza ejercicio de alta intensidad cinco días a la semana.

Acude a Urgencias porque en la última semana refiere cuadro de astenia, ictericia, coluria, epigastralgia, pirosis y sensación de reflujo gastroesofágico. En el último mes ha estado tomando ligandrol, un modulador selectivo de los receptores de andrógenos (SARM).

En la exploración física se objetiva tensión arterial de 116/66 mmHg, frecuencia cardiaca 54 latidos por minuto y temperatura de 36 °C. Presenta regular estado general, con notable ictericia escleral. Auscultación cardiaca rítmica y sin soplos, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal y con Murphy negativo.

Se hace analítica en la que se objetiva hemograma y coagulación dentro de la normalidad. En la bioquímica se evidencia bilirrubina total de 5,8 mg/dL, bilirrubina directa 4.2 mg/dL e indirecta de 1.7 mg/dL. GOT 118 UI/L, GPT 362 UI/L, GGT 104 UI/L, Amilasa 120 UI/L, CK 450 UI/L y creatinina 1.7 mg/dL. Urea, lipasa, fosfatasa alcalina y PCR normales. En el sistemático de orina destaca bilirrubina 3 mg/dL y urobilinógeno 8 mg/dL.

Se realiza ecografía abdominal que muestra hígado con lóbulo hepático derecho de 16.4 cm, de contorno liso. Vena porta aumentada de calibre (15 mm). Vesícula de pared fina sin litiasis en su interior. Vía biliar intra y extrahepática de calibre conservado. Páncreas sin alteraciones.

El paciente es diagnosticado de hepatitis aguda en el contexto de uso de ligandrol, insuficiencia renal aguda (parcialmente artefactada por efecto de cobicistat) y discreta elevación de CK por abuso de ejercicio.

Se le pauta sueroterapia y ante la mejoría clínica se decide alta. Se le indica la suspensión de anabolizantes y evitar el ejercicio físico durante una semana.

CONCLUSIONES

En los últimos años, la comunicación de casos de hepatotoxicidad por anabolizantes ha sufrido un incremento significativo, suponiendo actualmente hasta el 8% del total de casos de daño hepático inducido por fármacos del registro español de hepatotoxicidad.

Los SARM (moduladores selectivos de los receptores de andrógenos) son sustancias químicas que tienen efectos similares a los de la testosterona y de los esteroides anabolizantes. Se trata de un conjunto de sustancias muy diversas y sus nombres específicos, entre otros, son: enobosarm (ostarina), LGD-4033 (ligandrol), RAD140, SARMS S4 (andarina), YK-11 y SARMS S-23.

A pesar de su uso previsto en el tratamiento de afecciones como el desgaste muscular y la osteoporosis, ha habido un aumento preocupante en el uso no indicado. Se han vuelto populares entre las personas que buscan una rápida ganancia muscular y pérdida de grasa. La percepción de que los SARM ofrecen una alternativa más segura a los esteroides anabólicos es infundada y potencialmente peligrosa, como respalda la literatura emergente.

El ligandrol no ha recibido la aprobación de la FDA para uso general, principalmente debido a su potencial de efectos secundarios graves. Los estudios han destacado hepatotoxicidad, problemas cardiovasculares, desequilibrios hormonales y síntomas psiquiátricos. Los efectos hepatotóxicos observados en nuestro paciente, se alinean con los informes existentes de daño hepático por SARM.

P. #638

CARDIOTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE FLECAINIDAD: PERFIL DE PACIENTE E INDICACIONES

Carolina Sánchez Marcos, Emilio Salgado García, Miguel Ángel Galicia Paredes

Hospital Clinic, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La flecainida es un fármaco antiarrítmico clase Ic indicado por las guías de fibrilación auricular (FA) en el manejo de FA y flutter en pacientes sin cardiopatía estructural conocida.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es conocer las características y el manejo de los pacientes con cardiotoxicidad secundaria a flecainida entre los años 2021 y 2024.

MÉTODO

Se registraron 7 casos de cardiotoxicidad por flecainida entre los años 2021-2024. Se obtuvieron niveles de flecainida(rango terapéutico 0,3-1 ug/ml) en 5 casos

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron 7 casos siendo el 100% mujeres con una media de edad de 83 años (DE 8), con antecedentes médicos más prevalentes fueron, hipertensión arterial (HTA), 5 pacientes; insuficiencia renal crónica, 4 paciente; cardiopatía estructural conocida, 6 pacientes (un paciente no disponía de ecocardiograma previo), de los cuales 3 tenían fracción de eyección reducida y 5 datos de hipertrofia ventricular. En cuanto al tratamiento farmacológico, 4 pacientes tenían prescrito inhibidores selectivos de recaudación de serotonina (ISRS) y 2 betabloqueante asociado a flecainida. La dosis mediana de flecainida fue de 200 mg/24h (RIC 100-300).

La presentación clínica inicial fue sincope de perfil cardiogénico en 2 pacientes y en 5 clínica de bajo gasto. El ritmo inicial en 4 casos fue ritmo nodal, uno nodal alterando con rachas de taquicardia ventricular (TV), y otra TV sostenida, y 2 flutter. En todos los casos se objetivó un QRS ancho y QT alargado en 4 casos. En urgencias, 4 pacientes presentaron episodios de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida (TVMNS), menos un caso que fue sostenida, y que acabo siendo exitus por refractariedad al tratamiento tanto farmacológico como eléctrico.

En cuanto a la función renal, 6 tenían un FG menor de 60 mL/min, una media de 48 (DE 24). Desde el punto de vista terapéutico, 3 pacientes requirieron perfusión de isoproterenol, en 6 pacientes se pauto bicarbonato, procainamida en 2.

Una paciente falleció, y otra presentó bradicardia extrema con paradacardiorrespiratoria (PCR), recuperada.

Se obtuvieron niveles de flecainida en 5 casos; un paciente presentó niveles de 2 ug/ml asociado a PCR recuperada con factores de riesgo asociados de fracaso renal agudo, toma de ISRS y cardiopatía estructural. El resto, presentaron niveles de 0,9 ug/ml con datos de cardiotoxicidad electrocardiográfica, incluyendo el caso que fue exitus con TV sostenida refractaria a tratamiento con cardioversión eléctrica, procainamida, magnesio, bicarbonato y emulsión lipídica. El caso con niveles de 0,45 ug/ml,pese a no llegar al dintel de toxicidad, sí que mostraba datos electrocardiográficos (ECG) de toxicidad miocárdica con ensanchamiento de QRS y alargamiento QT, que corrigió con el lavado de flecainida.

De este registro cabe destacar la edad avanzada, la presencia de cardiopatía estructural en todos los casos además de potenciales factores predisponentes de cardiotoxicidad como la toma de fármacos concomitantes como ISRS, o el deterioro de la función renal. Además, se trata de un fármaco con rango terapéutico estrecho, que a partir de 0,7 ug/ml pueden aparecer efectos adversos en pacientes con cardiopatía estructural.

CONCLUSIONES

Como conclusión, la flecainida es un fármaco antiarritmico con unas indicaciones y contraindicaciones definidas, y que pueden causar efectos adversos graves si no se toman éstas en consideración. Importe el uso de bicarbonato como tratamiento para revertir la acción del bloqueo de canales de sodio. Es necesario durante el tratamiento crónico realizar seguimiento de ECGs así como de función renal y de niveles séricos, ya que es un fármaco de índice terapéutico estrecho, así como hacer una reevaluación de la indicación de forma periódica.

P. #676

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR LITIO

Sònia Coromina Lloret, Mariona Miquel Verdés, Irina Martín Besalú, Beatriz Lafuente González, Montserrat Carreras Rodríguez

Hospital Dr. Josep Trueta, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con Metformina, enfermedad renal crónica estadio 3, trastorno bipolar en tratamiento con neurolépticos y litio, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y cirrosis hepática por VHC con hipertensión portal.

Acude a urgencias por dolor abdominal difuso con leve aumento del perímetro abdominal y diarreas acuosas sin productos patológicos. Explica también cefalea, disuria y disminución de la diuresis desde hace 4 días. Sus familiares refieren verla desorientada y haber presentado traumatismo craneoencefálico secundario a accidente de coche a baja velocidad ese mismo día. Niegan consumo de tóxicos ni errores en la toma de medicación.

A la exploración física, hemodinámicamente estable, afebril, saturación basal normal. Sequedad de mucosas. Sin alteraciones en la exploración cardio-respiratoria, abdomen globuloso con molestias difusas a la palpación y signos de ascitis no a tensión, sin irritación peritoneal. Neurológicamente confusa, tendencia a la somnolencia, desorientada en tiempo, no flapping, no signos meníngeos.

Pruebas complementarias:

-analítica sangre: pancitopenia ya conocida, insuficiencia renal crónica agudizada y acidosis metabólica con lactato normal. Litemia 2,4mmol/L (normal 0.6-1.2mmol/L). Amonio normal. Perfil hepático, coagulación e ionograma normales.

-sedimento orina: nitritos positivos y bacteriuria.

-electrocardiograma: ritmo nodal a 45lpm, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.

-radiografía tórax: sin alteraciones.

-TAC craneal: sin alteraciones.

-coprocultivo: negativo para Clostridium difficile.

-paracentesis diagnóstica: sin signos de peritonitis bacteriana espontánea.

Actitud y manejo:

Se orienta como encefalopatía tóxico-metabólica por intoxicación crónica por litio, secundaria a fracaso renal agudo AKIN-1 por gastroenteritis aguda.

Dada la clínica neurológica, el fracaso renal agudo y la alteración electrocardiográfica, se clasifica como intoxicación grave y se indica hemodiálisis urgente.

La paciente presenta reversión a ritmo sinusal, normalización de la litemia y la acidosis metabólica, y retorno de la función renal a sus valores habituales, así como mejoría neurológica. Una vez normalizados los niveles de litio, la paciente ingresa en medicina interna.

CONCLUSIONES

La intoxicación por litio es una entidad rara, más frecuente en mujeres, con una incidencia de 1,76 por 100 pacientes tratados al año. Se clasifica en aguda (ingesta tóxica en pacientes no tratados previamente), subaguda (ingesta tóxica en pacientes en tratamiento) y crónica (tratamiento de larga evolución y proceso intercurrente que aumenta los niveles plasmáticos de litio, tanto por modificación de dosis diaria, toma de otros fármacos o presencia de insuficiencia renal aguda), siendo esta última la más frecuente.

La clínica habitual consiste en alteraciones neurológicas (desorientación, temblor, encefalopatía, agitación, etc.) y manifestaciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas). Están descritos también trastornos cardíacos secundarios a la intoxicación, en forma de bradicardia, alargamiento del QT, e incluso arritmias malignas.

Los signos neurológicos secundarios a la intoxicación crónica pueden ser confundidos con signos de la causa intercurrente, o con un empeoramiento de la enfermedad bipolar de base, retrasando el diagnóstico y empeorando el pronóstico. La intoxicación crónica puede dejar secuelas neurológicas durante meses.

El tratamiento inicial en pacientes con función renal preservada sin insuficiencia cardiaca descompensada, es la diuresis forzada neutra. La furosemida, ácido etacrínico y tiazidas están contraindicados al frenar la excreción urinaria de litio.

La hemodiálisis está indicada en casos con clínica muy grave (coma o convulsiones), clínica moderada o grave (mioclonías, ataxia, estupor u obnubilación) junto a fracaso renal, clínica moderada o grave con litemias superiores a 2mmol/L, cualquier síntoma neurológico con litemia superior a 3,5mmol/L, y litemias superiores a 5mmol/L independientemente de la sintomatología.

En conclusión, se trata de una entidad potencialmente reversible con un pronóstico infausto en ausencia de tratamiento.

P. #704

INTOXICACIÓN AGUDA POR ETILENGLICOL

José Reynaldo González Reyes, Sara Moreno Suárez
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 29 años de edad con antecedentes personales de: Síndrome depresivo, en seguimiento por unidad de salud mental
con tratamiento de: citalopram 30 mg
Acude a urgencias acompañado por personal de urgencias extrahospitalarias, a quienes dieron aviso por bajo nivel de consciencia, a su llegada el paciente se encuentra, refiere su madre que
lo ha encontrado balbuceando y bajo nivel de consciencia, y refiere el paciente que ha ingerido 30 comprimidos de citalopram y 500 cc de liquido anticongelante con fines autolíticos.
Se recibe paciente en sala de críticos, a su llegada se encuentra consciente aunque con tendencia al sueño, ligera taquipnea a 24 respiraciones por minutos, sin uso de musculatura accesoria, tonos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado, escala de Glasgow 14 puntos, sin ruidos agregados, abdomen blando depresible, sin signos de irritación peritoneal.
Se cursa analítica urgente con gasometría venosa, evidenciándose acidosis metabolica con pH: 7.18 Acido Láctico: 20 Bicarbonato 10 pCo2: 22
Se administra tratamiento con Bicarbonato 1 molar, suero glucosado al 5%, Tiamina, se contacta por Unidad de cuidados intensivos y Nefrología, se decide ingreso en UCI para continuar con tratamiento de soporte y
se inicia sesión de hemodiálisis, tras lo cual se inicia perfusion de etanol la cual se mantuvo durante 36 horas, en UCI presento con tratamiento pautado buena evolución clínica y
hemodinamicamente estable, sin alteraciones neurológicas y manteniendo función renal conservada y diuresis espontánea, una vez normalizados los niveles de etilenglicol es valorado por parte de psiquiatría
ofreciendo la posibilidad de ingreso voluntario la cual el paciente rechaza, con capacidades volitivas integras, se cursa traslado a planta de hospitalización de Nefrología, en donde mantuvo buena evolución clínica y analítica, sin precisar ningún apoyo hospitalario se
procede a alta de a domicilio con cita en consultas externas de psiquiatría.

CONCLUSIONES

Aunque se describe la intoxicación aguda por etilenglicol con ánimo suicida como la causa menos frecuente, precedido por ingesta accidental más frecuente en niños, en adultos alcohólicos crónicos que buscan un sustituto a su bebida alcohólica. Nuestro paciente presenta signos y síntomas compatibles con intoxicación grave, alteraciones neurológicas, acidosis metabólica, no llego a mayores afecciones a nivel sistémico gracias a la rapidez con la que instauro tratamiento intensivo y, más eficaz descrito en la literatura desde su atención inicial, además se abordó el factor precipitante de dicha ingesta con valoración por parte de psiquiatría una vez estabilizado de la fase crítica y se aseguró seguimiento estrecho de forma ambulatoria.
Por lo que quedan evidenciadas las correctas actuaciones que se realizó con este paciente en los distintos niveles en los cuales se le prestó atención, además merece la pena recordar las complicaciones que pueden surgir de esta intoxicación (convulsiones, fallo renal, coma, muerte cerebral) para no olvidar que se trata de una intoxicación suficientemente grave y capaz de producir secuelas irreversibles como para justificar el que se instaure tratamiento todas las medidas de tratamiento disponibles su la sospecha clínica está bien infundada.
El paciente reconoció factores estresantes vitales que lo llevaron a cometer dicha actuación, haciendo autocrítica del hecho y malentiendo una buena red social de apoyo

P. #714

SÓLO QUERÍA DORMIR

Núria Prieto I Herrero, Alma Vázquez Serrano, Esther Muñoz Vega, Beltrán Calleja Cobo De Guzmán
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 36 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por palpitaciones, sudoración y temblor, refiriendo sensación ansiosa desde las 07:00am de esta misma mañana.
A la anamnesis dirigida negaba dolor torácico ni a otros niveles, negaba consumo de tóxicos, sin organofocalidad infecciosa, destacando en constantes obtenidas en triaje FC de 125lpm y febrícula de 37°C, siendo el resto normales.
A la exploración física destacaba midriasis media bilateral, reactiva, y ligero temblor distal con ligera sudoración, siendo el resto de la exploración neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y resto de la exploración física sin hallazgos destacables.
Se realizó un ECG que mostraba una taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización y analítica sanguínea con resultados dentro de la normalidad. Los tóxicos en orina fueron negativos.
Ante normalidad en pruebas complementarias y síntomas inespecíficos se indagó en consumo de otras sustancias, refiriendo haber añadido una cucharada de nuez moscada a un vaso de leche la noche anterior como tratamiento natural para el insomnio.
Se revisó la bibliografía, encontrándose casos de síndrome serotoninérgico asociados al consumo de nuez moscada y ante dicha posibilidad se contactó con el servicio de toxicología de guardia, refiriendo estar lejos de dosis letales y recomendando tratamiento de soporte hasta mejoría clínica.
La paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento sueroterápico durante la mañana, siendo posible el alta tras mejoría sintomática.

CONCLUSIONES

El síndrome serotoninérgico se define como un grupo de manifestaciones clínicas debidas a la toxicidad por serotonina. Es una condición potencialmente mortal inducida generalmente por medicamentos, que resulta de un exceso de actividad de las neuronas serotoninérgicas en el sistema nervioso central
y también de cambios en la sensibilidad de los receptores periféricos de serotonina (exceso de agonismo serotoninérgico). Es frecuente encontrarla en pacientes en tratamiento crónico con ISRS y otros antidepresivos, pero también puede encontrarse en pacientes con consumo de suplementos dietéticos y productos a base de hierbas, por lo que es de gran importancia incluir dentro de la anamnesis general el consumo de este tipo de sustancias.

P. #724

ESCOMBROIDOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Rodríguez Ots, Cristina Tristán Calvo, Fernando Roque Rojas, Davide Luordo Tedesco, Geovanna Carolina Masapanta Caiza
Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 39 años de edad, caucásico, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por aparición súbita de eritema facial y en cara anterior de tórax intensamente pruriginoso, acompañado de sudoración, malestar general que describe como mareo y náuseas. No fiebre. No clínica infecciosa intercurrente. Niega toma de nuevos fármacos, alimentos nuevos, picaduras, uso de nuevos productos tópicos. No claro desencadenante inicial, pero a la anamnesis dirigida, indica que ha cenado en un restaurante chino.
EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general. Consciente y orientado. Eupneico en reposo. Normotenso, afebril. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Piel con eritema confluente con habones de predominio en cara y cara anterior de tórax. Diaforesis marcada. No dolor abdominal. Cavidad oral normal, no edema de úvula. No focalidad neurológica.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glucemia capilar 189mg/dL. Analítica: hemograma, coagulación, gasometría venosa normales. Bioquímica: glucemia 175mg/dL, función renal y transaminasas en rango. PCR 7. Radiografía de tórax normal. ECG: ritmo sinusal a 88lpm, eje normal, PR 0.14s, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización ventricular.
JUICIO CLÍNICO: Escombroidosis.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Anafilaxia.

CONCLUSIONES

La intoxicación escombroide es una patología relativamente común que se asocia al consumo de ciertos pescados que han sido mal refrigerados (típicamente atún, caballa o bonito).
Los síntomas son muy variados, simulando una reacción alérgica, ocurriendo típicamente a los pocos minutos o primeras horas postingesta. Puede incluirse eritema facial y de cuello, sudoración marcada, prurito, dolor de cabeza y diarrea. En casos más graves puede presentarse con hipotensión, mareo, problemas respiratorios, arritmias e incluso parada cardiorrespiratoria.
El diagnóstico es clínico. Podría confirmarse con la medición de niveles de histamina en orina, no siendo necesario para el diagnóstico.
Habitualmente se sucede una resolución espontánea del cuadro en 8-12 horas, no obstante, se recomienda la administración de antihistamínicos no sedantes en urgencias como tratamiento sintomático (oral en caso de cuadros leves, parenteral si más extensos o sintomáticos). Si el cuadro se autolimita y se comprueba una adecuada tolerancia, el paciente puede ser dado de alta. En casos graves con hipotensión, se recomienda fluidoterapia con cristaloides y observación en urgencias.
En nuestro paciente, dada su estabilidad clínica y hemodinámica, se administró solamente dexclorfeniramina 5mg vía intramuscular. Se mantuvo en urgencias una hora tras la administración del

fármaco. Ante la buena evolución, fue dado de alta.
En conclusión, la escombroidosis es una patología con una frecuencia no desdeñable que debe sospecharse cuando ocurren manifestaciones sistémicas tras la ingesta de pescado. Resulta crucial realizar una buena anamnesis. El tratamiento habitualmente se realiza con antihistamínicos H1.

P. #770

EL CONTRAPRODUCENTE PODER DE LA NATURALEZA EN NUESTRA PIEL

Ignacio Quero Rodríguez, Deborah Prats Florez, Fuensanta Casas Galan

Hospital Universitario Virgen De La Victoria, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES - Alergia a simvastatina (prurito) - Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, cefalea tensional. - No hábitos tóxicos. - Intervenciones quirúrgicas previas: histerectomía y doble anexectomía (carcinoma uterino). - En tratamiento habitual con: pregabalina 50/6h, insulina novorapid según precise, lorazepam 1/24h, ezetimiba 10/24h, amitriptilina 50/24h, semaglutida 7/24h, furosemida 0,5 comprimiso/24h, Insulina Toujeo. ENFERMEDAD ACTUAL Paciente de 50 años en seguimiento por Dermatología y Enfermedades Infecciosas por sospecha de paniculitis a nivel de ambos miembros inferiores desde Febrero de este mismo año, posteriormente complicándose en septiembre de 2024 con celulitis en miembro inferior derecho La paciente refiere aparición de lesiones a nivel cutáneo de manera espontánea, especialmente a nivel de extremidades, aunque refiere aparición de lesiones a nivel facial en Noviembre de este mismo año. Refiere fiebre (termometrada hasta 38°C) los dos pasados días, aunque hoy se ha mantenido afebril. Refiere que ha tenido episodios febriles de predominio vespertino, cada semana durante todo este año y que ceden a paracetamol, aunque sin relación con la aparición de lesiones cutáneas. Refiere artralgias múltiples, especialmente a nivel de rodillas, tobillos y codos, de predominio matutino sin rigidez asociada. No otra sintomatología referida durante anamnesis. Refiere inyecciones de diversas plantas administradas en herbolario por motivos estéticos desde hace meses EXPLORACION FÍSICA Buen estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Afebril Lesiones cutáneas: Nódulos subcutáneos eritematosos, indurados, con aumento de temperatura con respecto a piel perilesional, a nivel de fosa antecubital derecha, cara interna de rodilla izquierda y cara medial de gemelo izquierdo. En cada uno de estos nódulos destaca depresión puntiforme con solución de continuidad cutánea compatible con punto de entrada (probable relación a picadura o inyección). Destaca además dos placas eritematosas induradas en ambas mejillas, simétricas y bilaterales, con clara mejoría con respecto a exploraciones previas. No lesiones a nivel de mucosas, palmas ni plantas. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREVIAS: - Serología: Sífilis, VHB, VHC y VIH negativos; IgG VHA positiva. - Serología Trypanosoma cruzi negativo. - Quantiferon negativo. - PCR y cultivo de micobacterias en biopsia cutánea negativos ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS Sesión de correlación clínico-patológica: Se revisan las biopsias en sesión de correlación clínicopatológica, observándose una paniculitis lobulillar leve con necrosis fibrinoide de los vasos, y material exógeno (posiblemente vegetal) en epidermis junto a un trayecto dermoepidérmico junto con vacuolas anucleadas en dermis que podrían sugerir un origen exógeno de las lesiones. Se recomienda rebiopsiar tanto las lesiones a nivel de miembros inferiores como las lesiones

que presenta a nivel facial si no mejoran con el tratamiento empírico. PIEL (biopsia de pierna derecha): Infiltrado neutrofílico. Necrosis fibrinoide de vasos de pequeño calibre y áreas de hemorragia. Necrosis del colágeno dérmico e hipodérmico. Presencia de material refringente en dermis profunda y panículo adiposo (hilo de sutura? Cuerpo extraño?). Signos epidérmicos secundarios a rascado. Los hallazgos sugieren una vasculitis de pequeño vaso de tipo leucocitoclásica. Tras informes de biopsias se realiza interconsulta a Dermatologia quien realiza iconografía tras consentimiento verbal de la paciente y valorada conjuntamente por Medicina Interna se traslada a paciente a Área de Observación para inicio de tratamiento antibiótico intravenoso y posterior control analítico. Se recomienda continuar con tratamiento previo indicado por Dermatología (Prednisona 30 mg, un comprimido diario por la mañana vía oral, Hidroxicloroquina 200 mg, 1 comprimido cada 12 horas, vía oral).

CONCLUSIONES

Como conclusión de nuestro caso clínico queremos destacar la importancia de realizar una buena historia clínica y la importancia de realizar una buena exploración física para poder llegar a un correcto diagnóstico

P. #780

CAÍDA TRAS CAÍDA... ¡QUÉ TORPE ESTOY!

Jorge Beltrán Hortelano[1], Isabel Jiménez Ruiz[2], Sergio Luis Franco[3]

1. Complejo Asistencial de Soria - Hospital Santa Bárbara y CdS La Milagrosa Soria Sur, Soria, España
2. Complejo Asistencial de Soria - Hospital Santa Bárbara y CdS Ólvega, Soria, España
3. CdS Miranda Oeste, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años que acude a servicio de urgencias por deterioro del estado general de 5 días de evolución, con múltiples caídas referidas en domicilio por aumento de torpeza motora, temblor de reposo en manos y pies, así como rigidez. Previamente acudió por estado anímico deprimido hace 20 días, aumentando la dosis de venlafaxina de 150mg a 225mg. Concomitantemente la paciente recibe tratamiento con ácido valproico por antecedentes personales de trastorno bipolar y levomepromazina aparentemente por insomnio. Niega clínica de urgencia a otros niveles.

A la exploración, la paciente presenta buen estado general, con constantes en rango, salvo febrícula de 37,5ºC y diaforesis. ECG normal. A nivel neurológico, destacaba una coordinación artefactada por temblor mixto, de reposo en mano derecha y de acción bilateral, con rigidez y bradicinesia bilateral. Marcha con braceo conservado sin signos de focalidad adicionales.

A nivel analítico, presentaba una CK de 2915 con una Cr de 1,34, PCR de 36,8 y niveles de ácido valproico de 48. Además, la paciente presentó episodio de confusión y desorientación, por lo que se completó estudio con TC cerebral, sin alteraciones patológicas relevantes. El resto de pruebas radiológicas complementarias solicitadas por zonas contusionadas sin hallazgos significativos. La PCR para virus respiratorios fue negativa.

Durante su estancia en urgencias a la paciente se le administra biperideno 2mg y dada la escasa respuesta se repite dosis posteriormente, así como sueroterapia intensiva, con mejoría incompleta de clínica, persistencia de febrícula y CK en segundo control analítico de 1599, cursando ingreso por síndrome extrapiramidal inducido por fármacos, con alto riesgo de desarrollar síndrome neuroléptico maligno.

Durante su ingreso hospitalario, se retiró medicación y con hidratación intensiva. La evolución clínica y analítica fue favorable, realizando ajuste de medicación por psiquiatría, reduciendo dosis de venlafaxina, manteniendo el ácido valproico y sustituyendo la levomepromacina por zolpidem y lormetazepam.

CONCLUSIONES

Los antidepresivos, especialmente los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), representan uno de los grupos farmacéuticos más prescritos y aunque presentan un perfil de efectos secundarios y adversos tolerables, se han comunicado síntomas extrapiramidales (parkinsonismo, acatisia, discinesia tardía, entre otros).

La venlafaxina es un antidepresivo que actúa inhibiendo

la recaptación de serotonina, de forma más débil la recaptación de noradrenalina y, a dosis elevadas, levemente la recaptación de dopamina. Tras revisar la bibliografía, no se hallaron comunicaciones de parkinsonismo asociado a la venlafaxina como único tratamiento, pero sí casos de síntomas extrapiramidales por venlafaxina asociada a fármacos como la nortriptilina o el ácido valproico, pudiendo potenciar dicha clínica por el tratamiento concomitante con levomepromazina en este caso.

En la práctica clínica el diagnóstico diferencial entre un sindrome serotoninérgico (SS) y un síndrome neuroléptico maligno (SNM) es difícil debido al solapamiento de síntomas y datos analíticos. El SS se produce por la sobreestimulación de los receptores serotoninérgicos a nivel central y periférico, con una instauración en <12h e hiperreflexia, mientras que el SNM es una reacción idiosincrásica que se desencadena por el bloqueo dopaminérgico a nivel del sistema nervioso central (SNC), instaurado en un tiempo más larvado, con bradireflexia y mayor elevación de CK. Algunos autores consideran que puede tratarse de un mismo proceso con distintas manifestaciones clínicas Afortunadamente, el tratamiento inicial es el mismo, consistiendo en suspender de forma precoz ambos fármacos e iniciar tratamiento de soporte.

Debido a que los síntomas extrapiramidales pueden ser alarmantes o suponer una importante limitación funcional para el paciente, es importante conocer la posible aparición de este tipo de síntomas con fármacos antidepresivos, a menudo utilizados en personas ancianas, con patologías de base previas y frecuentemente polimedicadas con fármacos que puedan agravar el cuadro clínico descrito.

P. #789

¿CELULITIS O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA?

Verónica Ramos Díaz[1], Laura Codina Carballo[1], Víctor Manuel Ramos Del Amo[2]

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Campo Arañuelo, Navalmoral De La Mata, España

HISTORIA CLÍNICA

Este caso describe a una mujer de 88 años con antecedentes de enfermedad de Alzheimer incipiente, fibrilación auricular e hipertensión arterial, institucionalizada en una residencia. La paciente acude a Urgencias debido a la aparición de un exantema generalizado y fiebre de hasta 38,5°C de horas de evolución. La confusión aguda de la paciente dificulta la anamnesis, pero se sabe que había comenzado un tratamiento con clindamicina cuatro días antes por sospecha de celulitis en el miembro inferior derecho.

A pesar de la persistencia de la sintomatología después de dos días de tratamiento con clindamicina, se decidió cambiar el antibiótico a amoxicilina/clavulánico ante la sospecha de celulitis y la falta de mejoría. Tras dos días de este tratamiento, la paciente regresa a Urgencias debido a la falta de resolución del cuadro. A la exploración física, la paciente presenta fiebre de 38°C y un exantema cutáneo consistente en placas eritematovioláceas confluentes, sobre las que se asientan pápulas pustulosas milimétricas no foliculares, cubriendo aproximadamente el 60% de la superficie corporal. El exantema respeta los surcos y no hay ampollas ni afectación de las mucosas ni de las palmas y plantas. Además, se observa una zona de mayor confluencia en la región pretibial derecha, sin signos de infección, como dolor, edema o crepitación.

Se solicitan pruebas complementarias, incluyendo análisis de sangre con reactantes de fase aguda (RFA), sedimento de orina con urocultivo, radiografía de tórax y biopsia de piel. Los resultados muestran una elevación de los RFA, especialmente la proteína C reactiva y leucocitosis a expensas de neutrófilos, pero los valores de D-dímero son negativos y el resto de la analítica es anodino. La radiografía de tórax y el sedimento urinario son normales. También se realizan ecografías de los vasos de los miembros inferiores (MMII) y de las lesiones cutáneas. La ecografía de los MMII no muestra trombosis venosa profunda (TVP), y en la región pretibial derecha se observan venas varicosas sin signos de celulitis.

Dado el cuadro clínico y la historia de tratamiento con antibióticos, se sospecha de pustulosis exantemática aguda generalizada (AGEP), una reacción adversa grave inducida por fármacos, especialmente antibióticos. Se retira la amoxicilina/clavulánico y se inicia tratamiento con corticosteroides sistémicos. En las 24 horas siguientes, la paciente muestra una leve mejoría tanto en el exantema como en los parámetros de inflamación en la analítica de control. La paciente es ingresada para continuar con el tratamiento y observación

CONCLUSIONES

La AGEP es una reacción cutánea rara y grave, frecuentemente inducida por medicamentos, especialmente antibióticos, pero

también puede ser causada por infecciones bacterianas, virales o parasitarias. Suele aparecer en un plazo de 24-48 horas tras la administración del medicamento. Los síntomas incluyen la aparición de pápulas pustulosas estériles sobre un fondo eritematoso, fiebre, prurito y leucocitosis. En un 25% de los casos, puede haber compromiso de las mucosas, aunque esto no es característico. Analíticamente, se observa neutrofilia, hipocalcemia y eosinofilia. El tratamiento consiste en suspender el medicamento causante y administrar corticosteroides, con una resolución de los síntomas en un plazo de dos semanas.
El diagnóstico diferencial de AGEP incluye enfermedades graves como el síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y la necrólisis epidérmica tóxica (TEN), que también pueden presentar pápulas pustulosas, pero que se distinguen mediante biopsia cutánea.
En resumen, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de AGEP son cruciales para evitar complicaciones graves. En este caso, la paciente mostró una evolución favorable tras la suspensión del antibiótico y el inicio de corticoterapia, con una completa resolución del cuadro en dos semanas.

P. #807

STROKE MIMICS - SÍNDROME VERTIGINOSO EN PACIENTE CON CONSUMO DE ESTIMULANTES

Ricardo Edgar García García[1], Ignacio González Bautista[1], Esteban García Cruz[2], David Iglesias Pedemonte[3], Iñigo Montero Sanz[4], Antonio León Vivo[5]

1. COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA, Pontevedra, España
2. Hospital UNIVERSITARIO DE PONIENTE, Almería, España
3. Hospital ORIENTE DE ASTURIAS, Arriondas, España
4. Hospital UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, Santander, España
5. Hospital GENERAL MATEU ORFILA, Mahón, España

HISTORIA CLÍNICA

1. INTRODUCCIÓN
Presentamos el caso de un varón de 31 años que acude al Servicio de urgencias extrahospitalarias por un cuadro de mareo intenso con sensación rotatoria de objetos, náuseas y vómitos. El paciente refiere consumo reciente de bebidas energéticas y cocaína a diario. Se realiza traslado medicalizado dada la intensidad del vértigo.
2. MOTIVO DE CONSULTA
- Vértigo súbito incapacitante descrito como "giro de objetos" con náuseas y vómitos.
- Cefalea holocraneal súbita e intensa y dolor a la flexión cervical con empeoramiento del cuadro asociando fotofobia.
- Posible relación con consumo de cocaína (aprox. 1gr/24 h) y bebidas energéticas.
3. ANTECEDENTES PERSONALES
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Sin factores de riesgo cardiovascular conocidos.
- Sin tratamiento domiciliario habitual.
4. EXPLORACIÓN FÍSICA
- Constantes vitales: TA 145/71 mmHg, FC 50 lpm, T 36,1 °C.
- Estado general: Agitado. Consciente, orientado, algo pálido, tolera el decúbito, parcialmente colaborador.
- ACP: rítmica, no soplos audibles. MVC
- Neurológico: No se objetiva focalidad motora ni sensitiva. Nistagmo rotatorio bilateral no agotable.
- Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias; molestias inespecíficas en mesogastrio.
- Extremidades: Sin edemas ni signos de TVP.
5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Analítica sanguínea:
- Bioquímica básica en rango. Hematología: sin alteraciones. Coagulación: valores en rango.
- Drogas de abuso: - Cocaína: Positivo
Pruebas de imagen
- TC craneal sin contraste: No se observan signos de patología aguda parenquimatosa (ASPECTS 10).
- Angio-TC de tronco supraaórtico y arterias del polígono de Willis: Sin alteraciones relevantes, sin estenosis ni signos de isquemia aguda.
6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
- Síndrome vertiginoso a estudio

- Abuso de sustancias estimulantes (cocaína y bebidas energéticas), que pudo precipitar o exacerbar el cuadro.

7. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN
- **Fase aguda en Urgencias**
- Administración de diazepam y haloperidol IV, con mejoría sintomática y tendencia a la somnolencia.
- Pasa a COBS para valoración por ORL de mañana, añadiendo corticoterapia.
- Mejoría del cuadro durante la noche con el tratamiento pautado. Persiste intolerancia oral.

-**Valoración ORL**
-Nistagmo espontáneo derecho grado II.
Pruebas de equilibrio:
- Romberg negativo.
- Unterberger no concluyente.
- Dix-Hallpike negativo (sin cambios en clínica ni nistagmo).
- Video-Head Impulse Test (vHIT): insuficiencia vestibular izquierda.
- Otoscopia: Normal.
- ORL: Sin hipoacusia ni otros hallazgos patológicos.

JUICIO CLÍNICO: Insuficiencia vestibular aguda izquierda
Tratamiento al alta
- Corticoide oral (Prednisona 30 mg) en pauta descendente: 60mg 5 días, 30 mg 5 días, 15mg 5 días.
- Control y seguimiento por ORL y Atención Primaria.

El paciente permaneció ingresado brevemente (48 horas) y presentó una buena evolución: mejoría gradual del vértigo y de los síntomas neurovegetativos. Se recomendó evitar el consumo de sustancias estimulantes y mantener revisiones periódicas por posible recidiva.

CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES
- El vértigo periférico agudo debe considerarse en pacientes con mareo incapacitante y nistagmo espontáneo, especialmente cuando hay factores desencadenantes como el consumo de estimulantes.
- Dentro del diagnóstico diferencial del vértigo con cefalea asociada en paciente con consumo de estimulantes se deben considerar accidentes cerebrovasculares tanto isquémicos como hemorrágicos.
- El vHIT puede ayudar a localizar la lesión vestibular (en este caso, insuficiencia vestibular izquierda).
- El uso de benzodiacepinas y neurolépticos como antiemético en contexto de agitación por estimulantes puede ser útil en el control sintomático agudo del vértigo, mientras que el corticoide coadyuva a la recuperación de la función vestibular.
- Es fundamental interrogar y aconsejar sobre el consumo de sustancias que puedan precipitar o empeorar la sintomatología.
- Este caso ilustra la importancia de un abordaje multidisciplinar (Urgencias, ORL, Atención Primaria) para el manejo

P. #836

NO ES DE RISA LOS DAÑOS NEUROTOXICOS DEL ÓXIDO NITROSO

David Mártin-Crespo Posada, Mónica Martín De Miguel, Mari Del Carmen Sánchez Beltrán, Cristina Domínguez Lubillo, Teresa Agudo Villa, Estrella Serrano Molina

HUSO, Leganés(madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 24 años sin antecedentes de interés. Consumidor de óxido nitroso (N2O) desde hace un año y medio, en los últimos 2-3 meses su familia detecta alteración de la marcha y en las últimas dos semanas comienza con imposibilidad para deambulación y precisa ayuda para comer, por lo que le traen al hospital el 12/12/2025. El paciente refiere parestesias en pulpejos dedos de manos y pies, y refiere aumento del consumo de 6 botes (Whippets) de N2O (cada uno 666g) diario desde hace 2 meses. En la exploración física destaca fuerza disminuida en extremidades superiores (EESS),4/5 distal con movimientos de pseudoaferentización, debilidad contra gravedad en extremidades inferiores (EEII), debilidad distal 3-4/5. Reflejos osteotendinosos EESS disminuidos, rotulianos aumentados, aquíleos disminuidos. Sensibilidad vibratoria abolida en EESS y EEII, déficit propioceptivo (dismetría con ambas EESS que empeora con ausencia de control visual). Marcha atáxica sensitiva y componente paraparético, aumento de la base de sustentación, necesita a dos personas para caminar. Analítica con Vit B12 159pg/ml, homocisteína 14 y en Resonancia magnética nuclear (RMN) se aprecia aumento de tamaño de médula espinal en su porción cervical que asocia un aumento de señal en secuencias T2/SPIR a nivel de las columnas posteriores, hallazgos sugerentes de desmielinización de las columnas posteriores de la médula cervical, en relación con una degeneración combinada subaguda. Serología (CMV, VH6, VHE, Parvovirus B19, VVZ, VHA, VHB, VIH, Lúes) negativos.
Durante el ingreso en neurología, recibe tratamiento con Vit B12, Tranxilium, Ivermectina. Es valorado por los Servicios de Digestivo, Psiquiatría, Dermatología y Rehabilitación. Tras un mes de ingreso se deriva a CME (parapléjicos Toledo).

CONCLUSIONES

El N2O es un gas incoloro, inodoro y no inflamable, se utiliza como anestésico y analgésico (pediatría, odontología). Es la decimocuarta droga recreativa más popular en todo el mundo, un estudio en Francia refleja un aumento en su consumo desde la pandemia fundamentalmente entre población joven. Los síntomas más frecuentes tras el uso crónico son la neuropatía periférica, mielopatía y encefalopatía.
Se une a receptores opiáceos, y también puede funcionar como antagonista de NMDA similar a ketamina, actúa rápidamente y se elimina en horas, además es fácil de conseguir por internet y barato.
Cuando existe una exposición crónica, las alteraciones neurológicas, que dependen fundamentalmente de una deficiencia funcional de Vitamina B12 (cobalamina), son las más predominantes. La escasa literatura que existe recoge la

neuropatía periférica, mielopatía en forma de degeneración combinada subaguda de la columna cervical y encefalopatía, relacionadas con el grado de exposición como las más frecuentes. A veces es difícil diferenciar entre mielopatía y neuropatía en estos pacientes que pueden presentar ambas. El diagnóstico es la RMN y la electromiografía, así como un déficit de Vitamina B12 y aumento de homocisteína. El tratamiento consiste en abandono de consumo y vitamina B12.
Nuestro paciente reconoció el uso crónico de N2O, refirió parestesias en pulpejos de dedos manos y pies, y en la exploración física se objetivó alteración de la marcha, sensibilidad vibratoria en EESS y EEII abolida y déficit propioceptivo. En la RMN, degeneración combinada subaguda de la médula espinal a nivel cervical, y en analítica se apreciaron niveles disminuidos de Vitamina B12 y normales de homocisteína.
Es importante para los urgenciólogos, reconocer este problema de salud pública en evolución, sobre todo en lo relativo a la neurotoxicidad por el abuso crónico, ya que su presentación clínica entre otras puede confundirse con el Síndrome de Guillain-Barré. Conocer el auge del consumo del N2O, sobre todo desde la pandemia y las características clínicas, es fundamental para poder detectarlo y así mejorar el pronóstico devastador que origina en los jóvenes consumidores.

P. #878

EL ENEMIGO INVISIBLE EN CASA

Marta Pérez Crespo, María José Martínez Nicolás, Mabel Coromoto Suárez Pineda, José Juan Marmol Cantero, Ángel Guillén Meseguer, Emilio Jesús Bermejo Molina

Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 53 años, de procedencia árabe, sin antecedentes personales de interés y con barrera idiomática importante.
Es traída por la Unidad Médica de Emergencias (UME) tras haber sido encontrada en el suelo del baño de su domicilio con temblor y muy mareada. Han sido avisados por familiar, que les cuenta que la paciente estaba duchándose usando una estufa de carbono. A su llegada al servicio de Urgencias, la paciente está consciente y orientada, presenta un Glasgow de 15 y a la auscultación pulmonar no se aprecian ruidos patológicos.
Se realiza analítica de sangre, gasometría arterial, electrocardiograma y radiografía de tórax. Se administra oxigenoterapia a alto flujo. Se obtienen los siguientes resultados relevantes:
Analítica 1: COHb 19. Troponina I 263.3 pg/ml
Analítica 2: COHb 1.3 Troponina I 112.2 pg/ml
Tras permanecer en observación la paciente se mantiene estable clínica hemodinámicamente, neurológicamente alerta y sin focalidad. Se decide alta a domicilio y se recomienda observación domiciliaria las primeras semanas

CONCLUSIONES

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) es una entidad relativamente frecuente, sobre todo en la estación de invierno debido al uso de hornos, estufas, calentadores y chimeneas con mal funcionamiento o en espacios poco ventilados. En muchos casos tienen una evolución favorable, pero esta intoxicación puede llegar a ser mortal.
Dado que la clínica que produce es muy inespecífica, su diagnóstico de basa en la sospecha. Debe hacernos pensar en una intoxicación por CO: una clínica aguda, una posible fuente de contaminación, la mejoría sintomatológica al apartar del lugar y la mejoría clínica con administración de oxígeno.
La clínica que puede producir varía desde cefalea, mareo, náuseas, vómitos y, posteriormente, somnolencia y acúfenos. En casos más graves, estado comatoso, hipertonía muscular y crisis convulsivas. Es característico el color rojo cereza en la piel y mucosas.
En cuanto a las pruebas complementarias, es necesario solicitar:
- Gasometría arterial o venosa: los valores normales de carboxihemoglobina (COHb) en pacientes no fumadores son de 0.5-2%, y en fumadores de hasta el 10-12%. Nuestra paciente no era fumadora y nos encontramos inicialmente con un valor analítico de COHb de 19%. La pulsioximetría tiene escaso valor, ya que la COHb es malinterpretada como oxihemoglobina.
- Bioquímica con marcadores de dallo miocárdico: puede haber sufrimiento miocárdico por hipoxia ante la elevación de los niveles de COHb. Nuestra paciente elevó inicialmente los valores de Troponina I. Este daño miocárdico no se relaciona

de forma directa con los niveles de COHb, puede haber daño miocárdico ante bajos niveles de COHb. También se puede observar aumento de creatincinasa por rabdomiólisis.
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitario: podemos encontrar leucocitosis con desviación izquierda.
- Electrocardiograma: buscando signos de isquemia miocárdica o arritmias.

Todos los pacientes con intoxicación por CO y valores tóxicos de COHb, requieren permanecer en observación en un servicio hospitalario. Sería necesario ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el caso de coma o complicaciones cardiorespiratorias.

Su tratamiento se basa en la administración de oxígeno al 100% mediante mascarilla con reservorio. Puede ser necesario la intubación orotraqueal si el paciente permanece comatoso o presenta depresión respiratoria. La cámara hiperbárica consiste en administrar oxígeno a presiones mayores que las atmosféricas. Su uso es controvertido. Actualmente está indicado si existe coma, crisis convulsivas, déficit neurológico focal, embarazo con sufrimiento fetal, concentraciones de COHb > 40% o >15-20% en embarazadas, o cuando persisten los síntomas neurológicos después de 4-6 horas de oxigenoterapia normobárica.

Al alta, los pacientes deben ser observados neurológicamente durante 1-2 semanas posteriores a la exposición.

P. #890

¿QUIEN "HA-CIDO"? DESCARTANDO CAUSAS DE ACIDOSIS METABÓLICA GRAVE

Álvaro Rodríguez García[1], Carlos Rodríguez García[2], Mikel Díaz De Zerio Eslava[1], Paula De Bautista Lopéz[3], Enrique Díez Torío[4]

1. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España
2. Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España
3. Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España
4. Hospital Universitario de Príncipe de Asturias, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años con antecedentes de cardiopatía isquémica (IAM infero-posterior en 2021 tratado con DES), tabaquismo crónico (30 cigarrillos/día) y sin patologías nefrourológicas previas conocidas. Ingresó en la UCI por shock distributivo con fallo multiorgánico de origen inicialmente desconocido. Se presentó somnoliento, bradilálico y con lenguaje incoherente, evolucionando rápidamente a coma. Fue hallado en su domicilio arreactivo a estímulos, por lo que fue trasladado a urgencias.

Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración Física: Paciente inconsciente con Glasgow 4, inestabilidad hemodinámica, necesidad de intubación orotraqueal, expansión agresiva con cristaloides e inicio de soporte vital avanzado. Posteriormente, consciente y orientado tras estabilización en UCI.

Laboratorio: Acidosis metabólica grave con anión GAP elevado, hiperlactacidemia (lactato 20 mmol/L), fallo renal agudo (FRA) oligoanúrico con hiperpotasemia, leucocitosis con neutrofilia, anemia multifactorial y déficit de ácido fólico. Coagulopatía leve (INR 1.3).

Neuroimagen: TC craneal y RMN sin hallazgos significativos.

Punción Lumbar: Inicialmente hiperproteinorraquia (197 mg/dL) y pleocitosis polimorfonuclear (90%), con normalización posterior (proteínas 77 mg/dL y ausencia de pleocitosis).

EEG: Actividad bioeléctrica cerebral dentro de límites normales.

Toxicología: Tóxicos en orina negativos; pendiente informe definitivo del Centro Nacional de Toxicología.

Otras Pruebas: Cultivos (sangre, orina, LCR) estériles, serologías (VHB, VHC, VIH, sífilis) negativas, PCR para virus neurotrópicos y filmarray en LCR negativos.

Tratamiento Administrado

Soporte Vital: Intubación orotraqueal, soporte hemodinámico, expansión con cristaloides.

Terapia Renal Sustitutiva: Hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) inicial, seguida de hemodiálisis convencional a demanda debido a oligoanuria persistente.

Antibioterapia Empírica: Vancomicina, ceftriaxona, ampicilina, aciclovir (suspendidos tras descartar infecciones bacterianas o virales), y metronidazol por sospecha de foco odontológico.

Transfusiones: Dos concentrados de hematíes y suplemento de ácido fólico (ACFOL 5 mg/día).

Orientación Diagnóstica y Diagnóstico Diferencial

Hipótesis Principal: Etiología tóxica debido a la evolución clínica favorable, ausencia de hallazgos infecciosos y normalidad en pruebas de neuroimagen y EEG.

Diagnóstico Diferencial:
Encefalitis infecciosa: Baja probabilidad por ausencia de PCR positiva y cultivos estériles.
Encefalitis autoinmune: Considerada por disfunción neurológica, aunque menos probable por la rápida mejoría sin inmunoterapia.
Síndrome metabólico-tóxico: Relacionado con acidosis severa, fallo renal y alteraciones neurológicas.
Eventos epilépticos: Descartados tras EEG normal y ausencia de crisis documentadas.
Evolución Clínica
El paciente mostró mejoría progresiva tras soporte intensivo, con recuperación del nivel de conciencia y estabilización hemodinámica. La función renal se recuperó parcialmente tras varias sesiones de hemodiálisis. La normalización del líquido cefalorraquídeo y la ausencia de signos de infección sistémica permitieron suspender los antimicrobianos. Finalmente, fue trasladado a planta de nefrología para continuar su manejo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de acidosis metabólica grave en la sala de emergencias representa un desafío significativo debido a la amplia variedad de posibles etiologías y la necesidad de una intervención urgente. En este caso, la presentación inicial con alteración del estado mental, acidosis metabólica severa y fallo multiorgánico requirió un enfoque sistemático basado en la gravedad clínica. A pesar de la ausencia de un diagnóstico etiológico definitivo, la mejoría del paciente tras el manejo intensivo destaca la importancia de abordar de forma rápida y escalonada las posibles causas.
El algoritmo diagnóstico de acidosis metabólica es una herramienta valiosa para guiar el proceso de exclusión diferencial. En este paciente, el hallazgo de un anión GAP elevado y la hiperlactacidemia orientaron hacia causas tóxicas y metabólicas, descartándose infecciones y causas neurológicas estructurales. La recuperación sin un diagnóstico concluyente subraya la relevancia de tratar de manera precoz las manifestaciones críticas mientras se continúa la investigación diagnóstica.

P. #903

GESTIÓN DE HIPOTERMIA EN PACIENTE CRÍTICO: MONITORIZACIÓN DE TEMPERATURA CENTRAL CON SONDA VESICAL

Alicia Pacho Gimaré[1], Rebeca Santos Nieto[1], María Asunción Jorge Martín[1], Rafael Molinero Pérez[1], Beatriz Nieto Miguel[2]
1. Gerencia de Asistencia Sanitaria, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 55 años encontrado en un campo a baja temperatura (aproximadamente 4°C) durante un trabajo agrícola. Se encuentra confuso, con dificultad para hablar, y presenta temblores involuntarios. El equipo de rescate sospecha que podría estar sufriendo de hipotermia, por encontrarse expuesto al viento frío y la lluvia durante unas 5 horas aproximadamente.
Antecedentes personales: Hipertensión arterial controlada y diabetes mellitus tipo 2 tratada con antidiabéticos orales.
Constantes vitales :
- Tensión arterial: 95/55 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 67 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto
- Saturación de oxígeno: 94%
- Glucemia capilar: 105 mg/ dl
- Temperatura central (medición por sonda vesical): 28.5°C

Exploración física: Alerta, desorientado. Piel pálida y húmeda, con presencia de escalofríos intensos. Extremidades frías al tacto, con signos de cianosis en los dedos de manos y pies. No se observan lesiones en piel ni traumatismos.
Juicio clínico: Hipotermia severa (temperatura central < 30°C).
Tratamiento y cuidados:
Medición de la temperatura central: Se utiliza una sonda vesical para medir la temperatura central. La medición inicial es de 28.5°C, lo que clasifica al paciente en la categoría de hipotermia severa.
Recalentamiento:
- Se retiran los ropas mojadas y el paciente es cubierto con mantas térmicas para preservar su calor corporal. Estas mantas ayudan a conservar el calor corporal y a prevenir la pérdida térmica adicional.
- Se administra oxígeno a través de una mascarilla facial para asegurar una adecuada oxigenación y mejorar la perfusión tisular.
- Se comienza la administración de suero fisiológico caliente a través de acceso intravenoso (IV), a una temperatura de 41°C controlado con un calentador de sueros.

Monitorización: Se realiza una monitorización estrecha de la temperatura central utilizando la sonda vesical, así como el control de los signos vitales y el electrocardiograma (ECG) para detectar posibles arritmias asociadas a la hipotermia.
Evolución: Después de 30 minutos de tratamiento, la temperatura central del paciente aumenta a 31.5°C, y la confusión mental mejora parcialmente. Se continúa con el recalentamiento y la monitorización.

CONCLUSIONES

La hipotermia es una emergencia médica que ocurre cuando la temperatura central del cuerpo cae por debajo de los 35°C. Los tratamientos para la hipotermia severa incluyen el uso de métodos de recalentamiento activo, como la administración de suero caliente y el uso de mantas térmicas, así como la monitorización continua del paciente para evitar complicaciones como arritmias o fallo multiorgánico.
La medición precisa de la temperatura central mediante una sonda vesical es fundamental para guiar el tratamiento y evaluar la respuesta terapéutica.
El pronóstico dependerá de la respuesta del paciente al tratamiento. Si la temperatura corporal se estabiliza y el paciente mantiene signos vitales estables, se espera una recuperación completa. Sin embargo, el pronóstico se ve afectado si el paciente desarrolla complicaciones graves como arritmias, insuficiencia renal o daño orgánico múltiple.

P. #950

UNA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO INESPERADA

Marina Esther Cillanueva Ortiz, Leticia Silva Iglesias, Delia Herranz Benito, Alba Hernando Mate, Julio César Santos Pastor, Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 50 años con factores de riesgo cardiovascular a destacar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia que acude a Urgencias derivado desde Atención Primaria por inestabilidad de la marcha, cefalea, alteración del lenguaje tras sospecha de intoxicación por monóxido de carbono. El paciente refiere que sobre las 17.00 horas, sin encontrarse él en su domicilio, los operarios proceden al arreglo de la caldera. Regresa a las 21.00 horas comenzando con la clínica descrita y teniendo que contactar con emergencias extrahospitalarias. A la llegada del equipo sanitario, de forma inesperada, comienza a pitar el detector de monóxido de carbono. Se procede a la ventilación del inmueble y administración de oxígeno a alta concentración al paciente previo a su traslado al Hospital. Permanece hemodinámicamente estable en todo momento. En la analítica extraída destaca un valor de carboxihemoglobina de 12% y un ascenso progresivo en la seriación de troponinas comenzando por 52 pg/mL y alcanzando hasta un punto de 1495 pg/mL a las 10 horas desde su llegada a Urgencias. En ese momento, se interconsulta a los compañeros de Medicina Intensiva que tras descartar dolor torácico o equivalentes anginosos, relacionan la curva de ascenso con el daño tisular ocasionado por la hipoxia lo que correspondería con un infarto de miocardio tipo 2.
El paciente, finalmente, ingresa en planta de Cardiología bajo monitorización cardiaca contínua y cateterismo programado. Evoluciona satisfactoriamente, sin presentar ninguna eventualidad.

CONCLUSIONES

Se estima que cada año entre entre 5.000 y 10.000 personas en España sufren una intoxicación por monóxido de carbono. De ellas, hasta una media de 100 personas fallecerán. Esta entidad supone una patología frecuente y cada vez más emergente sobre todo en zonas frías y rurales de nuestro país y se contempla tanto en el ámbito doméstico como ambiental o incluso laboral. La mayoría de las veces ocurre de forma accidental, sin embargo, hay recogidos casos en contexto de intento de autolisis.
Su fisiopatología se centra en la gran afinidad que presenta el monóxido de carbono por la hemoglobina, desplazando al oxígeno y produciendo un daño tisular por hipoxia muchas veces irreversible si no actuamos a tiempo.
Con un índice de carboxihemoglobina del 4% ya empezamos a notar sintomatología que en muchos casos, dada su inespecificidad, puede confundirnos con otras enfermedades.
La educación de la población debe constituir una baza fundamental para buscar disminuir la incidencia y pronóstico de dicha patología.

P. #960

CASO CLÍNICO: UN SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN URGENCIAS

Macarena Campos Carreras, Francisco Javier Ayuso Iñigo, Anaura Carrasquel Regalade

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: litiasis renal, diabetes mellitus, trastornos de conducta y síntomas depresivos en seguimiento por psiquiatría desde hace años (último ingreso hace 5 años por ideación suicida con diagnóstico al alta de retraso mental leve y trastorno histriónico de la personalidad). Déficit de vitamina D.
Tratamiento habitual: metformina, hidroferol, clomipramina, pregabalina, lamotrigina, quetiapina, lorazepam.
Motivo de consulta: Mujer de 60 años que acude a urgencias por ansiedad.
A su llegada es atendida por el equipo de psiquiatría de guardia. Refiere desde hace semanas empeoramiento anímico y exacerbación de la ansiedad, sin claro desencadenante. Sus familiares comentan pérdida de iniciativa, labilidad emocional y empeoramiento anímico. Mantiene autocuidado y descanso nocturno. Sin ideación autolítica. Se solicita analítica sanguínea y de orina y se pasa al área médica para observación. En las horas siguientes avisa enfermería por agitación y deseo de abandonar urgencias, ante la agitación se prescriben diazepam 1 ampolla más media ampolla de haloperidol. Tras mejoría de la heteroagresividad incluso llegando al descanso, de nuevo presenta episodio de agitación por lo que se indican 1 ampolla de haloperidol intramuscular. A las 10 horas aproximadamente, avisa enfermería al equipo de medicina por bajo nivel de consciencia.
A la exploración destaca paciente eupneica, sudorosa, con ojos cerrados. Presenta contracción de ambas manos (agarrada al borde de la cama), retira extremidades al dolor. Estable hemodinámicamente y afebril. Auscultación cardiopulmonar normal.
Pruebas complementarias (PPCC): Debido a que no impresiona de sedación tras la medicación administrada, se solicita analítica y TAC craneal para descartar complicaciones. En la analítica destaca creatinquinasa (CK) de 6.485 U/l, LDH 536 U/L con TAC craneal normal.
A la revaloración de la paciente presenta febrícula de 37.6°C, persiste rigidez de miembros superiores con retirada a estímulos dolorosos pero sin emitir palabras.
Juicio clínico: En este punto la sospecha es de un síndrome neuroléptico maligno ya que se trata de una paciente con CK elevada, hipertermia, rigidez muscular con el antecedente reciente de administración de neurolépticos.
Tras la sospecha se inicia sueroterapia intensiva y se avisa al servicio de UVI médica.

CONCLUSIONES

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción adversa a la medicación, poco frecuente (0.07-2.2%) pero que hay que tener presente en pacientes a los que se administra fármacos neurolépticos. Consiste en un cuadro de rigidez muscular, fiebre, estado mental alterado y disfunción autonómica. Se puede dar tanto tras la administración de fármacos neurolépticos típicos como atípicos (el principal factor de riesgo para desarrollarlo). Suele ocurrir en la primera semana de inicio del tratamiento o tras incremento de dosis.
De este caso destaca la necesidad de observación estrecha de los pacientes con alteración en el comportamiento y administración de fármacos neurolépticos, teniendo presente la posibilidad de desarrollar efectos adversos sobre los que hay que actuar de manera rápida.

P. #961

LA CARA OCULTA DEL CÓLICO ABDOMINAL

María Jesús Castaño Suero, Carla Boixeda Serra, Clara Piñol Bel, Marie Anette Arce Marañón, Carmen María Mengual González

Hospital Clinic, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Paciente de 28 años, natural de India. Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Sin antecedentes patológicos.
Anamnesis: dolor abdominal generalizado de dos días de evolución, tipo cólico, muy intenso. No deposiciones en los últimos dos días. Niega vómitos, fiebre u otra sintomatología por aparatos.
Exploración física: hemodinámicamente estable, eupneico a aire ambiente y afebril. Auscultación cardiopulmonar anodina. Pulsos presentes y simétricos en extremidades, sin edemas ni signos de trombosis venosa. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa, sin masas, megalias ni signos de irritación peritoneal. Sin signos de focalidad neurológica aguda.
Exploraciones complementarias:
- Analítica: anemia normocítica-normocróma con Hb de 100g/L e hiponatremia hipoosmolar con Na de 129mEq/L. Dímero D de 700ng/L. Función renal, resto de ionograma, perfil hepático y pancreático normal. Ausencia de elevación de troponinas, creatitnin quinasa u otros reactantes de fase aguda.
- Sedimento orina: normal.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización.
- Radiografía de tórax y abdomen: normales.
- Tomografía computerizada abdominal: abundante materia fecal en asas de íleon distal sin otros hallazgos a destacar.

El paciente ingresa a cargo de medicina interna para manejo del dolor y completar estudio.
- Analítica estudio de anemia: ausencia causas carenciales e índice reticulocitario deficitario. Morfología eritrocitaria: punteado basófilo marcado en un gran porcentaje de hematíes.
- Porfirinas en orina: porfibilinógeno normal, ácido delta-aminolevulínico elevado, porfirinas totales elevadas.

Ambos hallazgos previos eran sugestivos de intoxicación por plomo, por lo que se solicitaron niveles de plomo en plasma y orina, que resultaron elevados (60 µg/L y 814 µg/L respectivamente).
Orientación diagnóstica: saturnismo clásico en forma de cólico plúmbico probablemente secundaria a consumo de productos de medicina tradicional hindú (ayurveda). El paciente confirmó su consumo pero las hierbas no pudieron ser analizadas.
Tratamiento: quelantes de plomo. Edetato cálcico disódico intravenoso los primeros días y posteriormente succímero oral.

CONCLUSIONES

El saturnismo es una intoxicación por plomo que puede ser difícil de diagnosticar debido a sus síntomas inespecíficos. Puede ser aguda (por inhalación en actividades industriales) o crónica (por exposición a pinturas, cañerías o productos tradicionales). Los niveles sanguíneos de plomo tóxicos son superiores a 10 µg/dL, aunque los síntomas suelen aparecer con niveles mayores a 30 µg/dL.
La clínica incluye efectos gastrointestinales (dolor cólico, estreñimiento), hemodinámicos (hipertensión arterial), neurológicos (desde neuropatía periférica hasta encefalopatía o coma), hematológicos (anemia por alteración de la formación del grupo hemo) así como renales (tubulopatía renal).
El plomo inhibe la deshidratasa del ácido -aminolevulínico (ALA-D) del grupo hemo, lo que provoca acumulación de ALA, y síntomas similares a un ataque agudo de porfiria. El análisis de porfirinas en orina puede ayudar a diagnosticar la intoxicación por plomo, aunque no sea la sospecha inicialmente, como en nuestro caso.
Es importante recordar que el test de Hoesch, utilizado en urgencias para despistaje de porfirias, no es útil en el diagnóstico de intoxicación por plomo, ya que solo mide porfobilinógeno y no la acumulación de ALA.
Otros signos diagnósticos son el ribete de Burton (una línea azulada en las encías) y el punteado basófilo en los hematíes.
El diagnóstico es especialmente relevante en regiones con alta migración desde Asia meridional, donde la intoxicación por plomo es más frecuente. En los países occidentales, con la acogida de prácticas orientales, como el yoga, la meditación y la medicina alternativa, también puede ser una fuente inadvertida de exposición.
El tratamiento adecuado con quelantes es esencial para reducir los niveles de plomo y prevenir complicaciones graves.

P. #1027

CÓMO ACABAR EN URGENCIAS CON SÓLO CONSUMIR DOS GOMINOLAS DULCES Y SABROSAS

Andrea Lorda Valle, María Jesús Estevez Rueda, Alberto Aurelio Palancar Marín, Cristina Rey Martínez-Armero, Laura Codina Carballo, José Roberto Penedo Alonso

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años, sin antecedentes de interés, que es remitido a urgencias por agitación en la vía pública. Refiere que se encuentra muy nervioso y está muy sudoroso. Comenta visión borrosa, palpitaciones y náuseas tras haber consumido hace una hora, dos gominolas con 50 mg de hidroxi-hexahidrocannabinol (HHC). No aporta muestra para análisis.
A la exploración, destaca taquicardia a 160 latidos por minuto. La exploración física y neurológica son anodinas salvo pupilas midriáticas reactivas.
En las pruebas analíticas únicamente presenta los tóxicos en orina positivos para Cannabinoides.
Ante la sospecha de intoxicación por HHC se decide mantener al paciente en observación con sueroterapia, antieméticos y analgesia. Tras seis horas, es dado de alta completamente asintomático.

CONCLUSIONES

El HHC es un derivado del cannabis, relativamente nuevo, con propiedades y efectos similares a los del tetrahidrocannabinol (THC). Apareció en el mercado de drogas ilegales de Estados Unidos en 2021. En Europa se identificó por primera vez en mayo de 2022 en Dinamarca y se notificó como una nueva sustancia psicoactiva a través del Sistema de Alerta Temprana en octubre de 2022.
Su consumo, en forma de gominola u otras sustancias, es de fácil acceso a través de Internet y tiendas especializadas en cannabis. Se describen en estas web como una gominola dulce y disponible en varios sabores que permite su ingesta de forma discreta.
Al tratarse de un derivado del cannabis muy nuevo, no tiene claros estudios que demuestren ni sus beneficios ni sus riesgos. Se apoyan en opiniones de consumidores para explicar el estado de bienestar que producen en cuanto al alivio del estrés y la ansiedad, mejora del estado de ánimo, descanso nocturno e incluso control del dolor crónico.
El principal problema de esta sustancia radica en la ausencia de legislación específica contra la venta de la misma, lo que supone no estar ilegalizada y permitirse la compra-venta de las gominolas que la contienen a través de tiendas CBD o páginas webs. Se suma además el bajo precio de estos productos (unos 5 euros aproximadamente la unidad).
En 2024, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición ha emitido 4 alertas sobre intoxicaciones con estos productos, mientras que en 2023 no se notificó ninguna. A nivel europeo, hubo 10 alertas, frente a las dos que se emitieron el año anterior. Su presencia en España está en aumento, por lo que es probable que existan más casos de los notificados, debido a que tanto el cannabis común como el HHC producen un metabolito carboxílico que es indistinguible por los test de detección habituales como el inmunoensayo competitivo, que es del que disponemos en nuestro centro.
Respecto su tratamiento, se basa en el control de síntomas, al igual que la intoxicación por cannabis, ya que no hay antídoto especifico contra el mismo. Por otra parte, y dado lo atractivo de su presentación y packaching y las diferentes dosificaciones, puede suponer un riesgo importante de intoxicación en menores. Como médicos de urgencias debemos estar al tanto de esta nueva droga para detectar, notificar y tratar posibles futuras intoxicaciones. Aunque falta mucha información sobre las gominolas con HHC, su facilidad de compra en Internet y su forma de consumo tan atractiva, hace que pueda aumentar su consumo en España y por ende, el numero de intoxicaciones.

P. #1064

DOCTORA, ¿POR QUE PIERDO EL CONOCIMIENTO?

Miriam Belando Consuegra
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años que acude a Urgencias traído por 061 por sincope con perdida de conocimiento de unos minutos que no saben especificar. Refiere pródromos con nauseas y sudoración. No dolor torácico ni disnea. Comenta el paciente hace tres semanas episodio similar de sincope. En ambos episodios el paciente se encontraba trabajando en un pub.
A la llegada del paciente TA 134/93 mmHg; Tª:37.3 °C; FC:83 lpm; Sat.O2:99 %.Buen Estado General. Buena coloración e hidratación mucocutánea
Nivel de consciencia: Normal; Estado de consciencia: Normal; Glasgow: 15 puntos ; V: 5; O: 4; M: 6.NRL: Sin focalidad neurológica. PINR. No nistagmo. No perdida de fuerza ni sensibilidad en MMSS y MMII.
ACP: Rítmico, no ausculto soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Se solicita gasometría venosa, analítica completa, ECG y TAC cerebral.
En GV Carboxihemoglobina (CO Hb) ** 18.3 que relaciona el paciente con ambiente de humo con la preparación de cachimba y fumar él mismo
cachimba, por lo que colocamos como primera línea de tratamiento una mascarilla reservorio a alto flujo (15 lpm).
Tras un cuadro neurológico asociado a unos niveles de carboxihemoglobina elevados, se contacta con cámara hiperbárica de la Región que se El paciente regresa sobre las 05:30 horas , ha recibido tratamiento de OHB, sin alteraciones durante el tratamiento, se recomienda recibir 3-4 sesiones durante los próximos días para prevención del síndrome neurológico tardío.
Mañana a las 17:00 horas siguiente sesión.
Solicitamos nueva GV a su llegada 05:40h: Carboxihemoglobina (CO Hb) 1.9. Tras descenso de CO Hb y buena respuesta de tratamiento se decide alta a domicilio con cita para mañana de OHB.

CONCLUSIONES

Se utiliza O2 a presión superior a la atmosférica (Cámara de Oxígeno Hiperbárico) en casos graves cuando existe alguno de los siguientes criterios:
– Pacientes con pérdida de conciencia actual o pasada.
– Exploración neurológica claramente anormal.
– COHb superior a 40%.
– Enfermedad coronaria y COHb superior a 20%.
– Mujer embarazada con COHb superior a 15%.

P. #1076

INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADOS EN EL CONTEXTO DE INTENTO AUTOLÍTICO: MANEJO INICIAL Y DEL PACIENTE CON DETERIORO CLÍNICO

Javier Cazalilla Expósito, Elena María Jiménez González, Francisco Moral Villar, Nieves Orozco Casado, Antonio Siles Vega, Rocío Ortega Gutiérrez
Hospital de alta resolución de Alcalá la Real, Alcalá La Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipemia.
- Insuficiencia respiratoria crónica tras infección por tuberculosis en su juventud, con oxigenoterapia domiciliaria las 24 horas.
- Enfermedad arterial periférica con amputación de 4 y 5 dedos del pie derecho.
- Depresión grave de larga evolución (inicio 20 años), agravada por patologías crónicas. Dos intentos de suicidio previos mediante ingesta de fármacos (benzodiacepinas, antidepresivos). Seguimiento por psiquiatría intermitente y mala adherencia al tratamiento.

Paciente de 63 años que es trasladado por DCCU extrahospitalarias hasta nuestro centro, tras ingesta de unos 100 ml de insecticida organofosforado hace 30 min. Su familiar refiere que tras tomarlo, le ha verbalizado la finalidad autolítica.
A su llegada se encuentra consciente, con vía aérea permeable. Taqupneico sin trabajo respiratorio significativo, con SO2 95% (FiO2 21%)
Pálido, diaforesis profusa, tendencia a hipotensión (90/50) y taquicardia (140 lpm).
Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos.
Glasgow 15, pupilas midriáticas, colabora.
Tras una primera valoración y solicitud de pruebas complementarias, realizamos sondaje vesical y lavado gástrico, con expulsión de unos 80 ml de contenido azulado. Contactamos con el servicio de toxicología que nos indicó administrar tratamiento con atropina en dosis creciente cada 5 minutos. Se administran 3 dosis de 2, 4 y 6 mg sin mejoría clínica.
El paciente sufre un deterioro hemodinámico progresivo y rápido a pesar del tratamiento inicial: tendencia a la hipotensión (60/40); taquicardia (150 lpm); taquipnea con trabajo respiratorio significativo, aumento de secreciones y broncoespasmo, empeorando su SO2 hasta 85%; neurológicamente sufre un deterioro del nivel de conciencia significativo hasta un Glasgow 7. Ante la situación nos planteamos la IOT del paciente y el soporte con fármacos vasoactivos. También avisamos al helicóptero de traslado de críticos y a la UCI de nuestro hospital de referencia para programar traslado.
El paciente presenta una vía aérea difícil por su obesidad, cuello corto y la presencia de secreciones, por lo que decidimos realizar IOT asistida por videolaringoscopio y guía tipo frova. Se realiza preoxigenación con ambú e iniciamos secuencia rápida de intubación con fentanilo, etomidato (dada la inestabilidad HD) y rocuronio, ajustados por peso. Se completa la IOT con éxito en el primer intento confirmado por capnógrafo. Posteriormente se mantiene sedación con midazolam en perfusión y bolos de

rocuronio.
Dada la tendencia a la hipotensión iniciamos perfusión de noradrenalina, aumentando la dosis hasta conseguir tensiones arteriales en rango.
Reevaluamos al paciente que se encuentra sedado, conectado al ventilador y manteniendo una saturación en torno al 94%, con curva adecuada en la capnografía. Circulatoriamente continua con taquicardia (140 lpm) y tendencia a la hipotensión, aunque se mantiene en torno a 80/50.
Tras esta estabilización inicial, el paciente es trasladado mediante helicóptero hasta la UCI del hospital Virgen de las Nieves en Granada, donde permanece ingresado una semana. Ante la ausencia de mejoría, consensúan con la familia limitación del esfuerzo terapéutico y el paciente fallece.

CONCLUSIONES

Tras este caso, me parece que hay que resaltar la importancia de contar con dispositivos para abordar la vía aérea difícil en los servicios de urgencias. Especialmente en aquellos que se encuentras en zonas aisladas que no cuentan con servicios de anestesia/medicina intensiva y que tienen un hospital de tercer nivel a una lejanía considerable.
La importancia de las unidades de salud mental comunitaria, que garanticen seguimiento y tratamiento adecuado a los pacientes en riesgo, especialmente en zonas donde hay alta endemia de suicidio, como es Alcalá la Real.
Por último, cabe reseñar la importancia de una buena comunicación interhospitalaria y con servicios de urgencias exrahospitalarias, para garantizar las mejores condiciones al paciente durante el traslado.

P. #1078

INTOXICACIÓN CRÓNICA POR DIGOXINA. UTILIDAD DE ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA

Judit Aranda Salom, Jaime Laureiro González, Susana Ochoa Vilor, Andrea Terrón Sánchez
Hospital 12 Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 93 años, diabetes mellitus insulinodepeniente, fibrilación auricular (FA) paroxística en estrategia de control de frecuencia con digoxina y bisoprolol. Valvulopatia con insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspidea moderadas con fracción de eyección preservada.
Acude por astenia, debilidad, anhedonia y dolor abdominal presentando analíticamente digoxinemia de 3.5 ng /ml y una hiperpotasemia moderada (7.7) en el contexto de leve deterioro de función renal (creatinina 1'25) con alteraciones electrocardiográficas compatible con FA lenta, bloqueo de rama derecha (BRD) y cambios de repolarización no presentes previamente.
Se procede a la monitorización electrocardiográfica, a la aplicación de medidas antihiperpotasemia y se decide administración de anticuerpos antidigoxina con doble indicación (analítica por valores de kalemia > 5'5 mEq/dl y por cambios electrocardiográficos). Tras gestionar los viales con el SUMMA.
Mejorando frecuencia cardíaca en tiempo menor de 1 horas con mejoria de la función renal y mejoria de la hiperpotasemia permitiendo menos horas de espera en el servicio de urgencias y una recuperación más precoz.
Con posterioridad se objetiva mejoría analítica con normalización de la función renal así como de las alteraciones iónicas.
Tardando más la normalización de la digoxinemia dado que las determinaciones del laboratorio aumentaron valores dado el uso de los anticuerpos y que no se mide la digoxina libre.
Al alta se suspendió el tratamiento con digoxina, aumentado la dosis de betabloqueante.

CONCLUSIONES

1. Las intoxicaciones son motivo frecuente de consulta en servicio de urgencias, la intoxicación por fármacos se agrava con la edad y la digoxina supone un 25% de las intoxicaciones en ancianos, disponemos de un antídoto eficaz gestionado por los servicios de emergencia extra hospitalarios (en el caso de Madrid). Su uso es poco frecuente y suponiendo un beneficio para el paciente y su morbimortalidad.

P. #1080

INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía Manzanares Sánchez, Clara García Cuenca, Elena Sánchez Egea, Tatiana Navarro Cano, Sara Vélez Hervías, Griselda Alarcón Frápolli

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

El paracetamol es un fármaco utilizado a nivel mundial por sus propiedades analgésicas y antipiréticas. Su fácil acceso lo convierte en una de las principales causas de intoxicación medicamentosa. Además, en menores de 18 años, es el segundo fármaco más usado en intentos autolíticos, detrás de las benzodiazepinas.

Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias a las 1:00 am por intento autolítico mediante la ingesta de 30 comprimidos de Paracetamol 650mg. La ingesta se produjo esa tarde sobre las 18:00 pm, a raíz de una discusión con su pareja. No había tenido intentos autolíticos previos, aunque sí había expresado ideación suicida anteriormente.

A la exploración física la paciente presentaba constantes en rango, estaba somnolienta, aunque abordable y colaboradora, orientada en las tres esferas. En la exploración psiquiátrica destaca una importante crítica sobre lo sucedido.

A su llegada, aproximadamente a las 7 horas post-ingesta, iniciamos tratamiento con N-acetilcisteína (NAC) vía intravenosa; 150 mg/kg en 150 ml de suero glucosado (SG) al 5% en 60 min, posteriormente 50 mg/kg en 500 ml de SG al 5% en 4 horas y finalmente 100mg/kg en 1000ml de SG al 5% en 16 horas.

Se solicitaron pruebas complementarias: niveles séricos de paracetamol, enzimas hepáticas, función renal, ionograma, hemograma, coagulación y gasometría venosa. Los controles periódicos de paracetamol fueron los siguientes:

- A las 7 horas post-ingesta: 150 µg/ml de paracetamol, con elevación leve de enzimas hepáticas.
- A las 11 horas post-ingesta: 100 µg/ml de paracetamol, GOT 200 U/L y GPT 210 U/L.

Tras completar la administración de NAC, la paciente ingresa en planta para vigilancia durante 96 horas y valoración psiquiátrica.

El paracetamol se absorbe rápidamente por vía digestiva, alcanzando niveles terapéuticos a partir de los 30 minutos. La intoxicación ocurre cuando su metabolismo hepático se satura, aumentando el metabolito tóxico NAPQI. Este suele neutralizarse con glutatión, pero en sobredosis, sus reservas se agotan, causando daño hepático.

La dosis tóxica en adultos es de 125 mg/kg, con hepatotoxicidad rara por debajo de 12 g y efectos letales a partir de 20-25 g. La intoxicación aguda ocurre si la ingesta sucede en menos de 8 horas.

El diagnóstico se basa en medir niveles séricos de paracetamol 4 horas después de la ingesta, junto con pruebas hepáticas y renales. El tratamiento específico con N-acetilcisteína debe iniciarse sin demora en aquellos pacientes que hayan ingerido en las últimas 16h una dosis ≥7,5 g de paracetamol, sin esperar a conocer las concentraciones plasmáticas exactas. La utilización de NAC ha demostrado ser más efectiva dentro de las 8-12h post-ingesta. Puede usarse la vía oral o la vía intravenosa, aunque normalmente se recurre a la intravenosa por la alta incidencia de náuseas en estos pacientes.

Además, en aquellos casos donde conocemos el momento de la ingesta debe usarse el Nomograma de Rumack-Matthew para estimar la probabilidad de lesión hepática; tomándolo como referencia para saber cuándo suspender el antídoto, siempre que no haya daño hepático. Si hay lesión hepática, el tratamiento debe continuar hasta que GOT sea <1000 U/L, INR <2 y no haya encefalopatía.

Todo paciente debe ser vigilado al menos 96 horas, ya que la máxima afectación hepática ocurre entre las 72 y 96 horas post-ingesta.

CONCLUSIONES

El reconocimiento temprano de la sobredosis por paracetamol es clave para reducir la morbimortalidad. Un diagnóstico oportuno y la administración NAC en el tiempo adecuado pueden revertir los efectos tóxicos. La presentación clínica varía desde síntomas leves hasta insuficiencia hepática fulminante, dependiendo de la dosis ingerida. El manejo inicial incluye cuantificación del fármaco en sangre y monitoreo hepático. Además, la valoración psiquiátrica y el apoyo psicológico son esenciales.

P. #1136

ENVENENAMIENTO POR LA MORDEDURA DE UNA VÍBORA DE MARTINICA

Álvaro Pineda Torcuato, Antonio F Caballero Bermejo, Ana Amaro Harpigny, Giuseppe Dominijanni, Belén Ruiz Antorán, Rosa Capilla Pueyo

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años que acude a Urgencias trasladado por los servicios de emergencias tras presentar mordedura de víbora no autóctona (Bothrops Lanceolatus) mientras realizaba unas fotografías en un domicilio particular, sufriendo una mordedura accidental sobre las 23:00h. El paciente no presenta antecedentes de interés, salvo 5 episodios de anafilaxia por veneno tras la mordedura de otros tipos de víboras.

Tras la mordedura accidental la noche anterior, el paciente comienza con dolor y tumefacción en la zona de la mano y el antebrazo derechos que progresan, por lo que a las 8 y media de la mañana avisa a los servicios de emergencias. A la llegada del SUMMA se encuentra hipotenso (80/40mmHg) y taquicárdico, por lo que se inicia perfusión de Noradrenalina (NAD) y Adrenalina. A su llegada al Box vital del servicio de Urgencias a las 9:20h se encuentra con regular estado general, SatO2 100% con GN 6L, FC 71lpm, TA 139/68mmHg, T: 35,6°C, eritema generalizado sin angioedema ni edema de úvula. Edema en mano derecha con pulso radial conservado, buen relleno capilar y exploración neurovascular normal. Analíticamente destaca pH 7.28, pCO2 48, bicarbonato 22 y lactato 3.2, función renal normal y leucocitosis con neutrofilia sin coagulopatía. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se ajusta tratamiento: soporte vasoactivo con NA que se suspende en la primera hora, sueroterapia, vacuna antitetánica, antibioterapia empírica con amoxicilina/clavulánico, dexclorfeniramina 5mg/6h, omeprazol y enoxaparina profiláctica. Además del tratamiento de soporte, se contacta con el Servicio de Información Toxicológica (SIT) que recomienda el uso de un antídoto común a la especia (Antivipmyn – antídoto faboterápico polivalente) que suministra la empresa encargada del cuidado de reptiles en Faunia. Se reciben un total de 18 viales de 2 lotes distintos, 8 de los cuales pertenecen a un lote caducado en febrero de 2023. Posteriormente, y tras recibir el antídoto específico (Bothrofav), se inicia perfusión del mismo el tercer día de ingreso y, tras consultar con el SIT, se mantiene la infusión durante 72h. La herida de mordedura es valorada en numerosas ocasiones por Traumatología con muy buena evolución. Dada la situación de estabilidad, se procede al alta a cargo de Medicina Interna tras 48h de ingreso en UCI y, tras buena evolución en planta, alta al sexto día de ingreso.

CONCLUSIONES

El caso ilustra el manejo de una mordedura por la víbora de Martinica, una especie no autóctona. La víbora de Martinica (Bothrops lanceolatus) puede afectar el sistema hemostático de diversas maneras, causando principalmente trombosis, incluyendo trombosis venosa profunda, embolia pulmonar e infarto cerebral. En este caso, nuestro paciente no presentó este tipo de complicaciones.

Los dueños de estas especies (particulares, centros de exposición o de estudio) están obligados a disponer de su antídoto, pero en la práctica esta norma se incumple con frecuencia. Este caso pone de manifiesto las dificultades que los servicios de urgencias hospitalarios pueden encontrar en la atención de los accidentes por mordeduras de serpientes "exóticas", especialmente en relación a la disponibilidad de sueros antiofídicos y por la falta de experiencia a nivel local, al ser una intoxicación muy infrecuente en nuestro medio. La disponibilidad del suero está condicionada y muy limitada por su elevado precio y por ser considerado un medicamento extranjero sujeto a unos cauces de adquisición complejos. Por último, este caso aporta una evidencia adicional que muestra que los antivenenos caducados pueden ser útiles en países donde los envenenamientos por serpientes son poco comunes y los suministros son limitados.

P. #1159

INTOXICACIÓN GRAVE POR PROPAFENONA EN PACIENTE ANCIANA CON FIBRILACIÓN AURICULAR: EVOLUCIÓN TÓRPIDA CON DESENLACE FATAL

Álvaro Pineda Torcuato, Raquel García Hernández, Antonio F Caballero Bermejo, Giuseppe Dominjanni, Rosa Capilla Pueyo, Belén Ruiz Antorán

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 88 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y fibrilación auricular de más de 50 años de evolución, en tratamiento con metformina/sitagliptina, losartán y propafenona 150 mg cada 12 horas y ciprofloxacino por infección en una úlcera en miembro inferior izquierdo, sin seguimiento médico reciente. Sus familiares refieren que la paciente gestionaba ella su medicación y en los días previos podría haber cometido algún error en la toma de la medicación. Acudió a Urgencias por un cuadro progresivo de bradilalia, disartria, bradipsiquia e inestabilidad con caída accidental sin pérdida de conocimiento, acompañado de náuseas. Además, presentaba edema progresivo de extremidades inferiores sin disnea ni ortopnea.

A su llegada, la paciente presentaba hipotensión severa (63/36 mmHg), bradicardia (36 lpm) y saturación del 96% basal. Se evidenció palidez mucocutánea, sudoración, bradicardia sin soplos e hipofonesis generalizada. Neurológicamente destacaban bradilalia y bradipsiquia, con pupilas isocóricas y normorreactivas sin otra focalidad. En las pruebas complementarias se observó acidosis metabólica con pH 7.11, bicarbonato 10.5 mmol/L y lactato 9.3 mmol/L, además de creatinina 3.2 mg/dL, urea 69 mg/dL y proteína C reactiva 19 mg/L. El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal a 42 lpm, bloqueo de rama izquierda no conocido previamente, QT alargado y ensanchamiento del QRS. Radiografía de tórax con derrame pleural derecho. TC de cráneo sin hallazgos de patología aguda.

Ante la sospecha de intoxicación por propafenona, se inició resucitación hidroelectrolítica con infusión de Ringer lactato (1000 mL en carga), bicarbonato 1M (500 mL) y emulsión lipídica (bolo de 100 mL al 20%, seguido de infusión continua de 900 mL/h durante una hora). Se administraron isoprenalina y noradrenalina, logrando mejoría hemodinámica parcial con aumento de la frecuencia cardiaca y mejoría de la tensión arterial, aunque persistió el ensanchamiento del QRS.

A pesar del tratamiento, la paciente presentó deterioro progresivo con acidosis metabólica refractaria, anuria, tendencia a la somnolencia y desaturación. Ante el cuadro de shock cardiogénico secundario a intoxicación por propafenona con evolución tórpida, se decidió adecuación del esfuerzo terapéutico, certificándose el éxitus letalis a la hora de su ingreso.

CONCLUSIONES

La propafenona es un antiarrítmico de clase Ic con efecto inotrópico negativo y actividad -bloqueante. Comparte características de toxicidad con la flecainida y otros fármacos de su grupo. Se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal y se metaboliza en el hígado por la isoenzima CYP2D6 del citocromo P450. Las manifestaciones clínicas de la intoxicación por propafenona son fundamentalmente cardiovasculares y neurológicas. A nivel cardíaco, puede provocar hipotensión severa, disfunción miocárdica, trastornos de la conducción con ensanchamiento del QRS, prolongación del QT, patrón tipo síndrome de Brugada, arritmias ventriculares potencialmente letales como torsades de pointes y, en casos graves, paro cardíaco. A nivel neurológico, pueden observarse convulsiones, alucinaciones y depresión del nivel de consciencia.

En intoxicaciones graves, el paciente debe ser monitorizado estrictamente, considerando intubación orotraqueal y ventilación mecánica precoz en caso de deterioro del nivel de consciencia o inestabilidad hemodinámica. La hipotensión se trata inicialmente con fluidoterapia y, si es necesario, con vasopresores. En presencia de taquiarritmias ventriculares inestables, se indica cardioversión eléctrica inmediata. Las alteraciones de la conducción pueden responder a la administración de bicarbonato sódico intravenoso; en caso de persistencia, se recomienda lidocaína como fármaco de elección o, en su defecto, amiodarona.

En pacientes con hipotensión refractaria que no responden a soporte vasoactivo, puede considerarse la administración de emulsión lipídica intravenosa como terapia de rescate, aunque la evidencia en la intoxicación por propafenona es menos sólida en comparación con su uso en intoxicaciones por anestésicos locales y lidocaína. El reconocimiento temprano y el manejo agresivo son clave para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

P. #1204

LA MENTA QUE ME ALUCINÓ

Anaura Carrasquel Regalade[1], Alexis Jaspe Codecido[2], María Celia Ferro San Miguel[1]

1. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de varón de 27 años procedente de México, sin alergias conocidas , ni antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias traigo por su pareja por presentar tras la cena episodio de alucinación visual describiendo notar como el brazo derecho estaba "hinchado", describía que era capaz de verse fuera de su cuerpo y "estaba seguro de poder salir de su cuerpo", todo esto referido en domicilio, a su llegada al servicio de urgencias refería saber que esto no era verdad, se encontraba muy ansioso e insistía en la imagen distorsionada de su cuerpo.
Al reinterrogar negaba consumo de tóxicos, no cuadros previos similares a este. Refiere su pareja que el paciente es informático, con trabajo estable sin antecedentes previos similares.
Al examen físico: paciente ansioso, hiperactivo, verborreico, TA 145/98, FC 100, Saturación 99%, ACP: taquicardia sin otra alteración, Neurológico: consciente, orientado, pares indemnes, fuerza y sensibilidad conservadas, pupilas discretamente mióticas normoreactivas, paciente con importante inquietud durante la exploración, se solicita analítica con hemograma, perfil básico y hepático normales, con tóxicos en orina negativos y TAC de craneo normal.
tras 4 horas en el servicio de urgencias, paciente más tranquilo, se reinterroga sobre consumo de alguna sustancia o introducción de algo nuevo en dieta y el familiar comenta, ingesta en la cena de crema de calabacín que realizo el paciente y de adorno coloca unas hojas de una planta ornamental, traída de Mexico similar a la menta, que el paciente come con dicha crema.
Tras este dato , sin poder descartar patología psiquiátrica (ya se había solicitado valoración por psiquiatría), se solicita información al servicio de toxicología que informa de una planta de la familia de la menta con efectos alucinógenos llamada Salvia Divinorum , conocida como "Menta Divina", que podría explicar dicha sintomatología, tras 24 horas en observación, el paciente se encontraba totalmente asintomático, con la valoración por parte del servicio de psiquiatría que concluye sin patología psiquiátrica, dado de alta como intoxicación por dicha planta

CONCLUSIONES

Conocida como "La Pastora", "Yerba
María", "Menta Divina", "Ska", "Yerba de la
pastora", "Yerba del adivino", etc., la Salvia
divinorum es una pequeña planta de la familia de la menta, consumida por los indios
mazatecas en la región de Oaxaca, México,
con fines chamánicos y adivinatorios . También se ha usado con fines medicinales, para el tratamiento de la anemia,
la cefalea y los reumatismos.Su principio activo, la salvinorina A, se encuentra en las hojas, y es un potente agonista de los receptores opioides kappa, sin
efecto sobre receptores serotoninérgicos, ni sobre receptores NMDA. Su molécula,
a diferencia de los alucinógenos clásicos,
no contiene nitrógeno, siendo insoluble en
agua.Se consume masticada, fumada, vía sublingual, en pipas de agua o en infusión,
aunque en este último caso la salvinorina
A es degradada a nivel gastrointestinal,
con poca potencia toxicológica. Posee un
inicio de acción rápido, dependiendo de la
forma de consumo (5-10 minutos para la
absorción bucal y 30-60 segundos para las
formas fumadas) y de corta duración (15 y
30 minutos).Posee propiedades disociativas y alucinógenas. Los usuarios describen un estado de trance similar al producido por el
LSD, la ketamina o cannabis.Entre los eventos adversos, se incluyen
reacciones intensas de ansiedad durante el
pico máximo, seguidas de síntomas persistentes leves,disforia y confusión con una sensación aterradora de una "realidad fracturada" y trastornos del lenguaje.Determinados efectos secundarios orgánicos (hipertensión, taquicardia, disnea) y sobre todo los efectos alucinatorios y de tipo antidepresivo, pueden llegar a durar hasta 24 horas.Tras el pico máximo, también se describe con frecuencia un efecto de resaca, incluyendo cefalea y somnolencia durante varias horas después de su uso. La intoxicación aguda no presenta signos específicos. Aunque en algunos casos
de asistencia en urgencias se indica la presencia de taquicardia e hipertensión.

P. #1213

INTOXICADA O NO, ESA ES LA CUESTIÓN

María Del Carmen Sánchez Beltrán, Blanca Andrea Gallardo Sánchez, Mónica Martín De Miguel, Cristina Domínguez Lubillo
Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 83 años traída a urgencias por encontrarla con mal estado general con empeoramiento progresivo en las últimas 48 horas sin otros síntomas asociados en la anamnesis dirigida por aparatos y sistemas.
Como antecedentes la paciente tiene obesidad grado I, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo II. IAM Killip II en 2022. Incontinencia urinaria. Insomnio. Tratamiento habitual con IECAs, ADOs, estatinas, furosemida, Mirabegrón y Amitriptilina.
En la exploración neurológica la paciente se encuentra somnolienta, con el resto de funciones superiores conservadas. Sin otros hallazgos.
En la exploración física la paciente presenta taquicardia, hipotensión arterial, relleno capilar > 3 segundos, con sudoración de palmas de las manos, sin otros signos. Ante el cuadro clínico se inicia protocolo sepsis con sueroterapia y antibiótico precoz, previa extracción de pruebas complementarias. Se mantiene monitorización continua y sondaje vesical con globo vesical de 700ml aproximadamente.
En pruebas complementarias presenta:
Analítica: Cr 1.2 mg/dL; K 5.3 mEq/L; Sin elevación de reactantes de leucocitos, PCR ni procalcitonina.
ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm. Sin otros hallazgos.
Radiografía de tórax: No masas ni consolidaciones. Sin signos de IC. Similar a previas.
Se reevalúa a la paciente quien mantiene la clínica, con aumento de la sudoración y piel enrojecida. Se vuelve a realiza anamnesis con el nieto, quien refiere que su abuela vive con su padre, quien no refiere clínica alguna ni nuevos fármacos en la paciente.
Se mantiene en observación, y tras dos horas en monitorización se observa racha de 4 latidos de taquicardia ventricular. Se reevalúa de nuevo a la paciente quien se encuentra enrojecida, sudorosa y taquipneica sin desaturación asociada.
Se realiza nuevo ECG donde se observa ensanchamiento de QRS con imagen de bloqueo completo de rama derecha que previamente no presentaba. Se solicita gasometría arterial con resultado: pH: 7.2; pO2: 86; pCO2: 37; HCO3-: 13.
Se revisa todo el cuadro clínico de la paciente, la progresión en observación, y la medicación habitual de la paciente (amitriptilina), junto con alteraciones en el ECG y acidosis metabólica no explicada por otras causas. Llegando a un posible diagnóstico de presunción de intoxicación por antidepresivos tricíclicos.
Se comienza tratamiento con bicarbonato 1/6 molar para alcalinización de la orina y se mantiene en observación con sueroterapia, dieta absoluta y control de diuresis. Se retira antibioticoterapia previa.
Tras 24 horas con estabilidad hemodinámica, y mejoría progresiva del nivel de consciencia la paciente ingresa en geriatría. En planta de hospitalización la familia refiere que el hijo con el que convive la paciente tiene antecedentes psiquiátricos en tratamiento activo. Tras valoración de la problemática con el hijo, ver antecedentes previos de TCE y fracturas no congruentes de la paciente en los últimos años se llega a un posible caso de maltrato de anciano que se pone en manos de trabajo social.

CONCLUSIONES

La intoxicación por antidepresivos tricíclicos es un cuadro grave, no frecuente y de alta mortalidad sobre el que tenemos que tener un alto índice de sospecha en pacientes con alteraciones neurológicas que toman estos fármacos.
El tratamiento en estas intoxicaciones es la alcalinización de la orina para disminuir la fracción libre del fármaco, y a pesar de la clínica de síndrome colinérgico no está recomendado el uso de salicilato de fisostigmina por riesgo de convulsiones y asistolia.
Con este caso queremos destacar la grandísima importancia de la historia clínica, la situación basal y antecedentes de nuestros pacientes. En este caso la clave fue la constante reevaluación, la monitorización continua y los posibles diagnósticos diferenciales, que son lo que hacen de la práctica médica única y especial.

P. #1227

EDEMA DE GLOTIS POR REACCIÓN ANAFILÁCTICA

María Asunción Jorge Martin[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Rebeca Santos Nieto[1], Alicia Pacho Gimaré[1], Sonia Pinto Bartolomé[1], José Ramón Pérez Pérez[1]

1. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España
2. Gerencia de Servicios Sociales, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años, previamente sano, acude a urgencias por dificultad respiratoria súbita, disfonía y sensación de cuerpo extraño en la garganta, posterior a la ingesta de mariscos.
Antecedentes personales:
• No enfermedades crónicas conocidas.
• No alergias diagnosticadas previamente.
• No cirugías previas.
Exploración física:
• Tensión arterial: 100/60 milímetros de mercurio
• Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto
• Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto
• Saturación de oxígeno: 92% (sin oxígeno)
Examen físico:
• Estridor laríngeo inspiratorio.
• Disnea con uso de músculos accesorios.
• Edema visible en lengua y úvula.
• Ronquera y dificultad para hablar.
Diagnóstico:
Edema de glotis secundario a reacción anafiláctica por ingesta de mariscos.
Cuidados de Enfermería en Urgencias:
1. Monitorización y estabilización del paciente:
- Control de signos vitales cada 5-10 minutos hasta estabilización.
- Valoración continua de la vía aérea para detectar empeoramiento (estridor creciente, caída de saturación, cianosis).
- Preparación para intubación de emergencia en caso de progresión del edema.
2. Administración de medicación de urgencia:
- Adrenalina intramuscular (IM) 0.3 miligramos (mg)en muslo, repetir cada 5-15 min si no hay mejoría.
- Corticoides IV (metilprednisolona 125 mg) para reducir inflamación.
- Antihistamínicos IV (difenhidramina 50 mg).
- Nebulización con adrenalina en caso de estridor severo.
3. Mantenimiento de la vía aérea y oxigenación:
- Administración de oxígeno al 100% con mascarilla de reservorio.
- Colocación en posición semisentada para mejorar la ventilación.
- Evitar manipulación innecesaria de la vía aérea para no agravar el edema.
4. Educación y prevención:
- Explicación al paciente y familiares sobre la reacción alérgica y riesgo de recurrencia.
- Indicación de portar epinefrina autoinyectable en caso de futuros episodios.
- Derivación a alergología para estudio de alergias alimentarias y prevención.

CONCLUSIONES

• El edema de glotis es una emergencia vital que requiere actuación rápida para evitar el colapso de la vía aérea.
• La adrenalina IM es el tratamiento de primera línea, seguida de corticoides y antihistamínicos.
• Los cuidados de enfermería en urgencias se centran en monitoreo continuo, administración oportuna de fármacos y preparación para manejo avanzado de la vía aérea.
• La educación al paciente es clave para prevenir futuros episodios y garantizar su seguridad a largo plazo.
Este caso destaca la importancia del rol de enfermería en la identificación y manejo inmediato de reacciones anafilácticas en urgencias.

P. #1257

PELIGRO OCULTO EN SUPLEMENTOS DE HERBOLARIO

José Miguel Cáceres Castro, Sandra Margot Navarro Contreras, Ana Benito Justel, Francisco José López Pérez, José Antonio Gómez García, María Esther Calatrava Quintana

Emergencias Castilla y León, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años sufre mareo seguido de agitación en su lugar de trabajo. A la llegada del equipo de emergencias, se encuentra postrada, pálida, sudorosa y agresiva. Por ello, se procede a sedación superficial con Midazolam intranasal, tras la cual reduce su ansiedad pero la anamnesis es dificultosa. No posee antecedentes personales de interés. Niega consumo de tóxicos, comenta llevar así varios días. Exploración física: Regular estado general, pálida y sudorosa. Pares craneales normales, no diadococinesias, no dismetrías. Destaca nistagmo horizontal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. TA 100/58, FC 40 lpm, Sat O2 100% con FiO2 0,21, afebril. Se realiza analítica portátil: pH 7,31, pCO2 39 mmHg, pO2 28 mmHg, HCO3- 19,6 mmol/L, exceso bases -6,2 mmol/L.Lactato 8. ECG: ritmo sinusal 40 lpm sin alteraciones repolarización. Tratamiento con Atropina y sueroterapia, subiendo TA 108/80 y FC 65.
A su llegada a urgencias en la exploración continúa confusa, con movimientos tipo osciloscopia durante el seguimiento ocular. Destaca analítica con hipopotasemia (3 mmol/L), orina piúrica y tóxicos positivos para MDMA.
TAC craneal normal. Se realiza punción lumbar: líquido cefalorraquídeo de aspecto claro.
Tras rehistoriar a la paciente con ayuda de su familiar, comenta que lleva una dieta de adelgazamiento sustituyendo la comida por barritas sustitutivas. Los últimos 3 días ha presentado vómitos con intolerancia oral. Es consumidora habitual de productos de herbolario que no saben especificar.
Tras permanecer en urgencias 24 horas con rehidratación, normalización en la exploración y analítica, se decide dar alta hospitalaria con diagnóstico: Cuadro confusional en el contexto de deshidratación, bradicardia e hipotensión por consumo de sustancias.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por MDMA, habitualmente cursan con taquicardia e hipertensión. Se han reportado casos aislados donde los pacientes presentan bradicardia e hipotensión tras el consumo, relacionados con factores individuales, como la susceptibilidad personal, la dosis consumida, la presencia de adulterantes en la sustancia o la combinación con otras drogas o medicamentos.

P. #1270

AGRESIVIDAD Y FIEBRE ¿SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO?

Omar Felipe Sánchez Perdomo, Kilian Griñan Ferre, Ruxandra Ioana Donea

Hospital Universitari Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 años con antecedentes de Trastorno de ansiedad y depresión mayor. Consulta por ideación autolítica con sobre ingesta medicamentosa de 200 mg de Lorazepam y alcohol.
A la valoración presenta se presenta ligeramente hipertenso, taquicárdico, febricular, Glasgow 15 pero agitado con pupilas midriáticas; necesitando contención mecánica. Se administra flumazenil y carbón activado. Realizan analítica que objetiva disminución filtrado glomerular (FG), acidosis metabólica y tóxicos en orina positivos para benzodiacepinas y tricíclicos. Valorado por el servicio de psiquiatría quienes consideran riesgo elevado de autolisis por lo que se decide ingreso y observación en urgencias.
Durante la evolución el paciente continua hemodinámicamente inestable, hipertenso y taquicárdico, febricular, con agitación psicomotora y alucinaciones. Valoramos como probable abstinencia y se inicia tratamiento con olanzapina, quetiapina y benzodiacepinas. Se decide repetir analítica que objetiva persistencia de insuficiencia renal, CK elevadas, así como la proteína C reactiva con ligera leucocitosis. Se realiza gasometría venosa que valora acidosis metabólica, y se recogen muestras para PCR virales que son negativas. Dada la ausencia de foco infeccioso y de posible causa de la clínica se decide realizar TAC craneal y abdominal que no muestran lesiones. Finalmente se realiza punción lumbar que muestra un líquido incoloro con escasos eritrocitos, glucosa normal, proteínas normales y filmarray negativo y se inicia tratamiento empírico con Cefotaxima, Ampicilina y Aciclovir. Se comenta el caso con la UCI consensuando sedación para control de agitación y protección de vía aérea ingresando al paciente en su unidad.
Durante su estancia en UCI se reduce la sedación, pero el paciente persiste con agitación. Se decide iniciar benzodiacepina a dosis altas y dantroleno con posterior mejoría de la clínica hasta retirada de sedación y extubación sin complicaciones orientándose el caso como Síndrome neuroléptico maligno.

CONCLUSIONES

El paciente con clínica de fiebre y alteración conductual presenta un reto diagnóstico. Inicialmente se debe descartar patologías como meningitis, encefalitis o lesiones ocupantes de espacio, con la ayuda del TAC craneal y punción lumbar además de iniciar tratamiento antibiótico, ya que la demora del inicio aumenta la morbimortalidad.
Por otro lado, se han de descartar otros focos de infección mediante la exploración física, descartando los focos respiratorio y urinario, pero también otros. Para ello, la analítica nos puede ayudar con hemograma, RFA, sedimento urinario y urocultivo, hemocultivos entre otros datos.
Otras patologías importantes en el diagnóstico, que se

consideraron, dados sus antecedentes, son las intoxicaciones por drogas, pero su detección en orina fue negativa, o por fármacos, ya que el paciente presentaba tratamiento con neurolépticos y benzodiazepinas. Además, también se consideró la abstinencia a fármacos, pero la clínica no es tan aguda y son menos severos y autolimitados; además nuestro paciente presentaba rigidez articular, hipertonicidad muscular y en analítica rabdomiólisis, más característico del síndrome.

El Síndrome Neuroléptico Maligno es una entidad poco frecuente que está relacionada al consumo de antipsicóticos y una susceptibilidad genética que impide el correcto metabolismo de estos fármacos. Para reconocerlo la exploración física es muy importante y se destaca una alteración de la hemodinamia con taquicardia, hipertensión y fiebre. Además, presenta rigidez muscular, temblor y alteración conductual. Por otro lado, los antecedentes psiquiátricos y tratamientos habituales nos deben hacer alertar, ya que es reconocimiento precoz mejora la morbimortalidad en estos pacientes.

El tratamiento se basa en la retirada del neuroléptico y monitorización hemodinámica. El dantroleno puede ayudar a mejorar la clínica como relajante muscular, un pilar importante en la patología, y la bromocriptina como agonista dopaminérgico. Finalmente dada la gravedad del síndrome y la alta mortalidad, pensar en consensuar el tratamiento con la unidad de cuidados intensivos para aumentar el control hemodinámica de estos pacientes.

P. #1305

DE UNA GASTROENTERITIS A UN SHOCK SÉPTICO: EL EFECTO SILENCIOSO DE LA METFORMINA

José Herrera Díaz, Sedigueh Arzili Moguim, Alejandro Becerra Wong

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, dislipidemia e hipotiroidismo. Es traído a urgencias por su hija debido a disnea progresiva que evoluciona hasta hacerse de reposo, acompañada de somnolencia y frialdad distal. Hija refiere que en los últimos 7 días ha presentado gastroenteritis aguda e infección urinaria.

En la exploración inicial, el paciente presenta mal estado general con signos de hipoperfusión: somnolencia, palidez, extremidades frías, llenado capilar mayor a 3 segundos, taquicardia mayor a 120 lpm y pulso débil. Se encuentra taquipneico con una frecuencia respiratoria de 32 rpm, disneico en reposo con tiraje subcostal, livedo reticularis y se observa índice de shock mayor a 1.

Ante la sospecha inicial de shock distributivo de probable origen séptico, se inicia fluidoterapia agresiva con 500 cc de suero fisiológico, seguido de un ritmo de 30 ml/kg en las primeras 3 horas, oxigenoterapia con mascarilla de reservorio a alto flujo (a 15 L, alcanzando una SaO2 del 90 %), broncodilatadores y noradrenalina 5 mg en 250 ml de SSF.

Las pruebas complementarias mostraron acidosis metabólica grave con anion gap elevado (pH 6.73, bicarbonato 4 mmol/L, lactato 20 mmol/L) e insuficiencia renal aguda AKIN III (creatinina 11.8 mg/dL, filtrado glomerular 4 ml/min/1.73m^2, urea 206 mg/dL). Ante estos hallazgos, se establece la sospecha de shock séptico con acidosis láctica secundaria a intoxicación por metformina, probablemente desencadenada por un episodio de gastroenteritis. Se realiza dímero D (45.97 microg/mL) ante la posibilidad de tromboembolismo pulmonar como causa de la insuficiencia respiratoria.

Dado el deterioro del nivel de conciencia y la persistencia de la inestabilidad hemodinámica, se solicita valoración por UCI trasladándolo a su cargo, además de indicar intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. Se canalizó un catéter venoso central femoral para monitorización hemodinámica y ajuste de fármacos vasoactivos. Se inicia terapia de reemplazo renal con hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) para la depuración del lactato y resolución progresiva de la acidosis. Además, se instaura antibioterapia empírica con meropenem y linezolid ante la posibilidad de shock séptico, sin obtener aislamiento microbiológico concluyente.

CONCLUSIONES

El paciente presentó un cuadro de disnea progresiva, somnolencia y signos de hipoperfusión, lo que orientó inicialmente a un shock distributivo, probablemente de origen séptico. La historia clínica reveló un antecedente reciente de gastroenteritis aguda e infección urinaria, que pudieron haber contribuido a

la depleción de volumen y al desarrollo de insuficiencia renal aguda. La acidosis metabólica grave con anion gap elevado y la hiperlactacidemia extrema sugirieron un cuadro de acidosis láctica severa, hallazgo característico en la toxicidad por metformina. La combinación de hipoperfusión sistémica, insuficiencia renal AKIN III y el uso crónico de metformina en un contexto de enfermedad intercurrente (GEA) favorecieron la acumulación del fármaco y desencadenaron una acidosis láctica potencialmente mortal.

Ante la gravedad del cuadro, el manejo en urgencias fue determinante para la evolución del paciente. La rápida identificación del shock permitió una resucitación hídrica agresiva, el uso temprano de vasopresores y el soporte ventilatorio oportuno. La sospecha de acidosis láctica secundaria a intoxicación por metformina motivó la instauración precoz de terapia de reemplazo renal, facilitando la depuración del ácido láctico y la estabilización progresiva del medio interno. La optimización hemodinámica en urgencias permitió el ingreso a UCI en mejores condiciones, favoreciendo la recuperación del paciente.

Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano de la acidosis láctica en el paciente crítico y el papel crucial del manejo inicial en urgencias para evitar la progresión a disfunción multiorgánica irreversible.

P. #1397

CUIDADO CON LO QUE COMES

Natalia Tejado Rodríguez[1], Miguel Herreros Gutiérrez[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[2], Raquel Cenjor Martín[3]

1. Hospital Univrsitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital Univrsitario Severo Ochoa (Leganés), Madrid, España
3. Hospital Univrsitario del Henares, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, natural de Ecuador, con antecedentes personales de obesidad grado I e hipertensión arterial sin tratamiento farmacológico. Acude a urgencias por estreñimiento, náuseas y visión borrosa de 12 horas de evolución. La noche previa cocinó por primera vez, sin desechar el agua de cocción, y cenó altramuces. En la exploración física destaca sequedad de piel y mucosas, ruidos hidroaéreos disminuidos y midriasis arreactiva, sin otra focalidad neurológica. Analítica sanguínea sin elevación de parámetros inflamatorios e iones y función renal en rango. Tóxicos en orina y etanolemia negativas. Electrocardiograma sin alteraciones del ritmo e intervalo QT no prolongado. El cuadro clínico es compatible con síndrome anticolinérgico por intoxicación secundaria al agua de cocción de los "chochos" o altramuces. Dada la afectación leve, se mantuvo observado 8 horas con fluidoterapia intensiva con resolución completa del cuadro.

CONCLUSIONES

La intoxicación por agua de cocción de los altramuces se debe a la ingesta de alcaloides
derivados de esta leguminosa. Es recomendable el remojo o cocción durante al menos una hora y es imprescindible desechar el agua. La toxicidad es consecuencia del síndrome anticolinérgico secundario al bloqueo competitivo del receptor de acetilcolina en la sinapsis parasimpática. La clínica que puede provocar es sequedad de piel y mucosa, náuseas, íleo paralítico, retención aguda de orina, midriasis y visión borrosa. Y en casos más graves taquicardia, taquipnea, arritmias y depresión respiratoria. El diagnóstico es clínico y es esencial descartar otros tóxicos. Generalmente son cuadros leves y autolimitados. En cuadros graves está indicado el lavado gástrico o carbón activado, en las primeras dos horas tras la ingesta, y fisostigmina.

P. #1416

ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA RESUELTA CON BICARBONATO

Arantxa Bezunartea Pascual, Andrea Baztán Ubani, Leyre C Urueña Zamora, Alfonso Miguel Herrero Azpiazu, Eugenia García Mouriz, Mª Del Valle Molina Samper

HUN, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 86 años, institucionalizada con dependencia para actividades básicas de la vida diaria, es derivada por deterioro del estado general en contexto de diarreas. Realizada en centro residencial analítica sanguínea con fracaso renal agudo y sedimento con bacterias y nitritos, iniciándose Trimetoprima/sulfametoxazol.
Antecedentes personales: Deterioro cognitivo GDS 6, Diabetes Mellitus tipo II ,insuficiencia renal crónica estadío 3b.
Tratamiento crónico: furosemida 40 mg; metformina 850 mg tres veces al día, mirtazapina 30 mg.
Exploración física: Afebril, hipotensión 100/80 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, saturación O2 97% aire ambiente. Aspecto caquéctico, con signo del pliegue positivo y sequedad de mucosas. En la auscultación cardiopulmonar no hay hallazgos significativos. A nivel neurológico, paciente desorientada en tiempo y espacio, con tendencia al sueño, obedece órdenes con dificultad.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Tras valoración inicial, se realiza:

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal, con QRs estrecho; T negativa V1 y V2 con T picudas en precordiales.
- Analítica sanguínea: Como hallazgos significativos: Leucocitosis con neutrofilia (11.5 x 10^9/L y 10.4 x10^9/L); Glucosa 140 mg/dL; Urea 210 mg/dL; Creatininio 4.47 mg/dL; Filtrado glomerular 8mL/min/1.73 m2; osmolalidad plasmática 367 mOsmol
- Gasometría venosa (GV)

- Inicial: pH 6.79, bicarbonato 3.1 mmoles/L; lactato 18; ANION GAP 45 Osm 467

Se amplía analítica, con niveles de metformina (muestra a laboratorio externo).
EVOLUCIÓN
Sospechamos intoxicación por metformina agravada por insuficiencia renal aguda por la acidosis láctica con anión GAP elevado y osmolaridad plasmática elevada.
La paciente pasa a sala de reanimación para monitorización continua e inicio de fluidoterapia intensiva. Se añade bicarbonato 1M y se continua con Bicarbonato 1/6M cada 6 h.
Interconsultamos a Nefrología para valorar indicación de hemodiálisis urgente. Se desestima.
La paciente queda ingresada en Observación para continuar fluidoterapia intensiva. Tras 12 horas en observación, persiste de acidosis severa con aumento de lactato y diuresis escasa (<10mL / hora). Se traslada a la paciente a planta de hospitalización convencional manteniendo tratamiento pautado.
A las 48 horas de ingreso en planta, la paciente comienza a presentar mejoría del estado general, pero persiste fallo renal. Se recibe resultado de laboratorio externo que confirma niveles de metformina en sangre elevados (80 mcg/mL (tóxicos por encima de 5mcg/mL)).
Tras 6 días de ingreso, la paciente es trasladada a centro residencial para continuidad de cuidados. A los 10 días del cuadro, se realiza analítica de control con mejoría de función renal.
JUICIO CLÍNICO
Intoxicación por metformina agudizada por fracaso renal agudo.

CONCLUSIONES

La metformina es un fármaco ampliamente usado en nuestro medio para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Se excreta por los túbulos proximales de los riñones, por tanto, la afectación aguda de su aclaramiento, puede elevar los niveles plasmáticos (por acumulación) con riesgo de producir efecto adverso grave: la acidosis láctica asociada a metformina (ALAM). Clínicamente, los pacientes con sobredosis y acidosis pueden presentar síntomas gastrointestinales, alteración del estado mental, hipotensión, arritmias o incluso insuficiencia respiratoria. Analíticamente destaca acidosis con el anión gap (AG) elevado acompañado de exceso de bases y la hiperlactacidemia. En algunos casos, a pesar de presentar ALAM severa, puede haber buenos resultados si es reconocida a tiempo y tratada de manera agresiva. La hipotensión se trata inicialmente con líquidos intravenosos, seguidos de vasopresor si es necesario. Se puede añadir bicarbonato, aunque no hay suficiente evidencia que lo respalde. El tratamiento definitivo consiste en la depuración del fármaco a través de técnicas de hemodiálisis.
Los niveles de metformina, el ph sérico y el lactato pueden indicar severidad de toxicidad y más necesidad de soporte. Presentamos un caso, que, aun desestimándose el tratamiento definitivo, la paciente presentó una evolución adecuada.

P. #1432

URGENCIAS CLÍNICAS: DESAFÍOS EN LA DIFERENCIACIÓN ENTRE HIPERSENSIBILIDAD A CONTRASTANTES Y SÍNDROME DE DRESS

Sara Fernández Maestre, Claudia Fuertes Gimeno, Iñigo Guerra Molina

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 61 años. Como antecedentes destacan alergias a metamizol, sulfamidas y contrastes yodados. Es una fumadora activa (35 paq/año) y ex bebedora importante (26 gr/día). FA permanente anticoagulada con sintrom e IC con FEVI deprimida y EPOC.

La paciente acude a Urgencias el día 04/06 con clínica sugestiva de posible tromboembolismo pulmonar por lo que se realiza AngioTC con CIV (contraste con Visipaque ya que presentaba estudio de Alergología donde se refería que la paciente podía emplear este tipo de contraste) que resulta negativo para TEP pero presenta patrón en mosaico pulmonar con áreas de atrapamiento aéreo y descompensación leve de IC, yéndose de alta con tratamiento con ajuste diurético y prednisona en pauta corta de 3 días.

A los 4 días, comienza en domicilio con enrojecimiento y prurito intenso en ambos MMII que comienza a progresar a región craneal extendiéndose prácticamente por todo el cuerpo hasta la cara por lo que la paciente acude nuevamente a Urgencias el día 09/06. Así mismo presenta fiebre de 38,1°C así como aumento de sensación disneica, autoescucha de sibilancias y dolor punzante en MMII.

A la exploración física destaca una eritrodermia generalizada con dudosa descamación cutánea a nivel escapular. En miembros inferiores, presenta zonas de color violáceo que coinciden con IVC ya conocida, pero a nivel de cara interna de rodilla izquierda, presenta también placa sobreelevada violácea.

Se realiza analítica sanguínea en Urgencias donde se objetiva leucocitosis de 19020 con neutrofilia, eosinofilia y PCR de 1.7 mg/dL. También alteración de INR de 7.14 y de perfil hepático con GGT de 775 y aumento leve de transaminasas que en analítica de visita previa se encontraban en rango. Por lo demás, el resto de pruebas (radiografía de tórax y ECG) son anodinas.

Dada que la paciente presenta criterios diagnósticos compatibles con un síndrome de Dress (fiebre + eritrodermia generalizada + eosinofilia + alteraciones hepáticas pulmonares) se administra corticoterapia intravenosa (100 mg de actocortina iv + 80 mg de urbasón iv) y se decide cursar ingreso a Medicina Interna para continuar tratamiento y estudio. Como diagnóstico diferencial pensamos en una posible hipersensibilidad retardada al contraste yodado dado el tiempo de evolución de los síntomas.

Durante su ingreso en Medicina Interna, la paciente es valorada tanto por Dermatología y Alergología que dudan también entre ambos diagnósticos. Sin embargo, finalmente, tras corrección de eosinofilia en analítica y dado que la clínica comenzó a los 4 días (el síndrome de Dress suele aparecer entre las 2-6 semanas posteriores a la toma o exposición de medicación) el diagnóstico se inclinó hacia una posible reacción de hipersensibilidad retardada grave a contraste yodado. Durante toda su estancia, la paciente presentó buena evolución durante su estancia con tratamiento corticoideo y desaparición del rash.

Considero por tanto que este se trata de un caso interesante dado que es importante reconocer estas reacciones adversas, que no son tan habituales en el día a día y que pueden ser potencialmente letales.

CONCLUSIONES

Como conclusiones considero que este caso es interesante ya que se trata de un diagnóstico diferencial complejo en una paciente con muchas alergias y comobilidades, y en el que se deben diferenciar dos entidades clínicas raras pero graves. Ambas pueden causar reacciones cutáneas y afectar otros órganos, pero sus tiempos de aparición, características clínicas y manejo son diferentes. Este dilema resalta la importancia de un enfoque exhaustivo y multidisciplinario en la toma de decisiones en urgencias.

También, refleja la importancia de un tratamiento urgente, ya que el hecho de que se presentara mejora tras un tratamiento con corticosteroides intravenosos subraya como un diagnóstico temprano y adecuado mejora el pronóstico de los pacientes.

P. #1436

DOCTOR, NO PARO DE VOMITAR

Mercedes Ruiz Valero, Ana Soledad Benito Martín-Preciados, Antonio Bullejos Caballero, Melody Muñoz Martín, Carlota Higueras Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 25 años, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Fumador de tabaco 10 cigarrillos/día y consumidor ocasional de cannabis. Esofagitis crónica (diagnóstico hace 2 años en otra comunidad, no aporta informes, pero refiere vómitos alimentarios de repetición, por lo que le realizaron hace 1 año una gastroscopia y pautaron tratamiento con Omeprazol 20mg 1/24h). Sin otros antecedentes de interés.

El paciente refiere cuadro de 1 día de evolución consistente en dolor epigástrico intenso asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario seguidos de contenido hemático.

No ha presentado fiebre, deposiciones normales. Refiere época de mayor ansiedad por problemas personales, asociado a mayor consumo de cannabis las últimas semanas. Previo a la aparición del cuadro, refiere nauseas de forma diaria de unas 2 semanas de duración que en días previos se habían vuelto prácticamente constantes. Niega toma de antiinflamatorios ni ninguno otro tipo de fármacos. Niega clínica a ningún otro nivel.

No había tenido episodios previos de vómitos con contenido hemático, pero había consultado hasta en 4 ocasiones los dos meses previos por cuadros de vómitos de repetición en el servicio de Urgencias, con normalidad de exploración física y pruebas complementarias, pero con difícil control de la sintomatología con el tratamiento.

A la exploración física el paciente se encuentra afebril. Regular estado general, nerviosismo y agitación. Constantes en rango normal. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Exploración abdominal sin alteraciones.

Se solicitaron las pruebas complementarias que se exponen a continuación.

- Hemograma: hemoglobina 15,4 hematocrito 45,6%, VCM 89,2, plaquetas 274, leucocitos 20000, neutrófilos 16600.
- Gasometría venosa: pH 7,51, pCO2 34, pO2 43, bicarbonato 27,1, lactato 28.

Resto de hemograma, función renal, iones y coagulación normales.

A su llegada a Urgencias, muy sintomático con náuseas y presenta vómito con contenido hemático, se inicia tratamiento con Ondansetrón 8mg, Pantoprazol 80mg y perfusión de Pantoprazol intravenoso. Se realiza analítica sanguínea en la que se aprecia alcalosis metabólica y leucocitosis.

Continúa sintomático requiriendo pautar Haloperidol para control sintomático. Constantes en rango y estado clínico estable durante su estancia en Urgencias.

Consultamos con Digestivo de guardia, quienes tras valoración del paciente indican ingreso para realización de gastroscopia urgente pero el paciente rechaza estudio y solicita alta voluntaria.

En nuestro paciente, nos encontramos ante cuadros repetidos de vómitos de difícil control con medicación habitual, sin fiebre ni ninguna otra clínica acompañante, con exploraciones complementarias anodinas salvo por alcalosis metabólicas compensadas habitualmente. Dada la evolución y antecedentes, consideramos el diagnóstico de síndrome emético por cannabinoides junto con un posible síndrome de Mallory Weiss asociado y alcalosis metabólica secundaria.

Esta patología, descrita en 2004, afecta a consumidores crónicos de cannabis y consiste en episodios cíclicos consistentes en vómitos de repetición incoercibles.

Aunque es un diagnóstico de exclusión, existen unos criterios diagnósticos de apoyo (ver tabla 1) pero es una entidad infra diagnóstica por su desconocimiento y la negación del consumo de tóxicos por parte del paciente.

El tratamiento de elección la abstinencia a cannabis y lo que define finalmente el diagnóstico, pero la dificultad habitual en el abandono de su consumo tiende a cronificar el cuadro.

Su principal diagnóstico diferencial es el síndrome de vómitos cíclicos, que cursa con clínica similar pero que no mejora tras la abstinencia de cannabis.

CONCLUSIONES

Los antecedentes personales y en ellos el consumo de tóxicos y fármacos son esenciales en cualquier historia clínica urgente.

Es importante conocer la existencia del síndrome emético cannabinoide, dadas sus implicaciones y el aumento en el consumo global de esta sustancia.

P. #1464

TÓXICOS DISTRACTORES: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ANDREA Baztan Ubani, Leyre Cristina Urueña Zamora, ARANTXA Bezunartea Pascual

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 24 años de edad. Sin antecedentes médicos/quirúrgicos.
Acude al servicio de urgencias por agitación psicomotriz en vía pública. Presenta de forma brusca con sudoración profusa, sensación distérmica y temblor generalizado. Se le ha administrado 1 g de Paracetamol y 600 mg de Ibuprofeno. Además, presenta un delirio de persecución. Lleva 72 horas sin dormir consumiendo tóxicos (MDMA, alcohol)
A su llegada a urgencias, inestable hemodinámicamente; IS 2. Hipertermia, 39ºC.
Mal estado general, restos de vómitos en la boca. Buena mecánica ventilatoria, SatO2 90% basal. Diaforesis profusa, eritema en cara y tronco, mala perfusión periférica, Motling 1.
Alerta, marcada agitación psicomotriz. Pupilas isocóricas, medias.
Auscultación cardio-pulmonar taquicardia sin alteraciones.
Abdomen: no signos peritoniticos.
Neurológico: agitación, no focalidad motora/sensitiva; bradipsiquia. No signos de meningismo.
Faringe: amígdalas hipertróficas, pultáceas.
No edemas en extremidades. Pulsos presentes. No signos de traumatismos.
De forma inicial responde a reposición con cristaloides. Se administran de forma secuencial midazolam (5 mg intranasal, 2,5 mg intravenoso) y haloperidol (10 mg intravenoso)Tras medicación pautada alterna episodios de agitación con estupor y somnolencia.
Se solicitan las pruebas complementarias:
Análisis sanguíneo:
Gasometría arterial
PH: 7.44. PaO2: 53.9 mm Hg. PaCO2: 36 mm Hg. CO3H: 24,5 mmol/L. ABE: 0,6 mmol/L. sO2: 100 %. Lac 9mg/dL.
Hematología
Hemoglobina: 14,4 g/dl. Leucocitos: 27 /mm3. Fórmula: N 94. Plaquetas: 196 000/mm3. T.Protrombina: 16 seg. INR: 1,44.
Bioquímica
Glucosa: 100 mg/dl. Urea: 50 mg/dl. Creatinina: 1,68 mg/dl. Na: 135 mmol/L. K: 3,3 mmol/L. Cl: 100 mmol/L. CK-MB: 1293 UI. BT: 1,9 mg/dl. GOT 31 UI. GPT: 34 UI. PCR 205.3mg/L. PCT >118ng/mL. Troponina I: 1804 ng/ml. NT-proBNP 10523 pg/mL.
Etanolemia NEGATIVA
Tóxicos en orina NEGATIVOS
Hemocultivos, urocultivo, antigenurias.
ECG: taquicardia sinusal a 157 lpm, repolarización normal.
Radiografía de tórax: sin evidencia de patología aguda.
Ecoscopia cardiopulmonar: Disfunción VI moderada, sin segmentarismos. FEVD normal. No valvulopatías. No derrame pleural. VCI 24mm. Patrón: A/B1 generalizado.
TAC craneal: No signos de patología aguda intracraneal.
Estudio LCR
Gasometría: pH 7.39, glucosa 62 (sangre 100) lactato 16mg/dL.
Bioquímica: 2 leucocitos, sin proteinorraquia, glucosa 71.
Se plantea como diagnóstico hipertermia, agitación y alucinaciones: intoxicación por drogas adrenérgicas vs golpe de calor vs sepsis/encefalitis. Shock mixto distributivo/cardiogénico.
Se inicia antibioterapia con piperazilina/tazobactam, linezolid y levofloxacino; se continua fluidoterapia con cristaloides.
Se decide realización de intubación orotraqueal, secuencia rápida, con Fentanilo/Etomidato/Cisatracurio.
Se realiza IC a UCI para ingreso.
Durante las primeras horas, aumento de requerimientos de soporte vasoactivo. Inicio de noradrenalina (0.3 mcg/kg) hidrocortisona a dosis de shock.
Se recibieron resultados hemocultivo aislando Fusobacterium spp. multisensible. Se realiza TC toracoabdominal, valoración por parte de otorrinolaringología con diagnóstico de amigdalitis aguda derecha con absceso.
Buena evolución tras 24 horas; afebril, estabilización hemodinámica progresiva, retirado el soporte vasopresor se realiza ventana de sedación objetivándose consciencia sin agitación psicomotriz, correcta prueba en respiración espontánea, extubación sin incidencias.
Juicio clínico: Shock mixto: séptico/cardiogénico. Bacteriemia por fusobacterium spp de origen orofaríngea. Miocardiopatía estrés. Síndrome de disfunción multiorgánica secundaria.

CONCLUSIONES

El shock mixto puede presentar desafío clínico/etiológico. El consumo de tóxicos añadido supone un factor distractor aumentando la dificultad diagnóstica y de manejo; por ello, un enfoque multidisplinar, la evaluación integral del paciente y la utilización dirigida de pruebas complementarias es clave para la caracterización adecuada del tipo de shock, mejorando la supervivencia y reduciendo complicaciones.
Pilares del tratamiento son la antibioterapia precoz de amplio espectro y la fluidoterapia (30ml/kg). Escalar a soporte vasopresor en caso de no mejoría. El vasopresor de primera línea es la noradrenalina, agonista alfa1 adrenérgico, vasoconstrictor, ionotrópico positivo. En caso de disfunción cardiaca podría asociarse dobutamina, a pesar su escaso efecto vasopresor, aumenta la contractilidad cardiaca.

P. #1530

INTOXICACIÓN POR RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES DE LARGA ACCIÓN (LAAR)

María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], Elena Aparicio Aparicio[1], María Gloria Redondo Méndez[1], Iván Corro Trivés[2], María Pilar Díez Álvarez[3], Víctor Navarro Gonzalo[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Servicio de Emergencias 061, Cantabria, España
3. CAULE, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo De consulta:
Mujer de 61 años trasladada al hospital por consumo de tóxico
Anamnesis:
Paciente que presenta ingesta voluntaria de raticida rodenticida tipo dicumarínico hace 40 minutos aproximadamente. Su familiar aporta envase donde se puede cuantificar la ingesta aproximada de unos 20 miligramos del compuesto.
Antecedentes personales: sin interés. Tratamiento habitual: atorvastatina 20 mg
Exploración física:
Estuporosa, Escala coma de Glasgow (ECG) 9/15 (Ocular 2, Verbal 2, Motor 5) Tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%, glucemia capilar 180 mg/dl y temperatura 36°C
Auscultación cardiaca rítmica sin soplos ni sibilancias. Evaluación pulmonar con murmullo vesicular bilateral conservado.
Abdomen blando y depresible, no impresiona de dolor.
Se monitoriza, se realiza electrocardiograma (taquicardia sinusal) y se extrae analítica urgente: bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría venosa; sin hallazgos patológicos significativos.
Evolución:
Se contacta con el Instituto Nacional de Toxicología que recomienda monitorización de Ratio Internacional Normalizado (INR) cada 4-6 horas. Desaconseja administración de carbón activado y vitamina k de manera preventiva. Se procede a introducir sonda nasogástrica y a realizar el vaciamiento del estómago. De forma simultánea la paciente realiza un vómito espontáneo mejorando su nivel de conciencia hasta ECG 14, si bien se encuentra desorientada.
Tras interconsulta a la unidad de cuidados intensivos, se decide monitorización estrecha en sala de observación de urgencias, y se solicita valoración por psiquiatría para la mañana siguiente.
Durante su permanencia en la observación presenta los siguientes patrones de M. Gordon afectados, con sus correspondientes diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y sus intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification)
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD
A. Riesgo de lesión;
• Identificación de riesgos
B. Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud
• Educación para la salud
PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO
A. Riesgo de sangrado:
• Control de hemorragias
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO
A. Riesgo de confusión aguda
B. Conflicto de decisiones
PATRÓN 9: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés
A. Afrontamiento ineficaz:
• Entrenamiento en técnicas de afrontamiento
B. Riesgo de deterioro de la resilencia
Tras seriación de INR durante más de 12h (se parte de valores de 1.08 que mantiene entre 1.07 y 1) la paciente se encuentra con ECG 15, sin focalidad neurológica y hemodinámicamente estable. Se entrevista con psiquiatría sin incidencias y sin precisar seguimiento por su parte, cursando alta a domicilio con recomendaciones.
Diagnóstico:
1. Ingesta de raticida rodenticida con intencionalidad tanática
2. Reacción desadaptativa sin psicopatología

CONCLUSIONES

Se define como rodenticida a cualquier producto comercializado para eliminar roedores. Actualmente en España son de libre comercio y mayoritariamente contienen como principio activo un anticoagulante de larga acción, las superwarfarinas, que tienen como ventaja su mayor potencia y disponer de una semivida larga, que supera la de los factores de coagulación circulantes (6-8 semanas)
Ante una intoxicación por este producto se debe determinar la severidad del cuadro clínico, la cantidad y tipo de tóxico ingerida y la causalidad del evento.
Las manifestaciones clínicas se describen desde asintomáticas o con signos locales leves, siendo estas las más frecuentes, hasta hemorragias que no ponen en riesgo la vida del paciente o incluso sangrados que comprometen la supervivencia del afectado. Pudiendo así clasificarlas en intoxicaciones leves, moderadas, severas y graves.
No existen pruebas de laboratorio específicas para cuantificar analíticamente los envenenamientos con LAAR.
El tratamiento debe ir guiado individualmente según los controles del tiempo de protrombina y el INR. Se basa en la vigilancia del sangrado y la reposición, si fuera necesario y no de manera profiláctica, con su antídoto, la vitamina K, para restablecer la hemostasis.

P. #1547

VASCULITIS CUTÁNEA INDUCIDA POR LEVAMISOL-COCAÍNA

Alberto Blanco, Emilio Salgado, Júlia Calvet, Marc Montoya, María Ortiz

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 53 años con antecedentes relevantes de esquizofrenia y diabetes mellitus con mal control así como ex-consumidor de cocaína con problemas de dependencia, que consultó en urgencias por la aparición de múltiples lesiones cutáneas en extremidades inferiores y dorso de las manos de 1-2 semanas de evolución tras, según refiere, comer jamón caducado. Negaba otra clínica asociada o cambios en la medicación habitual.

A su llegada el paciente presentaba buen estado general y constantes vitales estables. En la exploración física se objetivaron dichas lesiones cutáneas tipo pápulas-placas purpúricas con centro necrótico/costroso y otras con centro vesículo-ampolloso con contenido hemorrágico.

Se solicitó análisis de sangre con discreta elevación de reactantes de fase aguda (Proteína C reactiva, PCR 2.83mg/dL), función renal preservada y anemia normocítica (hemoglobina 11.6g/dL), sin otros hallazgos relevantes. Frotis de herida sin aislamientos microbiológicos, hemocultivos negativos y anticuerpos antinucleares (ANA) negativos.

Se altó al paciente con citación en el servicio de Autoinmunes por sospecha de vasculitis.

Reconsultó en urgencias por empeoramiento y aparición de nuevas lesiones a los 7 días asociado a dificultad para la deambulación. No clínica sistémica. Al reinterrogar al paciente, refirió haber vuelto a consumir cocaína en las semanas previas tras el cese meses atrás.

Se descartó afectación de planos profundos de la piel, se repitió analítica sanguínea destacando elevación de PCR (5.2mg/dL) y leucocitosis leve (15.500/uL) no objetivada previamente.

Se realizaron tóxicos en orina que fueron positivos para los metabolitos de la cocaína (benzoilecgonina), compatible con un consumo reciente en los 3-4 días previos, y se amplió estudio de autoinmunidad con panel de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), que resultaron negativos.

Dado el reciente consumo de cocaína, se orientó como una posible vasculitis cutánea secundaria a levamisol-cocaína realizándose biopsia cutánea y curas diarias con permanganato tópico.

Ante la no mejoría de las lesiones y el aspecto sobreinfectado y necrótico de las mismas, se decidió cubrir con antibioterapia empírica (amoxicilina-clavulánico durante 7 días) y administrar corticoides sistémicos con prednisona oral 40mg/24h x3 días con pauta descendente progresiva y diprogenta en pomada.

Dada la estabilidad clínica, el paciente fue altado a domicilio y acudió a citación de seguimiento en dermatología a las 2 semanas, objetivándose mejoría de las lesiones de extremidades inferiores y dorso de las manos tras el cese completo de consumo de cocaína y el tratamiento médico realizado.

Los resultados de anatomía patológica de la biopsia cutánea de una de las lesiones fueron compatibles con vasculopatía trombótica inducida por cocaína-levamisol.

El paciente continuó en seguimiento por dermatología hasta la recuperación completa de las lesiones y por toxicología para asegurar una deshabituación real de los hábitos tóxicos como parte fundamental del tratamiento y prevención de recidiva.

CONCLUSIONES

El consumo crónico de cocaína adulterada por levamisol (hasta el 70-80% de la cocaína del mercado, siendo éste indetectable en "test de pureza" rudimentarios de clientes habituales) ha sido previamente notificado como una causa de vasculitis inducida por tóxicos. En la mayoría de ocasiones principalmente cutánea, aunque hay varios casos descritos con afectación sistémica del área ORL implicando un reto de diagnóstico diferencial con vasculitis primarias como la Granulomatosis con Poliangeítis (Wegener).

En la mayoría de casos descritos de vasculitis cutánea inducida por levamisol se objetivan niveles elevados de anticuerpos ANCA, sin embargo, pueden no estarlo hasta en un 10% de los mismos.

Es importante preguntar de forma dirigida en urgencias acerca del consumo de todo tipo de tóxicos, sobre todo en pacientes con antecedentes de dependencia.

La corticoterapia es necesaria solo en casos de vasculitis con afectación sistémica o empeoramiento de lesiones locales.

P. #1580

LAS FRACTURAS QUE TE DAN LA VIDA

Luis Martínez Fideu, Miguel Ángel Madrigal Fernández, Paula Fueyo García, María Teresa Andújar Martínez-Moratalla, Rebeca De Santiago Vivero, María Lourdes Corisco Sánchez
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 87 años, acude a servicio de Urgencias por sensación de cuerpo extraño faríngeo mientras cenaba. Tras su llegada a Urgencias, encontramos a la paciente inconsciente y cianótica, por lo que se realiza maniobra de Heimlich en numerosas ocasiones hasta que conseguimos expulsión de cuerpo extraño. Tras esta actuación, la paciente comienza a presentar importante dolor de hemitórax derecho y dificultad respiratoria.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Paciente consciente, orientada, colaboradora. Regular estado general, fatiga en reposo. Saturación O2 85%.
- Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo conservado, con crepitantes basales derechos.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso en ningún punto.
- Extremidades inferiores: Edemas hasta mitad de piernas, con fóvea.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Ante desaturación y dolor costal, solicitamos:
- Gasometría arterial: pH 7.37, pCI" 48.7, pO2 62.3, HCO3 28.6.
- Rx tórax: Probables fracturas de arcos costales 4°. 5°, 6°, 7°, 8° derechos, sin poder descartar más por mala calidad de la imagen.
- TC tórax: Fracturas de arcos costales laterales de la 5ª a 9ª costillas derechas con hemotórax ipsilateral de 3cm de espesor, sin otras alteraciones agudas.

RESOLUCIÓN:
Ante hallazgos en pruebas complementarias, se decide ingreso de la paciente en Cirugía Torácica para observación, control clínico-radiológico y optimización analgésica.
Dos días después, y ante mejoría clínico-radiológica, la paciente es dada de alta a domicilio; hoy en día, sigue siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

CONCLUSIONES

La maniobra de Heimlich es un procedimiento de primeros auxilios para retirar una posible obstrucción del conducto respiratorio por cuerpos extraños. El porcentaje de supervivencia depende de la calidad de la técnica, siendo más efectiva para evitar la asfixia por atragantamiento cuanto mejor se realice.
En muchos casos (al igual que en la reanimación cardiopulmonar), la técnica puede provocar fracturas costales u otras lesiones traumatológicos derivadas de su realización; sin embargo, puede que estos efectos secundarios, graves pero no mortales en la mayoría de los casos, se hayan producido con el fin de salvarnos la vida.

P. #1582

LA DROGA DE LA FELICIDAD

Giovana Ruiz Hernández, Ana Lucía Rengifo Martínez, Iker Guariste Vilchez, Lorea Gómez Berasategui, Irati Oregui Belaustegui, Alba Ramos García
OSI Bidasoa, Hondarribia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 50 años acude a las 12:05 por dolor torácico. Se realiza ECG (1): RS a 81x´, elevación de ST en cara anterolateral: V1->V5, I y aVL, con descenso de ST en cara inferior (II, III y aVF). = SCACEST
Antecedentes personales: Fumador de 10 cigarros/día. Consumo ocasional de MDMA.
Enfermedad actual: refiere dolor centrotorácico opresivo acompañado de sudoración que ha comenzado a las 10:30, cuando se ha levantado. Refiere haber consumido ayer noche MDMA esnifada.
Exploración general: PA 100/70 mmHg. Fc 91 lpm. Tª 36°C. SatO2 99%. Se muestra inquieto y desasosegado, consciente y orientado, sudoración profusa, eupneico. No IY. AC: rítmica sin soplos. AP: normal. Resto anodino
Pruebas complementarios: se repite ECG (2)
Analítica: TnT 30 / CK 282 / Glucosa 134/ Sin otras alteraciones significativas.
Rx Tórax: normal.
Tratamiento recibido en urgencias:
Doble antiagregación y como no estamos en tiempo se decide realizar -FIBRINOLISIS:
– Suero Fisiológico 1.000 cc por hipotensión (PA: 88/55, Fc 120, SatO2 99
ECG 3
A las 12:45 (al cabo de 15 minutos de la fibrinolisis): perdida de conciencia con Fibrilación Ventricular en el monitor -> desfibrilación con 200 Julios de energía bifásica salta a ritmo sinusal. ECG (4)
Posteriormente se mantiene estable. Traslado a Intensivos, CMI-HDonostia. Se realiza coronariografia: aquinesia anterolateral y apical del VI. Ateromatosis coronaria NO significativa. FEVI 46%. Se repite analítica Troponina T 13250 / ProBNP 1250.

CONCLUSIONES

Las DROGAS de SÍNTESIS (anfetaminas y derivados) ocupan el tercer puesto en el ranking de consumo de drogas ilegales, detrás del Cannabis y la Cocaína, (el alcohol y el tabaco, son legales). Se presentan habitualmente en forma de comprimidos con colores, imágenes o logotipos llamativos y se las denomina vulgarmente «pastillas»; también en líquido; y como polvo: blanco, cristalino que se consume por vía nasal (esnifada). Su costo es relativamente bajo. ¿Producen autoconfianza, estado de alerta, aumento de la resistencia, mejor rendimiento físico, éxtasis sexual?… ¡Maravilla! En el reverso: taquicardia, vasoconstricción, crisis hipertensiva, psicosis, convulsiones, ictus, hemorragia subaracnoidea, arritmias, IAM,…. muerte súbita

P. #1630

LO QUE REFLEJA LA PIEL

María Bóveda García, Marta Herranz López, Eva Pérez Valle, Sara Solís Moreno, Carmen Gimeno Galindo, Sonia López Lallave

HUIL, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años sin antecedentes de interés, natural de Holanda y en España desde hace un año que acude al servicio de Urgencias derivada dese Médico de Atención Primaria (MAP) por presentar lesiones dolorosas desde hace un mes aproximadamente en cara lateral de pierna derecha de coloración beige y cara interna de pierna izquierda eritematoviolácea de menor intensidad y menor evolución. Niega fiebre No cefalea. Niega fenómeno de Raynaud. No fotosensibilidad. Niega úlceras en zona oral ni genital. Niega artralgias. No artritis. Niega sangrado espontaneo, no epistaxis no rectorragia. No nauseas ni vómitos ni dolor abdominal. No parestesias. No rinosinusitis. No alteraciones renales. no coluria. Niega vacunas previas. No refiere nueva medicación. Trabaja en una floristería muchas horas de pie. No antecedentes personales n familiares relevantes. Se interrogó por fuentes de calor refiriendo aparatos con emisión de calor en zona de trabajo.
A la exploración presenta de forma localizada en cara externa de pierna derecha y de forma tenue en cara interna de pierna izquierdo máculas reticulares eritemato-marronáceas. No se objetivan lesiones purpúricas. No se objetivan lesiones pustulosas, no ulceración asociada. No se palpan nódulos asociados.
No lesiones en ninguna otra localización a la exploración. No lesiones en mucosas.
En la analítica realizada en Urgencias, no presentó ninguna alteración significativa. Se realizó ecografía clínica sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). Se solicitó estudio de inmunidad de forma ordinaria sin alteraciones relevantes. No precisó relación de biopsia por parte de Dermatología.
Tras unos meses sin exposición a fuentes de calor mejoría de lesiones.

CONCLUSIONES

El eritema ab igne es una entidad benigna que se produce por exposición prolongada y repetida a una fuente de calor o radiación ultravioleta. El diagnóstico es clínico y se sospecha por las características de las lesiones, distribución y el antecedente de exposición a una fuente de calor. Se debe realizar diagnóstico diferencial con la livedo reticularis (idiopática o secundaria a vasculitis). La enfermedad tiende a desaparecer espontáneamente en semanas o meses al retirar la fuente de calor. Algunos pacientes con lesiones de larga evolución pueden presentar hipopigmentación permanente. El pronóstico en general bueno, pero en algunos casos se relaciona con la aparición a largo plazo de un carcinoma epidermoide.
Es importante realizar una adecuada historia clínica ante la sospecha, enfocada a buscar fuentes de calor, para poder evitar la exposición prolongada y empeoramiento de las lesiones.

P. #1638

INCIDENTES CON AGENTES QUÍMICOS NO CONVENCIONALES: NUEVAS ESTRATEGIAS DE ORGANIZACIÓN Y TRATAMIENTO

Jesús A. Hernández Vaquero, Beatrz Sualdea Peña, Tania Linares Gravalos, José Carlos De La Flor Merino

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los peligros relacionados con la exposición a determinados agentes químicos, ya sea accidentalmente o en el contexto de un ataque premeditado, suponen una casuística poco habitual, pero que pueden significar un reto tanto para los servicios de urgencias hospitalarios como extrahospitalarios.
El triaje, los medios de descontaminación utilizados y el posterior tratamiento médico que se recomienda en estas situaciones se encuentran fundamentados en escasa experiencia clínica o en ensayos realizados con modelos animales hace décadas.
Actualmente, el desarrollo de la electromedicina permite realizar multitud de pruebas y tratamientos, previamente reservados al ámbito estrictamente hospitalario, en el lugar en el que se ha producido la agresión o en la puerta del servicio de urgencias. A pesar de ello, en el caso de los incidentes con agresivos químicos, todavía no se ha incorporado a los protocolos de actuación ciertos avances diagnósticos y terapéuticos que ya se indican frente a otras patologías
Justificación
Incidentes como los atentados de Tokio, el aeropuerto de Kuala-Lumpur, Salisbury o el empleo de gases durante la guerra civil Siria son ejemplos de situaciones en las que se debe contar con protocolos para el triaje y tratamiento de los afectados que incluyan todas las estrategias disponibles en nuestro medio. No obstante, mientras que frente a otras patologías urgentes existen claros esquemas de tratamiento y actuación, en los casos descritos el personal de emergencias en ocasiones desconoce las posibilidades terapéuticas disponibles y su potencial utilidad e impacto en la supervivencia de los pacientes afectados.
Descripción
En esta comunicación se describe como la incorporación de analizadores portátiles capaces de presentar gasometrías “in situ”, tecnología con la que se cuenta en la mayoría de los servicios de emergencia extrahospitalarios y la totalidad de servicios de urgencia hospitalarios así como la integración de los resultados analíticos de manera precoz en la atención a estos pacientes puede tener una implicación tanto en el triaje como en su tratamiento posterior. Así mismo, en el momento actual existe la posibilidad de realización de terapias renales sustitutivas híbridas con mínimos requerimientos tanto físicos como económicos y que han demostrando eficacia en el tratamiento de intoxicaciones por exposición accidental a herbicidas o a determinados fármacos. Estas técnicas lejos de representar gestos terapéuticos complicados facilitan el manejo de los pacientes disminuyendo los requerimientos de estancia en unidades de críticos y los requerimientos de tratamiento antidotal, por lo que el conocimiento de las mismas y su indicación puede ser crucial para todo el personal de urgencias y emergencias.
Discusión

La asistencia a pacientes afectados por agentes químicos presenta determinadas singularidades respecto a otros escenarios convencionales. El triaje de los enfermos basado en su posibilidad de supervivencia se realiza de acuerdo a ensayos y posibilidades terapéuticas estudiadas hace décadas y en ambientes muy poco similares al actual. La incorporación de analizadores de gases portátiles puede tener un impacto en el triaje inicial de los afectados y en la indicación precoz de una terapia renal sustitutiva capaz de retirar efectivamente gran parte del agresivo. Estas terapias se han mostrado eficaces en el tratamiento de pacientes intoxicados, aumentando su supervivencia y disminuyendo los requerimientos de ingreso y permanencia en unidades de críticos. El conocimiento de estos avances puede tener un impacto en la modificación de los protocolos de asistencia desde el momento del incidente hasta en el tratamiento definitivo. No obstante, la poca incidencia de estos eventos hace escasa la evidencia científica disponible, pero parece de interés presentar en un contexto de innovación los argumentos disponibles que pueden ayudar a mejorar la supervivencia de estos pacientes así como un empleo más eficiente de los recursos disponibles.

P. #1702

INTOXICACIÓN FARMACOLÓGICA NO INTENCIONADA

Vanesa Mariana Arroyo Navarrete
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de una adolescente de 14 años sin antecedentes médicos de relevancia, quien acudió al servicio de urgencias tras la ingesta de 20 comprimidos de ibuprofeno 600 mg con intención analgésica. Los niveles calculados de ingesta fueron de 200 mg/kg (dosis tóxica >100mg/ kg y relevante >400mg/kg). La paciente refirió cefalea intensa (EVA 9/10) acompañada de fotofobia y sonofobia, lo que la llevó a una automedicación excesiva. No reportó intención autolítica ni antecedentes psiquiátricos.
Inicialmente, presentó dolor epigástrico y vómitos, sin evidencia de hemorragia digestiva. La evaluación inicial evidenció estabilidad hemodinámica y neurológica, pero se detectó acidosis metabólica normoclorémica y una discreta elevación de creatinina, indicativa de una afectación renal aguda leve. Se administró 1500mL de suero salino fisiológico, Primperam intravenoso y se inició tratamiento con bicarbonato 1/6 molar por vía periférica. Dada la persistencia de las alteraciones analíticas, se decidió su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para monitorización y tratamiento.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Paciente consciente y orientada, sin signos de intoxicación severa.
Pupilas isocóricas y normorreactivas. Sin focalidad motora, sensitiva. Pares creaneales centrados y simétricos. Lenguaje y compresión normal.
Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos anormales.
Abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal.
Extremidades normohidratadas, sin signos de alteraciones circulatorias.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Bioquímica: Glucemia: 100 mg/dl, Urea: 27 mg/dl, Creatinina: 0,94 mg/dl, Na: 147 mEq/l,K: 4,5 mEq/l, LDH: 170 U/L, GPT: 9 U/L, Bilirrubina Tot: 0,9 mg/dl, Troponina T: 0 pg/ml
Gasometría venosa: pH 7,25, pCO2 42 mmHg, HCO3 18,5 mmol/L, lactato 1,9 mmol/L.
ECG: Ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización.
Rx de tórax: Silueta cardiaca normal, sin datos de consolidación pulmonar.
EVOLUCIÓN
La paciente recibió tratamiento con bicarbonato intravenoso para corregir la acidosis metabólica, con evolución favorable y normalización progresiva de los parámetros bioquímicos. Se mantuvo hemodinámicamente estable y sin alteraciones neurológicas. Durante su estancia, presentó un episodio de hipoglucemia leve y discreta hipopotasemia, que se corrigieron con ajuste dietético. Se descartó patología psiquiátrica relevante y, tras resolución del cuadro clínico, se decidió su alta con seguimiento en consulta externa.
JUICIO CLÍNICO FINAL
Intoxicación por ibuprofeno de moderada gravedad.
Acidosis metabólica transitoria.

Alteración renal aguda leve, reversible con tratamiento.

CONCLUSIONES

La intoxicación por ibuprofeno es un problema clínico frecuente que, en dosis elevadas, puede generar alteraciones metabólicas y renales potencialmente graves. Este caso subraya la importancia de una detección y tratamiento tempranos para evitar complicaciones.
El manejo con bicarbonato intravenoso y soporte metabólico permitió una resolución completa sin secuelas a largo plazo, destacando la importancia de la monitorización intensiva en pacientes con ingestas elevadas de antiinflamatorios no esteroides.
Asimismo, es crucial promover estrategias de educación sanitaria dirigidas a adolescentes y sus familias para fomentar el uso racional de fármacos y prevenir automedicaciones peligrosas.
La colaboración interdisciplinaria entre emergenciólogos, intensivistas y psiquiatras resulta clave en el abordaje integral de estos casos.

P. #1711

MIOPATÍA NECROTIZANTE EFECTO TARDÍO DE LAS ESTATINAS

Ángeles Álvarez García, María José Rodríguez Ourens, Montserrat García Rodríguez, Carmen Ordas Calvo, Elena Prado Fernández

Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años Diabética tipo II, HTA, Dislipémica. Realiza tratamiento con Linagliptina 2,5 mg / 1000 mg Metformina, Olmesartán 20 mg/ Amlodipino 5mg/ Hidrocolorotiazida 12.5 mg ; Atorvastatna 40 mg.
Acude a Urgencias derivada por su médico de Atención Primaria por astenia y sensación debilidad en cinturas así como mialgias de predominio proximal desde hace 3 meses. Su médico suspendió tratamiento crónico con Atorvastatina hace 1 mes, prescrita desde hace años, e iniciò Prednisona a dosis ascendentes con leve mejoría de la sintomatología
En la exploración
-Afebril. TA 178/ 79, Buen estado general, eupneica en reposo, ACP normal, Abdomen sin dolor a la palpación, no masas ni megalias. Extremidades inferiores, no edemas ni signos de TVP
-.Debilidad proximal en hombros y caderas.
-Exploración neurológica normal.
Analítica
-Hb 12.7 g/dl; Leucocitos 12070; plaquetas 228000; Glucosa 196 mg/dl; Urea 68mg/dl; Creatinina 0.75 mg/dl; Sodio y potasio normales; Cretin Kinasa 4265; PCR 5.1 mg/ L. VSG 1ª hora 39 mm.
-Orina : pH 6.0 ; Proteínas negativo; Glucosa +; resto negativo, Sedimento Normal.
Ante la exploración y los hallazgos analíticos, la paciente ingresa como Miopatía a estudio
Durante su ingreso se realiza:
- TAC ABDOMINO PÉLVICO sin hallazgos
- EMG de extremidades superiores e inferiores informada Miopatía inflamatoria
-RMN de Extremidades superiores e inferiores informado con Edema Like muscular fundamentalmente en extremidades inferiores.
-Serología de Hepatitis, negativa; Serología Ig G Parotitidis, Rubeola, CMV; VEB; Positivos; Micobacterias ,negativo, VIH negativo.
-Autoinmunidad y Perfil de AC miositis: Anticuerpos antinucleares Positivo; Ac AntiHMCGR (HMG CoA Reductasa)Positivo
Con diagnóstico de Miopatía necrotizante inmunomediada asociada a Ac Anti HMCGR inducida por estatinas
Se inicia tratamiento con Prednisona a dosis bajas + Metotrexato, siendo Alta a su domicilio con seguimiento por el servicio de Reumatología.
A los 6 meses persiste sintomatología por lo que se suspende Metotrexate y se inicia tratamiento en Hospital de Día con Inmunoglobulinas intravenosas.

CONCLUSIONES

La miopatía necrotizante inmunomediada inducida por estatinas es una patología muy infrecuente que se desencadena después de años de tratamiento crónico con estatinas. El paciente consulta por debilidad en musculatura proximal asociada a elevación de CPK que no mejora tras la retirada del fármaco.
Conviene realizar diagnóstico diferencial con enfermedades del tejido conectivo, neoplasias e infecciones víricas.
El estudio de inmunidad presenta Ac anti HMCGR (HMG CoA reductasa Positivo.
El tratamiento se basa en la suspensión de las estatinas, inicio de corticoterapia asociado a tratamiento inmunosupresor con Metotrexato, Inmunoglobulinas o Rituximab

P. #1737

UNA SOBREINGESTA MEDICAMENTOSA MAS? CUANDO LA CLAVE ESTÁ EN ESCUCHAR AL PACIENTE

CECILIA Carolina Carrasco Vidoz, Raquel García De Pedro, Eva Pérez Valle, Carolina Fernández Palacios, Helena Leon López, Jesús Penedo Arrugueta

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 44 años con antecedentes de obesidad, Diabetes mellitus sin tratamiento, trastorno de personalidad mixto tratado con quetiapina 550 mg al dia (de las cuales 200 y 300 mg en formulación retard), Olanzapina 20 mg al dia yTopiramato 300 mg al día. Episodio de crisis comicial en contexto de sobreingesta medicamentosa hace 17 años
Acude en ambulancia en Julio, plena ola de calor, a las 10:30 hrs, Su madre refiere haberlo encontrado somnoliento en el suelo de su habitación tras ingerir, según refiere el paciente, sus pastillas habituales tras discutir con su pareja, no precisa que medicamento ni dosis.
A los pocos minutos de llegar presenta crisis espástica de segundos de duración, autolimitada con recuperación del Glasgow a 14. Comentado con neurología, atribuyen el cuadro a la sobreingesta, similar a episodio previo.
Durante su estancia en urgencias se mantiene somnoliento con Glasgow 14, estable hemodinamicamente, las pruebas realizadas no evidencian alteraciones reseñables: No elevación de RFA (reactantes de fase aguda), solo destaca PH 7.25, bicarbonato de 17 y láctico de 6, CPK 900 acorde con crisis comicial sufrida a su llegada. Niveles de paracetamol y Salicilatos negativos, tóxicos en orina negativos, TAC craneal y RX de tórax normales.
A las 19:30 hrs presenta pico febril 38.6° que no cede con medidas físicas ni farmacológicas, empeora el Glasgow a 12, mas somnoliento, aunque responde preguntas sencillas, en ese momento se reinterroga refiriendo que ha tomado una caja entera de quetiapina 300 mg y media caja de olanzapina porque se quería morir.
A las 22 hrs persiste febril hasta 40°, se desatura a 80%, insuficiencia respiratoria aguda y crisis comicial tónico-clónica prolongada que cede tras 20 mg de diazepam y 1500 mg de levetiracetam, postcritico prolongado, Glasgow 3 por lo que ingresa en UCI sin claro juicio clínico:

- Sobreingesta medicamentosa , no explica cuadro febril asociado
- Infección del SNC u otros focos (poco probable LCR normal , no elevación de RFA)
- Síndrome Neuroléptico maligno (SNM) por sobredosis farmacológica , se descarta como primera opción porque el empeoramiento neurológico y la fiebre han sido objetivados durante su estancia en urgencias
- Hipertermia maligna (dudoso) sin antecedentes familiares ni uso de fármacos inhalados

En UCI mantiene hipertermia > 42° durante mas de 12 hrs, que no responde a medidas físicas (hielo y hemodiafiltracion venovenosa y arteriovenosa continua) ni farmacológicas. Dada la sobreingesta de neurolépticos (quetiapina y olanzapina) se decide iniciar tratamiento con dantroleno durante 24 hrs

remitiendo la fiebre.
Las primeras 72 hrs en UCI se caracterizan por shock distributivo con fracaso multiorgánico que con el paso de los días va evolucionando favorablemente, no obstante tras 3 meses de ingreso, neurológicamente mantiene encefalopatía difusa con RMN cerebral sin lesiones y nistagmo multidireccional probablemente toxico-farmacológico asi como tetraplejia fláccida por miopatía del enfermo critico grave lo que asociado a múltiples infecciones ocasiona el exitus del paciente con los siguientes dialogísticos:
- Intoxicación medicamentosa por fármacos neurolépticos
- SNM tardío y atípico por neurolépticos de acción retardada + olanzapina
- Encefalopatía difusa y tetraplejia fláccida
- Traqueobronquitis por k. Neumoniae y Enterobacter cloacae

CONCLUSIONES

Si bien la quetiapina es un neuroléptico atípico con baja probabilidad de producir SNM, la asociación de quetiapina y olanzapina puede producir sinergia y potenciar los efectos neurolépticos, en este paciente la aparición es paulatina por la formulación retard..
Esto ha retrasado y confundido el diagnostico (aunque había indicios claros). Quizás si se hubiera tenido en cuenta la información obtenida del paciente, se podría haber diagnosticado y tratado de forma más precoz, evitando complicaciones neurológicas permanentes y graves que finalmente tuvo un desenlace fatal.

P. #1837

DEL ALIVIO AL PROBLEMA

Elsa López Sánchez, Sandra Aldea Bravo, Llituania Milenka Gargurevich Araujo, Ricardo Andrés Zorrilla Alarcón, Ana Rojas Romero, Keeley Nicole Haggett
Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 34 años, sin alergias conocidas ni antecedentes médicos relevantes, que acude al servicio de urgencias tras presentar de forma brusca en las últimas 6 horas, rigidez muscular generalizada, movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades y disartria. Fue valorado en el centro de salud esa misma semana, por náuseas y vómitos en el contexto de una gastroenteritis viral, motivo por el cual se le pautó metoclopramida 10 mg cada 8 horas, habiéndose tomado la última dosis 4 horas antes de su valoración. El paciente refiere empeoramiento sintomático progresivo desde el inicio de la toma del fármaco. Niega antecedentes de trastornos neurológicos previos, uso reciente de otros medicamentos, o consumo de sustancias tóxicas.
A la exploración física, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con tensión arterial de 120/81 mmHg y frecuencia cardiaca de 96 latidos por minuto. Neurológicamente sin alteraciones del nivel de conciencia ni síntomas focales, pero con signos de distonía aguda con rigidez de cuello tipo torticolis y movimientos involuntarios dismétricos en ambos brazos y piernas (coreoatetósicos). No se objetivan datos de afectación meníngea.
Se le realizan las siguientes pruebas complementarias:
- Analítica sanguínea con hemograma, electrolitos y función renal en rango.
- Electrocardiograma sin hallazgos significativos.
- TC cerebral sin datos de patología craneal aguda.

El paciente no refiere antecedentes de temblor, ni bradicinesias, que nos hagan sospechar una enfermedad de Parkinson de base. Además, no presenta aumento de la temperatura corporal, ni alteración del estado de consciencia, descartándose un posible síndrome neuroléptico maligno, por lo que la principal sospecha diagnóstica es de un trastorno extrapiramidal, específicamente distrofia aguda inducida por el uso de metoclopramida.
Durante su ingreso, se suspendió de forma inmediata la metoclopramida y se administró biperidino 2 mg intravenoso, que actúa como anticolinérgico en el tratamiento de síntomas extrapiramidales. Además, se trasladó a la zona de observación para monitorización continua durante 24 horas.
El paciente fue dado de alta al día siguiente, con cita ambulatoria en consultas del servicio de neurología para completar estudio de distonías, dándosele indicaciones de evitar, en la medida de lo posible, el uso de metoclopramida, además de estar alerta a posibles efectos adversos al iniciar tratamiento farmacológico en el futuro.

CONCLUSIONES

La metoclopramida es una benzamida perteneciente al grupo de los neurolépticos que se utiliza por sus propiedades antieméticas y procinéticas, para la prevención y tratamiento de

náuseas y vómitos, así como en los trastornos funcionales del aparato digestivo.
Las complicaciones por antieméticos, especialmente sus efectos extrapiramidales, son mediadas por causas multifactoriales tales como el tipo de medicamento, el grupo etario, las interacciones farmacológicas o las variantes genéticas en el metabolismo de estos medicamentos (gen CYP2D6). A nivel central, la metoclopramida bloquea los receptores D2 de la dopamina en la zona gatillo quimiorreceptora, al obstaculizar la integración de los impulsos emetógenos aferentes. A nivel periférico, el bloqueo de los receptores D2 presenta efecto procinético.
La metoclopramida puede causar síntomas extrapiramidales, por bloqueo dopaminérgico a nivel neoestriado (dosis dependiente): torticolis, distonía, acatisia, síndrome serotoninérgico, disquinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno. Los síntomas pueden iniciarse dentro de las primeras 24 a 72 horas de su administración.
En el servicio de Urgencias, ante el primer episodio de extrapiramidalismo, es importante realizar diagnostico diferencial con otras patologías que tengan una clínica similar a la citada previamente. En el caso de que se confirme reacción adversa a metoclopramida, se debe evitar el uso de este fármaco y de ser necesario, utilizar otro antiemético, aunque existe la posibilidad de reacciones similares.

P. #1838

EL PELIGRO OCULTO: UN CASO POR INTOXICACIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO

Sandra Aldea Bravo[1], Elsa López Sánchez[1], Juan Muñóz-Mingarro Molina[2], Roberto Martínez Bravo[1], María Orizales Domínguez[3], María Ángeles Bravo De La Paz[4]

1. Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España
3. Hospital de León (CAULE), León, España
4. Centro de Salud San Agustín, Burgos, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años, sin antecedentes personales, es llevada al servicio de urgencias por su marido, refiriendo somnolencia, dificultad respiratoria y alteraciones visuales.
El familiar de está, el cual posteriormente comenzó con clínica similar, refiere que habían estado utilizando un brasero de carbón como calefacción en una habitación cerrada y que tras unas horas la paciente comenzó con la sintomatología citada previamente.
A la exploración física la paciente presenta una tensión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 119 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, saturación de O2: 98%. Afebril. Además, destaca coloración rojiza en piel y mucosas, lo que aumenta la sospecha de carboxihemoglobinemia y en la exploración neurológica la paciente se encuentra obnubilada, responde a estímulos dolorosos, fuerza y sensibilidad conservada, sin claros datos de focalidad neurológica.
Ante la elevada sospecha de intoxicación por monóxido de carbono se realizan las siguientes pruebas complementarias:
-Analítica sanguínea: Hemograma, bioquímica, coagulación, función renal e iones sin alteraciones gasometría arterial: pH 7.32, PCO_2 38 mmHg, PO_2 95 mmHg, carboxihemoglobina 23%.
-Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 119 latidos por minuto, con PR normal, QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización, ni de la conducción.
-Radiografía de tórax: Sin alteraciones.
Juicio clínico: Intoxicación por monóxido de carbono
Tras la confirmación analítica del diagnóstico, se pasa a la paciente a la sala de observación para vigilancia del estado neurológico y monitorización continua de constantes.
Se administra como tratamiento oxígeno al 100% con mascarilla de no reinhalación (12-15 L/min) para reducir la vida media de la carboxihemoglobina.
Tras 5 horas de oxigenoterapia en urgencias, la paciente presenta mejoría del estado de conciencia y disminución progresiva de la carboxihemoglobina en controles seriados, por lo que se decide alta domiciliaria.

CONCLUSIONES

El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante que se produce de la combustión incompleta de hidrocarburos como carbón y gas, conocido también como “asesino silente” ya que el proceso de intoxicación se produce

sin que el paciente tenga consciencia de la presencia del tóxico. Los casos son más comunes en época de invierno por aumento de uso de hornos, braseros, estufas y chimeneas con mal funcionamiento o en espacios poco ventilados.
La toxicidad de CO depende esencialmente de la especial afinidad que tiene por los grupos hemo de las proteínas, como globinas (hemoglobina, mioglobina) y por citocromos de las enzimas respiratorias mitocondriales (CYP - 450 y A3) y la NADPH reductasa. Una vez inhalado el CO pasa al torrente sanguíneo y se une a la hemoglobina de forma competitiva y reversible, formando la carboxihemoglobina
La afinidad de la hemoglobina por el CO es 200-300 veces mayor que por el oxígeno, desplazándolo y produciendo una disminución de trasporte de oxígeno a los tejidos, generando hipoxia. Aunado a lo anterior, al unirse produce un cambio alostérico en la conformación de la proteína que genera una desviación de la curva de disociación de la hemoglobina hacia la izquierda por mayor dificultad de la cesión de oxígeno al llegar a los tejidos
La sintomatología de la intoxicación aguda, se manifiesta con síntomas inespecíficos como son cefalea, vértigo, mareos, dolor torácico, somnolencia, alteraciones visuales o dolor abdominal. Por lo que en el servicio de urgencias es importante realizar una correcta y detallada anamnesis, que nos orienten a la sospecha de intoxicación, como que exista una posible fuente de contaminación, una clínica aguda y la mejoría sintomatológica al apartar a la paciente del lugar.
Además del tratamiento que se administró en nuestro caso, se puede valorar la indicación de oxigenoterapia hiperbárica en pacientes con intoxicación moderada-grave, con niveles elevados de carboxihemoglobina >25%, estado comatoso, isquemia miocárdica, acidosis metabólica grave…

P. #1850

MONITOR DE BUCEO EN APUROS

María Amparo Ruiz Carbonell[1], Florencia Laffont Oscoz[1], María Luisa Ariño Montaner[1], Alexander Sammel .[2], Begoña Navarro Lluesma[1]

1. Hospital de Sagunto, Valencia, España
2. SES Castellón, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 35 años, instructor de buceo, traído por SAMU tras realizar 20 inmersiones en apnea de 20-25m (ha hecho 2 inmersiones de mas de 40m). Consulta por mareo con dos esputos hemoptoicos y dolor torácico al toser.
No ha perdido conocimiento. No taquipnea. Ingresa en urgencias para observación por enfermedad descompresiva. No barotrauma.
En TC tórax realizado en Urgencias patrón en empedrado bilateral sugestivo de daño alveolar difuso, con afectación de ambos lóbulos pulmonares superiores y segmento apical del lóbulo inferior derecho, de
predominio en pulmón derecho, con incipientes áreas de mayor consolidación en segmentos posteriores de LL.SS, y apical del LID, de características inespecíficas y sugestivo de daño alveolar-hemorragia alveolar. Escaso derrame pericárdico basal.
El paciente empeora al incorporarse y debe permanecer tumbado para evitar mareo y náuseas. Se instaura tratamiento con diuréticos, reposo y oxigenoterapia y se decide ingreso en Medicina Interna.

CONCLUSIONES

El edema pulmonar por inmersión (IPE) se trata de un edema pulmonar del buceador que requiere vigilancia con Oxígeno, control y Furosemida en
caso de precisar, pero no es candidato de cámara hiperbárica. Normalmente se vigila 24-48 horas y se resuelve espontánemente. Dado que los síntomas del paciente fueron prolongados, precisó ingreso hospitalario por Edema pulmonar no cardiogénico en relación con las inmersiones con buena evolución clínico-radiológica favorable en tratamiento con diuréticos y oxigenoterapia tras
72 horas de ingreso.
Se expondrán el diagnóstico diferencial entre esta entidad y el barotrauma con las diferencias más significativas en la exploración física, pruebas complementarias y tratamiento.

P. #1925

BODY PACKER EN URGENCIAS

Anaily Trujillo Barrios[1][2], Keydi Mariela Casco Alvarado[1][2], Elena García Sánchez[2]

1. Centro de Salud Jumilla, Yecla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 51 años de origen magrebí con barrera idiomatica consumidor de cocaína acude escoltado por la policía nacional al servicio de urgencias por sospecha de ingesta de bellotas (hachís) entre unas 20-30 unidades hace 48 horas. Afebril. Niega dolor torácico. Niega nauseas o vómitos. Sin antecedentes médicos de interés.
Estable hemodinámicamente y clínicamente. Eupneico. Glasgow 15. Exploración física anodina.
En analítica sanguínea, sin elevación de reactantes de fase aguda, ni alteraciones hidroelectrolíticas.
Se realiza Rx de abdomen anteroposterior en bipedestación (inicial) se objetivan numerosos cuerpos radiopacos de bordes bien definidos y morfología ovoidea en pelvis menor y en marco cólico (sigma y colon ascendente) compatible con cuerpos extraños.
Se inicia tratamiento con hidratación parenteral, dieta absoluta y enema de limpieza con lo que se logra expulsar 30 "bellotas" íntegras.
Se realiza, radiografía abdominal anteroposterior (control): no se objetivan claros cuerpos extraños en marco cólico.
Durante su estancia en el servicio de urgencias el paciente se mantuvo clínica y hemodinámicamente estable.

CONCLUSIONES

-El buen manejo y tratamiento de los body packers es esencial en nuestro medio, especialmente tras el aumento registrado de este número de pacientes en países desarrollados.
-El diagnóstico y tratamiento precoz de sus complicaciones se hace vital en cuanto que una intoxicación por fuga de alguno de los paquetes puede ser mortal.
-Es importante el conocer la sintomatología en relación con las intoxicaciones de cada una de las sustancias ilegales más frecuentes.
-La radiografía de abdomen simple es suficiente como prueba diagnóstica en la mayoría de los casos, si bien se debe realizar una TAC en aquellos casos que nos puedan plantear dudas.
-Los pacientes acuden en su mayoría asintomáticos, pudiendo ser tratados de forma conservadora.
-Las complicaciones más frecuentes son la intoxicación por fuga o rotura de un paquete, la obstrucción
intestinal y el retraso en la evacuación de los mismos.
-Al menos 2-3 deposiciones sin evacuación de ningún paquete, acompañado de una radiografía simple de abdomen sin hallazgos en pacientes asintomáticos, puede ser suficiente para dar el alta definitiva al paciente.

P. #1926

ERITEMA MULTIFORME ¿A QUÉ SE DEBE?

Isabel Rodríguez Fraile, Carlos García Granados, Diana Morán Montero, Sebastián Fernández Rico, Andrea Fernández Suárez

Hospital Universitario Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 35 años acude a urgencias refiriendo cuadro de astenia, tos, malestar general, fiebre de hasta 39° de una semana de evolución en los últimos 2 días presenta exantema generalizado a nivel de piel y mucosas.
A la anamnesis dirigida refiere que su hija de 3 años presentó cuadro catarral en la semana previa. Por otra parte comenzó hacía 2 semanas tratamiento con Tirzepatida.
En exploración física se evidenció exantema generalizado con lesiones puntiformes y dianiformes subcentimétricas incluyendo afectación palmoplantar y lesiones ulcerosas en mucosa oral. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.
Se solicitaron pruebas complementarias de imagen en las que no se objetivaron alteraciones reseñables y analíticas en las que se evidenciaron Leucocitos 20000, Neutrofilia 80% PCR 300, resto de analítica anodina.
En serología se objetivó resultado positivo en Mycoplasma Pneumoniae.
Se trasladó a la paciente al box de observación para vigilancia clínica y repetir analítica para monitorizar parámetros infecciosos.
Al alta se pautó tratamiento corticoide tópico y se solicitó cita preferente con dermatología.

CONCLUSIONES

El eritema multiforme minor es un trastorno poco frecuente que afecta aproximadamente al 1% de la población.
Presenta afectación mucocutánea, de carácter agudo, autolimitado y habitualmente leve pudiendo ser recurrente.
Se considera una reacción de hipersensibilidad ante distintos estímulos antigénicos estando en muchos casos relacionado con ingesta de fármacos o infecciones por virus, siendo el mas frecuente el virus del herpes simple y en menor frecuencia por bacterias, siendo la mas frecuente Mycoplasma Pneumoniae siendo esta la primera causa en edad pediátrica.
Los diagnósticos diferenciales incluyen urticaria, vasculitis, penfigoide ampolloso, pénfigo, dermatosis lineal por depósitos de IgA, síndrome de Stevens-Johnson, dermatosis neutrofílica febril aguda y dermatitis herpetiforme.
Aunque el diagnóstico es clínico es recomendable solicitar analíticas para valorar la posible afectación sistémica y serología de cara a determinar posible causa infecciosa.
Por otra parte en caso de que la posible causa del eritema sea Mycoplasma Pneumoniae debemos estar atentos al resto de posibles manifestaciones de la infección por dicho microorganismo.
Ante este tipo de trastornos cobra especial importancia la anamnesis en la que debemos indagar por los antecedentes personales, medicación habitual y ambiente epidemiológico.
Por último de cara al manejo al alta del eritema multiforme minor causado por Mycoplasma Pneumoniae no está recomendado

el uso de antibióticos sistémicos salvo que el paciente presente infección respiratoria. Se recomienda el uso de corticoide tópico y antihistamínico vía oral en caso de presentar prurito.

P. #1934

GESTO AUTOLÍTICO CON ALDICARB: INTOXICACIÓN POR EL CARBAMATO MÁS POTENTE

Ramón Perales Cano[1][2], Elena García Sánchez[2], Soraya Sánchez Soler[2]

1. Centro de Salud Mariano Yago, Yecla, España
2. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Servicio de Urgencias de hospital comarcal, 16:30. Acude un varón de 50 años sin antecedentes de gesto autolítico pero con amenazas verbales de quitarse la vida referidas por sus familiares, traído en ambulancia asistencial por equipo de Emergencias de la región, quienes nos explican que los familiares del paciente lo han encontrado gritando que "ya está hecho" y acto seguido han visualizado una bolsa de veneno para ratas vacía y restos de magdalena a su lado. Sospechando gesto autolítico, el equipo de Emergencias decide traer al paciente en ambulancia. Al llegar nos explica que el paciente comenzó a experimentar intensos temblores y se le apreció miosis; nos explican que se le ha administrado carbón activado y realizado lavado gástrico en la ambulancia, y que al visualizar frecuencia cardiaca menor de 40 latidos por minuto, se ha administrado asimismo una ampolla de 2 miligramos de Atropina intravenosa.

Durante su estancia en nuestro servicio de Urgencias, inmediatamente se le monitorizó y se confirmó mediante los familiares el veneno: Aldicarb, una cantidad incierta ya que se tiró posteriormente la bolsa, por lo que se asume que pudo ser todo el contenido de una bolsa de 10 gramos. Nos encontramos pues ante un carbamato, cuya principal diferencia con la familia de los organofosforados es que su inhibición de la acetilcolinesterasa es reversible; sin embargo, esta acción es muy potente y, tal como nos informa el Instituto Nacional de Toxicología, se trata del carbamato más potente y más letal.

El paciente comenzó, monitorizado y en cama, a presentar clínica compatible con un síndrome colinérgico, incluyendo un síndrome emético incoercible junto con diarrea, miosis, intensos temblores, astenia y malestar general. La analítica de sangre con análisis de gases fue anodina, destacando un ión lactato de 3'5 mmol/L. Las tensiones permanecieron en todo momento estables y en rango, presentó una saturación buena sin gafas nasales (que rechazó en numerosas ocasiones); permaneció consciente y no se apreció "atropinización" completa de su estado, con una frecuencia que pasó a ser de 50 latidos por minuto. Es por esta estabilidad que se decidió añadir otra medicación además del antiemético Ondansetrón una vez confirmada la no interacción con el veneno. Se conoció mediante el Instituto Nacional de Toxicología que no existe un antídoto para este veneno, y que no se conoce claramente su vida media, aunque alguna literatura parece sugerir las 6 horas.

Se contactó finalmente con la Unidad de Cuidados Intensivos de referencia, y siendo un paciente estable pero con necesidad de vigilancia y medidas intensivas dentro de un contexto con considerable lejanía de otros hospitales con más medios, se aceptó el traslado a dicha unidad.

CONCLUSIONES

Los carbamatos son un veneno cuya intoxicación genera un síndrome y síntomas parecidos a los organofosforados. Dichos compuestos generan una unión con la acetilcolinesterasa que, al contrario de los organofosforados, es reversible, pero que en ocasiones puede ser más potente.
El Aldicarb es el carbamato más potente y más letal en los humanos, y usualmente se utiliza como veneno para ratas en bolsas que llevan hasta 10 gramos. Se desconoce a ciencia cierta su vida media, aunque alguna literatura sugiere que es de 6 horas.
La intoxicación con carbamatos genera un síndrome colinérgico muy potente, en el cual cabe el lavado gástrico y administración de carbón activado durante la primera hora tras la ingesta, y donde nuestra principal herramienta es la Atropina cuando aparece bradicardia, vigilando que no se produzca una "atropinización" de la clínica del paciente. No existe un antídoto directo.

P. #1935

UN FALSO ICTUS ENDULZADO

Manuel Artes Segura[1][2][3], Ana Belén Martínez Sánchez[3], Francisco Artes Segura[4], Rosalia Artés Navarro[5], José Carlos Martínez Sánchez[6], Raquel Egea Ros[3]

1. Universidad Internacional UNIVERSAE, San Jose, Costa Rica
2. SUAP Lorca 2, Lorca, España
3. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
4. CS Sorbas (Almería), Sorbas, España
5. Hospital Poniente, El Ejido, España
6. Orthem, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 84 años que es traído a urgencias por familiar por presentar clínica de tendencia al sueño, emisión de palabras incomprensibles y desviación mínima de comisura labial a la izquierda desde hace 1 hora.
Como antecedentes destacan: ICTUS isquémico en 2015, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento.
Se realiza exploración neurológica presentando disartria, tendencia al sueño y mínima desviación de la comisura labial, resto de exploración normal.
Se realiza TAC craneal mostrando: No se identifican signos de patología intracraneal aguda isquémica ni hemorrágica. Marcada hidrocefalia triventricular ya presente en estudio previo.
Tras la normalidad clínica y la duda diagnostica se solicita analítica de tóxicos en orina siendo positivo a cannabis.
Se vuelve a interrogar a la familia que refiere que la mujer del paciente presenta clínica similar y que creen que han podido comer una galletas con cannabis que había preparado el nieto para una fiesta con amigos.
Tras las reveladoras declaraciones de desactiva código ictus, se hidrata al paciente y tras posterior mejoría se decide alta a domicilio con recomendaciones

CONCLUSIONES

El ictus se presenta con síntomas neurológicos focales de inicio abrupto, como debilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar y pérdida de visión en un ojo. Estos síntomas son estables o progresivos. En cambio, la intoxicación por cannabis causa mareos, descoordinación y alteraciones sensoriales, cuyos efectos son transitorios y desaparecen a medida que el cannabis se elimina del cuerpo.
Los síntomas del ictus surgen de manera rápida y persisten, lo que indica daño cerebral agudo. Por el contrario, la intoxicación por cannabis se desarrolla de forma gradual y sus efectos remiten en pocas horas, lo que permite diferenciarlo de un ictus.
La evaluación de factores de riesgo es clave: antecedentes de hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares aumentan la probabilidad de un ictus. En cambio, la intoxicación por cannabis debe sospecharse al preguntar sobre el consumo reciente, especialmente en personas mayores, que pueden no estar familiarizadas con sus efectos.
El ictus se confirma mediante pruebas de imagen, como TC o RM, que revelan isquemia o hemorragia cerebral. La intoxicación por

cannabis generalmente no requiere pruebas, pero un análisis toxicológico puede detectar THC en el cuerpo, confirmando la intoxicación.
Los ancianos son más vulnerables a los efectos del cannabis, que pueden causar confusión, caídas y complicaciones cardiovasculares. El consumo de cannabis en esta población puede enmascarar síntomas de condiciones graves como el ictus, dificultando el diagnóstico y aumentando los riesgos de salud.

P. #2001

LAS NUEVAS LÍNEAS DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO QUE DEBEMOS CONOCER

Patricia López Tens[1], Alejandra Blanco García[1], Itziar Ostolaza Tazón[1], Pablo González García[1], Estela Cobo García[1], Mario Fernández Gómez[2]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. 061 Cantabria, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 43 años que acudió a Urgencias por disnea de 2 semanas de evolución que asociaba tos seca y mocos, que se había hecho de mínimos esfuerzos en las 48 horas previas. Además, asociación de febrícula de 37.5°C en las últimas horas. Antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda tratado con mastectomia, linfadenectomía con quimioterapia adyuvante, con recaída hepática y cerebral posterior, que tratada con radioterapia y Trastuzumab-Deruxtecan con reducción casi completa de las lesiones cerebrales desde hacía meses.
A su llegada a Urgencias, temperatura de 38.7°C, con saturación de oxígeno de 84% sin taquipnea ni trabajo respiratorio, con buena perfusión distal. Tensión Arterial de 120/80 mmHg. Frecuencia cardíaca de 115 lpm. Frecuencia respiratoria de 16 rpm. Buen estado general. Signos meníngeso negativos. Sin hallazgos patológicos a nivel cabeza y cuello, con auscultación cardíaca taquicárdica pero sin soplos, con auscultación pulmonar con hipoventilación global. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin edemas, sin signos de TVP y con pedios presentes y simétricos.
Ante discorancia entre la clínica y los hallazgos iniciales, solicitamos una gasometría arterial, que presentó una Alcalosis Respiratoria Aguda (PH de 7.51, pCO2 30, pO2 24 con PaO2/FiO2 Arterial 113, Bicarbonato Estándar 24.9). En la bioquímica descaba una proteína C Reactiva (PCR) 17 mg/dl con procalcitonina 0.14 ng/ml. Solicitamos también NT-proBNP que resultó de 317 pg/ml. El hemograma presentó una leucocitosis leve con cifras de hemoglobina de 10 mg/dl (similares a previas). A nivel de coagulación, presencia de Dímero D 1259 ng/ml. Realizamos un electrocardiograma que presentaba una taquicardia sinusal sin otras alteraciones. Ampliamos estudio infeccioso, con Hemocultivos, frotis nasofaríngeo, antigenemia en orina, con negatividad de los mismos.
La radiografía de tórax mostró unas condensaciones nodulares bilaterales con imagen compatible con “suelta de globos”. Ante hallazgos y disociación clínico-radiológica,se comento con Radiología para realización de TAC para descartar Neumonitis Grave vs Suelta de Globos, donde se describieron condensaciones parcheadas con broncograma aéreo, con importante componente de vidrio deslustrado y confluentes en vértices, afectando fundamentalmente a campos medios y superiores, sugestivos de daño alveolar difuso secundario a toxicidad medicamentosa como primera opción.
Iniciamos tratamiento con oxigenoterapia con reservorio 100%, administramos 1 dosis de Piperacilina-Tazobactam por sospecha de sobreinfección; y metilprednisolona 40 mg. Tras comentarlo con Oncología, se decidió administración de oxigenoterapia de

alto flujo con mala evolución, por lo que finalmente se procedió Ventilación mecánica invasiva con fallecimiento a los pocos días.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, se trataba de una paciente con Neumonitis tóxica grado 4 por trastuzumab-deruxtecan con Insuficiencia respiratoria global secundaria.
Se trata de un anticuerpo monoclonal dirigino a HER2 y como nueva línea de tratamiento con buenos resultados a nivel de metástasis cerebrales, que presenta como principales efectos secundarios la neutropenia febril o afebril, disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y la neumonitis (ésta última, puede aparecer tras meses de retirada del tratamiento).
Desde el punto de vista de la Urgencia, es importante conocer la discordancia clínica con los hallazgos, con objetivación de insuficiencias respiratorias graves con PaFis muy bajas, sin apenas repercusión clínica (sin taquipnea, sin cianosis, sin trabajo respiratorio, con auscultación pulmonar anodina). También es importante iniciar tratamiento con corticosteroides ante la sospecha de la misma, ya que la evolución normal, es una claudicación clínica brusca, que se puede dar en segundos, con parada cardiorrespiratoria. Por eso, es importante conocer estos nuevos tratamientos quimioterápicos y sus nuevas indicaciones, por los potenciales efectos secundarios graves y sospechar este tipo de patologías en pacientes oncológicos en tratamiento activo y no activo.

P. #2021

ENTRE LA TUBERCULOSIS LATENTE Y EL DOLOR MANIFIESTO: UN CASO DE MIOPATÍA POR ANTITUBERCULOSOS

Carla García Martínez, Kilian Griñan Ferre
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 54 años, con antecedente de enfermedad de crohn ileocólica de 9 años de evolución, en tratamiento con pentasa y budesonida oral. Con actividad endoscópica en controles de digestología.
Tributaria a terapia biológica, para la que se realizó estudio pre-tratamiento, detectándose determinación patológica de quantiferon. Con radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.
Orientada como infección tuberculosa latente tras contacto con amiga diagnosticada de tuberculosis hacía 10 años por el que no recibió tratamiento. Se inició tratamiento combinado con rifampicina 300mg e isoniazida 150mg 1 comprimido al día, a mantener durante 3 meses.
A los 2 días del inicio del tratamiento, consultó en urgencias por cuadro de artralgias y mialgias generalizadas, con febrícula (temperatura máxima de 37'6°C), exploración física anodina y sin hallazgos analíticos a destacar.
Inicialmente orientada como cuadro virósico, iniciándose tratamiento sintomático con analgésicos orales.
Evolutivamente, con mal manejo sintomático y posteriores reconsultas múltiples, sin identificarse hallazgos patológicos en exploraciones complementarias o encontrarse causa para el dolor.
Durante estudio diagnóstico, al existir relación temporal con inicio de quimioprofilaxis, se realizó consulta con unidad de tuberculosis de medicina interna, desde donde se propuso la retirada del fármaco, que la paciente aceptó.
Revalorada al mes, durante el cual recibió suplementación con vitamina B6, con mejoría de la clínica. Finalmente, ante resolución a la retirada y ausencia de otras causas de miopatía identificables, fue diagnosticada de miopatía por antituberculosos.

CONCLUSIONES

Pese a no tratarse de un efecto secundario frecuente, diversos estudios han investigado la relación entre los fármacos antituberculosos y la miopatía.
Dentro de los fármacos antituberculosos, la isoniazida destaca por su interferencia en el metabolismo de la piridoxina, que afecta la transmisión neuromuscular por disfunción de la síntesis de neurotransmisores, altera el metabolismo energético muscular y la formación de esfingolípidos de la membrana celular y se relaciona con acumulación de metabolitos tóxicos, llegando a poder producir una miopatía necrotizante en casos extremos.
El déficit de piridoxina suele manifestarse en forma de mialgias y debilidad muscular proximal, con calambres y fatiga muscular. En casos graves, habitualmente relacionados con tratamientos de larga evolución, aparece miopatía necrotizante, con elevación de enzimas de daño muscular como la creatinina-quinasa.
Se ha descrito este efecto adverso en otros antituberculosos,

con menos frecuencia y por mecanismos no relacionados con la piridoxina, pero con clínica muy similar: rifampicina, estreptomicina, pirazinamida y etambutol. A destacar la estreptomicina por inhibición de acetilcolina en la unión neuromuscular y la rifampicina por inducción enzimática hepática, toxicidad muscular directa y interacción con otros fármacos (estatinas, ciclosporina, anticonvulsionantes, inmunosupresores, inhibidores de la proteasa, gentamicina…)

Los principales indicadores diagnósticos de esta complicación incluyen la aparición de los síntomas durante el tratamiento activo, la ausencia de otros desórdenes musculares/causas de miopatía y la desaparición total de los síntomas después de la retirada del fármaco.

Por lo que hace al manejo, el primer paso es la retirada y paso a fármacos antituberculosos no asociados con miopatía, que suele suponer una mejoría a las 1-2 semanas y resolución completa a las 4-12 semanas. En el caso de la isoniacida, se puede iniciar suplementación con piridoxina para mejorar los síntomas asociados al déficit y acelerar la recuperación. El control del dolor suele ser suficiente con antiinflamatorios no esteroideos de uso común.

A pesar de ser una entidad poco frecuente, la miopatía inducida por antituberculosos debe ser reconocida por los médicos de atención urgente. Su identificación temprana puede evitar reconsultas innecesarias, la realización de pruebas complementarias no concluyentes y la prescripción de tratamientos inadecuados, ofreciendo a los pacientes un manejo oportuno, sencillo y eficaz que reduzca su malestar y mejore su pronóstico.

P. #2066

FALSA ACRODINIA POR SETAS

DIMA Ibrahim Achi[1], Cristina Méndez Cabo[2], Mª De Los Ángeles López Hernández[1], Lissette Travería Becker[1], Guillermo Burillo Putze[1]

1. Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal De La Laguna, España
2. Gerencia de Atención Primaria, San Cristóbal De La Laguna, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por coloración pardo- negruzca en la punta de la nariz y dedos de ambas manos tras una salida al campo para recoger setas hace 24 horas. Explica que se acercó alguna de ellas para olerlas pero sin contacto directo con su piel. Refiere dolor, tumefacción y parestesias en ambos miembros superiores, principalmente en los pulpejos de los dedos. Niega ingesta de las setas recogidas u otras sustancias. Explica que se ha frotado en varias ocasiones con agua y jabón, y lejos de desaparecer, se ha incrementado el tamaño de las lesiones. Aficionado a la recolección de setas con conocimientos en la materia

Sin antecedentes médicos de interés. A la exploración física destacaba especialmente a nivel de punta nasal una placa negruzca de 1 centímetro de diámetro, no dolorosa a la palpación, no modificable a la digitopresión. En las manos presentaba inflamación a nivel de articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas con eritema en dedos y cara palmar.

En el SUH se administró dosis puntual de metilprednisolona intramuscular y se consultó con un médico adjunto del SUH con experiencia en toxicología clínica para seguimiento. A las 24 horas se le revisó en consulta de urgencias, refiriendo resolución de lesiones en manos y disminución del tamaño de la lesión en la nariz. A los 3 días, refiere que se ha desprendido una placa negruzca de su nariz, además aporta una foto de una seta que olió y que presentaba una llamativa coloración violácea en el sombrero. En ese momento, el paciente recuerda que los pantalones que vestía ese día presentaban la misma coloración.

Inicialmente se consideró la sospecha de acromelalgia o eritromelalgia, un trastorno poco frecuente de etiología desconocida, donde existe un vínculo curioso con ciertas setas (Clitocybe acromelalga o Clitocybe amoenolens) cuyo consumo puede desencadenar este cuadro a las 24 horas. Este síndrome se presenta con episodios paroxísticos de dolor intenso, que se acompaña de eritema, edema, aumento de la temperatura local y una notable sensación de quemazón en las extremidades distales.

En nuestro caso, cuando el paciente aportó la foto de la seta, pudo identificarse como Lepista nuda, seta comestible que se caracteriza por sus láminas azuladas que se desprenden fácilmente al pasar el dedo y que presumiblemente produjeron esa pigmentación característica en la nariz y las manos del paciente.

El paciente evolucionó favorablemente, las lesiones desaparecieron por completo y no ha presentado síntomas de acromelalgia en los meses posteriores.

CONCLUSIONES

Las lesiones que presentaba este paciente eran especialmente llamativas lo que motivó una alerta toxicológica. Los médicos de urgencias, además de tener un amplio conocimiento de todas las especialidades médicas, deben desarrollar habilidades para obtener una historia clínica detallada en el caso de consumo/exposición a setas (tipo de setas, cantidad consumida, momento de la ingestión y cualquier posible tratamiento o medida preventiva tomada antes de llegar al hospital).

P. #2069

NO TE PASES CON EL HIERRO

Vicente Ramón Ferri Reig, Jorge Garau Ramírez, Bárbara Mercado Bayona, María José Asensio Lluna, Miguel Sánchez Torrijos

H. Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 25 años de edad, con antecedentes personales de trastorno límite de la personalidad, que acude al Servicio de Urgencias traída por sus familiares que refieren que, tras una discusión la paciente ha tomado una caja de 30 comprimidos de sulfato ferroso, con ideación autolítica.

Anamnesis:

La paciente inició náuseas y vómitos dos horasdespués de la ingesta,sin otra clínica asociada. Durante la valoración inicial, presentó un episodio de vómito de coloración oscura. Se confirmó que la cantidad ingerida correspondía a una dosis tóxica de hierro de aproximadamente 45 mg/kg de hierro elemental, considerando un peso de 70 kg y una concentración de 105 mg de hierro elemental por comprimido de sulfato ferroso.

El hierro es un mineral esencial para el organismo; sin embargo, a dosis tóxicas puede ser letal. Se estima que dosis superiores a 20 mg/kg comienzan a generar manifestaciones clínicas en las primeras horas, que incluyen síntomas gastrointestinales leves como epigastralgia, náuseas, vómitos y diarrea, los cuales se presentaron en nuestra paciente. Aproximadamente a las 12 horas, puede observarse una mejoría aparente, seguida de complicaciones graves como hemorragia digestiva, shock, acidosis metabólica, coagulopatía, fallo hepático, renal, coma e incluso la muerte.

Evaluación clínica y manejo inicial:

Estable hemodinámicamente, en la exploración abdominal dolor epigástrico sin signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración no mostró hallazgos relevantes. Se inició tratamiento con antieméticos, sonda nasogástrica, fluidoterapia intravenosa y se solicitaró radiografía abdominal, gasometría venosa, función hepática, renal, coagulación y hierro sérico.

Pruebas complementarias Radiografía abdominal: imágenes radiopacas correspondientes a los comprimidos, localizados únicamente en el estómago. Resultados analíticos: hemograma, química, coagulación y gasometría venosa sin alteraciones significativas. El hierro sérico inicial fue elevado con elevado de 560 µg/dL.

Tratamiento:

Ante los hallazgos radiográficos se inició lavado gástrico con 1 litro de suero fisiológico y 50 mEq de bicarbonato, repitiendo la maniobra dos veces. Tras los lavados, se realizó una radiografía de control que mostró la completa eliminación de los comprimidos del estómago.

El caso de que los comprimidos se hubiesen visto en duodeno, se habría administrado polietilenglicol, para favorecer la eliminación del hierro no absorbido.

En tratamiento de elección de la intoxicación por hierro la desferoxamina. Su administración está indicada cuando el hierro sérico supera los 500 µg/dL o en presencia de síntomas graves. En este caso, se inició perfusión continua de desferoxamina a una

dosis de 15 mg/kg/hora, con un máximo de 6 g en 24 horas. Se realizaron controles analíticos cada dos horas para monitorizar la disminución de los niveles de hierro y la aparición de posibles nuevas alteraciones analíticas.
Evolución clínica:
La paciente respondió favorablemente al tratamiento, sin desarrollar complicaciones adicionales. Tras la estabilización médica y la resolución de la intoxicación aguda, la paciente fue valorada por el servicio de psiquiatría, dada su historia de trastorno límite de la personalidad y la ideación autolítica asociada a la ingesta de tóxicos.

CONCLUSIONES

La intoxicación por hierro es una emergencia médica que requiere un manejo manejo rápido y adecuado. Las dosis tóxicas pueden llevar a complicaciones graves, por lo que el diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para reducir la mortalidad. En este caso, el tratamiento con desferoxamina y las intervenciones clínicas oportunas permitieron una evolución favorable. Es esencial considerar la evaluación psiquiátrica en pacientes con antecedentes de trastornos de la personalidad y conductas autolesivas, con el fin de ofrecer una atención integral. La intoxicación por sulfato ferroso debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes con antecedentes psiquiátricos con síntomas gastrointestinales.

P. #2073

TOXICODERMIA MEDICAMENTOSA

Elena Abad Villamor, Gabriel Sánchez Gallifa, Sonia Camba Camarillo, Patricia Vargas Compés, Marcos Garrido Martín, Maddalen Arruabarrena Mendinueta
Servicio Navarro de Salud, Tudela, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 68 años, diabética, alérgica a Augmentine, que consulta por erupción cutánea de una semana de evolución, de inicio a nivel facial que, posteriormente, fue extendiéndose por tronco y extremidades con aparición de lesiones vesiculopustulosas y ampollas con tendencia a romperse en zona de muslos y piernas. Como antecedente de interés refiere absceso glúteo izquierdo tras inyecciones de Nolotil IM por omalgia derecha, por lo que precisó tratamiento con Eritromicina durante 8 días, sin respuesta. Posteriormente se pautó tratamiento con Clindamicina que tomó durante 2 días, comenzando entonces con el cuadro cutánea asociado a astenia y disfonía, sin disnea ni disfagia, por lo que suspendió su administración. Consulta en su Centro de Salud por empeoramiento del cuadro cutáneo, administrando antihistamínico y corticoide intramuscular y posteriormente tratamiento endovenoso en Urgencias, sin mejoría.
Exploración y pruebas complementarias:
Hemodinámicamente estable. Afebril. Buen estado general y buen estado de hidratación. Placas maculopapulares, eritematosas, pruriginosas, distribuidas de forma generalizada en tronco, extremidades y cara. Lesiones ampollosas de gran tamaño en extremidades inferiores, que se desprenden facilmente, de predominio en cara lateral de muslo izquierdo y cara interna de muslo derecho. Eritema, edema y empastamiento importante de regiónglútea izquierda. No signos de TVP. Faringe: no edema de úvula Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, no broncoespasmo. Abdomen anodino.
Juicio Clínico:
Toxicodermia medicamentosa. A descartar Pustulosis exantemática aguda generalizada secundaria a antibiótico (Eritromicina-Clindamicina).
Diagnóstico diferencial:
La pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) engloba un subgrupo de erupciones, caracterizadas por la aparición de numerosas pústulas estériles sobre un fondo eritematosoedematoso. Más del 90% de los casos de PEAG son inducidos por fármacos. Un gran número de ellos son potencialmente responsables, y los antibióticos (especialmente los betalactámicos y los macrólidos) son los más frecuentemente implicados. El diagnóstico diferencial incluye otras erupciones pustulares incluidas las infecciones bacterianas o fúngicas, dermatosis neutrofílicas, vasculitis pustular, enfermedades autoinmunes ampollares y la psoriasis pustular generalizada (PPG).

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta, cuando nos encontramos frente a una reacción cutánea de estas características, la toma de antibióticos y otros fármacos comunmente utilizados, para evitar cuadros potencialmente más graves.

#2100

MORDEDURA DE ECHIS OCELLATUS EN KENIA TRATADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ESPAÑA

Miguel Silvestre Niño, Julio Cobo Mora, Berta Alonso González
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las urgencias por envenenamiento por la mordedura de una serpiente son poco frecuentes en España, pero potencialmente graves.
Según la OMS, las mordeduras de serpiente causan una muerte cada 5 minutos en el mundo. Aunque en España los casos son menos frecuentes que en paises de África, Asia y América Latina, es fundamental conocer su diagnóstico y tratamiento para evitar complicaciones.

OBJETIVO

Presentamos el caso de una mujer de 21 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias el 27 de agosto tras haber sufrido una mordedura en su pie izquierdo el 25 de agosto, mientras realizaba voluntariado en Kenia.
Los habitantes de la zona sugirieron quela mordedura podría corresponder a una Echis ocellatus, conocida por su toxicidad hematológica. Recibió un vial de suero antiofídico polivalente antes de viajar a España.
A su llegada, estaba con buen estado general. Presentaba hematomas en evolución, el mayor en la región glútea izquierda. En el pie izquierdo se observaban dos heridas puntiformes separadas unos 3 cm con edema intenso. Se realizó ecografía Doppler sin trombosis venosa profunda.
En la primera analítica se evidenció coagulopatía con fibrinógeno <30 mg/dl, tiempo de protrombina no interpretable por hipofibrinogenemia, dímero D 13.070 ng/mL y TTPA 29,2 seg.
Se le administra inicialmente un vial de suero antiofídico liofilizado polivalente. La paciente tras su administración comenzó a ver amarillo y "gusanos que flotan" siendo valorada por oftalmología sin evidenciarse hallazgos patológicos.
Se realiza interconsulta a Hematología y se administra konakion y fibrinógeno, ingresando en UCI para vigilancia

MÉTODO

Se realizaron diversas pruebas complementarias para el seguimiento de la coagulopatía y la evolución del paciente:
Laboratorio:
27/08: Hemograma: Leucos 6.260 (N 64%, L 22,5%, M 5,2%), Hb 12,7 g/dl, Plaq 186.000.
27/08: Coagulación: Fibrinógeno 90, Na 140, K 4.1, Cl 109, GOT 38, GPT 22, GGT 20, FA 60, BT 0,53, PCR 4,5.
28/08: Coagulación: INR 1,4, Act Prot 48%, Fibrinógeno 118.
30/08: Hemograma: Leucos 4.150 (N 57,2%, L 23,1%, M 6,6%), Hb 11,1 g/dl, Plaq 173.000.
30/08: Coagulación: INR 1,1, Act Prot 86%, Fibrinógeno 256, D dímero 1.810 ng/ml.
30/08: Bioquímica: Gluc 86, Creat 0,64, FG >90, Urea 26, Urato 2,6, Na 140, K 4,2, Cl 108, Ca 9,1, P 4, PT 6,1, GOT 48, GPT 47, GGT 24, LDH 241, FA 62, BT 0,61, CPK 62, PCR 10,6, Hierro 35, Ferritina 64, Transferrina 207, IST 12%.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

A su llegada a UCI, se realizó ROTEM, administrándose fibrinógeno y 2 g de ácido tranexámico. Se canalizó un catéter venoso central en subclavia derecha para fluidoterapia.
Durante su ingreso en UCI, la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y sin complicaciones respiratorias. Se realizó un nuevo control por ROTEM el 29 de agosto a las 13:00 h, evidenciando normalidad en la firmeza del coágulo, por lo que no se precisaron nuevas dosis de fibrinógeno ni ácido tranexámico.
En la última analítica antes del alta hospitalaria, la coagulación estaba dentro del rango de normalidad y las plaquetas >100.000.
La paciente fue dada de alta con seguimiento por su médico de atención primaria.

CONCLUSIONES

Las mordeduras de serpiente afectan a unos 5,4 millones de personas al año en el mundo. En España se producen entre 100 y 150 ingresos anuales por accidente de mordedura de serpiente, con una mortalidad del 1-2 %.
El diagnóstico y tratamiento de las mordeduras de serpiente dependen de la identificación de la especie y la disponibilidad de antídotos específicos.
Los esfuerzos en la mejora del manejo de estos casos deben centrarse en:
Capacitación de los profesionales de la salud en diagnóstico y tratamiento.
Acceso a suero antiofídico eficaz.
Protocolización del manejo de coagulopatías asociadas a envenenamiento ofídico.

P. #2104

LA CARA OCULTA DE LA AGITACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Víctor José Álvarez García, María Del Carmen Canóniga Gómez, Marta Puigcercós Teixell

Hospital Moises Broggi, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 36 años traído por el SEM en vía pública por alucinaciones y delirios místicos es derivado a nuestro centro a las 10:43 am para descartar patología somática.
Paciente sin alergias medicamentosas, Consumo de cocaína y alcohol; antecedentes de asma, insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica y rabdomiólisis en contexto de intoxicación etílica; precipitación por alucinaciones con traumatismo pulmonar y abdominal.
A su llegada únicamente es posible tomar la FC 136 x'; temperatura de 36ºC; Sat basal de 98% y glicemia capilar 126 mg/dl.
Se pasa a un box donde el personal sanitario actúa utilizando contenciones mecánicas, en este caso usando contención mecánica integral, donde le administran un haloperidol IM previamente a la inmovilización mecánica.
Exploración física
Paciente consciente y orientado con una modificación de discurso verbal, angustiado y alteración del juicio.
auscultación cardiaca sin alteraciones igual que la auscultación.
Exploración complementaria
Analítica sanguínea
- Analítica: Leucos 12.11 // Hg 15,8 // plaquetas 245,000 // INR 0.97 // Creatinina 108,0mmol/L // FG 75,04 ml/min // Sodio 138mmol/ L // Potasio 4,1 mmol/l // Gasometría venosa Ph 7.395 PCO2 39,1mmHg, O2 63,5,0mmHg, HCO3 23,5mmol/L, lactato 3,2 mmol/L

Analítica de orina negativo para tóxicos.
TAC craneal sin contraste, anodino.
El paciente durante el transcurso de su evolución se suelta de las contenciones mecánicas logrando escapar.
Empieza a golpear puertas y ventanas del box para intentar escapar, consiguió romper ventana de la puerta del box amenazando al personal sanitario que si consigue escapar los apuñalará.
El personal de sanitario y seguridad al ver imposible el acceso deciden bloquear la puerta del box para que no escape.
Se llama a policía donde acuden y proceden a la inmovilización utilizando la fuerza física.
Se vuelve a contener al paciente de forma mecánica y se administra 1,5 ml EV de midazolam. Dejando al paciente sedado con oxígeno y monitorización.
El paciente al realizar la alteración de la conducta se realiza varios cortes en ambas manos.
A la valoración el paciente presenta una colaboración nula con un comportamiento paranoide y suspicaz contra todo el personal sanitario. Y una clínica psicótica que impresiona.
El paciente es derivado con SEM a urgencias de 3r nivel con posterior traslado a su hospital de psiquiatría de referencia.

CONCLUSIONES

Del proceso resulta la activación del código agitación.
Desde el primer momento se trata de un paciente, con una percepción alterada de la realidad, con un discurso disruptivo, y que nada tiene que ver con la situación actual del paciente, el cuál en el momento de realizarse el TAC, es el momento en que se agudiza el brote psicotico, por el cuál se le trata.
Siguiendo las pautas del código agitación, es cierto, que ante la situación tan desconectada de la realidad, la contención verbal no supuso ventaja alguna, es por ello, que se procede a la contención farmacologca y mecánica, teniendo en cuenta los problemas derivados de la misma.
Durante su estancia en el servicio de urgencias, se intenta devolver al paciente a una conciencia de la realidad, siendo cada vez más complicado intentar reconducirlo.
La activación del código agitación nos permite seguir las pautas, teniendo en cuenta los antecedentes, y la situación actual del paciente.
Además de proporcionar un trabajo en equipo y multidisciplinar con el resto de cuerpos de emergencias, en este caso con el sistema de emergencias médicas y la policia, donde siguiendo una información estructura y designando el lider en cada situación se consigue el traslado y posterior tratamiento más adecuado del paciente.

P. #2125

¿QUE HAS TOMADO? EL POOPER, PLACER Y DOLOR A PROPÓSITO DE UN CASO

María Josefa Custodio García, María Del Carmen Rivas Herrero, Ruth García García, Lucía González López, Raquel Prieto Jiménez, Rosa María Herrero Antón

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 23 años, sin antecedentes personales de interés, acude al servicio de urgencias por angioedema y quemadura en manos tras ingesta de producto (no especificado).
Según refiere el paciente, ha tomado un producto, con fines lúdicos, el cual no conoce. A escasos segundos de ingerir el mismo presenta sensación de "quemazón" en la boca y lengua, por lo que expulsa el mismo y tras impactar en mano derecha produce quemadura (superficial) así mismo, relata que en escasos minutos empieza con edema en ambos labios.
No refiere disnea, alteraciones en el habla o al tragar. No dolor torácico. No nauseas ni vómitos.
Exploración física el paciente presenta importante edema labial y en lengua. lesiones ulceradas / quemaduras en encías. No otras lesiones en cavidad oral. En extremidad superior derecha: Quemadura de 1 grado / 2 superficial en mano (refiere que es del mismo producto). Auscultación normal. Constantes normales. Afebril.
Se canaliza vía venosa extraemos analitica completa.
Administramos Metilprednisolona 60 mg iv. y cura local de quemadura.
Tras permanecer en observación, VAloradopor dermatología y ORL, presenta lenta mejoría y pruebas complementarias normales se decide alta a domicilio con tratamiento sintomático.
Plan: Zamene 30 mg: 1 cada 24 horas . Enjuague bucal con colutorio clorhexidina y aloclair. Mupirocina sobre quemadura en mano derecha.
A las 48 horas citamos al paciente que aun presenta algo de edema labial , con lesiones costrosas en los mismos, en mucosa labial y encías. Lesiones por quemadura de 2 grado superficial en resolución en mano.
El paciente confiesa haber ingerido Poope.
Continuar tratamiento sintomático y corticoideo 1 semana.

CONCLUSIONES

El Popper,es el nombre genérico para designar a ciertas sustancias químicas,generalmente nitritos de aquilo.
Se administran por vía inhalatoria.Son líquidos incoloros y con un fuerte olor característico.
Tiene un efecto relajante de la musculatura lisa,por lo que producen bajada de tensión arterial y aumento de la frecuencia cardiaca,lo que provoca una sensación de euforia, de calor y aumento del deseo sexual que dura unos segundos,dando paso a un estado de letargia.Es por ello que se usa de manera repetida
En la actualidad es una droga ilegal en España, vinculada al chemsex,siendo la droga más utilizada en estos encuentros, facilita la penetración anal debido a la relajación de la musculatura,desinhibe y aumenta la posibilidad de prácticas sexuales de riesgo.
Esto conlleva un aumento de las ETS y de embarazos no deseados.
Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea y mareos,No se deben ingerir nunca ya pueden causar metahemoglobinemia y hemólisis.
Además su uso crónico puede dar lugar a lesiones neurológicas y a daños en la retina.
Otro de los problemas que pueden ocasionar si entran en contacto con la piel,fundamentalmente de manera accidental, son quemaduras ya que son líquidos muy corrosivos

P. #2133

MET VOY DE FERIA CON MI METFORMINA

José Cobo Muñoz, María Luisa Abolafia Montes, Cesáreo Fernández Alcalá
Hospital, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 76 años con antecedes personales de HTA, DM tipo II
En tratamiento con Enalapril 20mg/HTZ 12,5 mg cada 24 hs; Dapaglifozina 10 mg cada 24 hs, Metformina 850 g cada 24 hs.
Sin alergias medicamentosas conocidas
Presenta cuadro de mareo con deposición diarreica y un vómito con eritema generalizado en toda la piel con cianosis acra en dedos y nariz.
A su llegada la paciente es acompañada por equipo de 061 que fue activado por mareo/sincope.
Constantes a su llega TA 137/87 mmHg, FC 81 lpm, Sat 95%
La paciente está consciente y orientada no ha perdido el conocimiento según refiere persistiendo un eritema generalizado en toda la piel con cianosis
Auscultación cardiorrespiratoria normal
Abdomen blando depresible, sin signos de peritonismo
EEII no signos de TVP, pulsos pedios presentes simetricos
Relata sensación de mareo con sensación de giro de objetos, que se ha acompañado de deposición diarreica.
Interrogada la paciente, relata la ingesta de alcohol pues en la ciudad se encuentra en festividad local, así como de episodios previos relacionados con dicha ingesta.
Se administra de forma empírica dexcloferinamina 5 mg vi, perfundiendo 500 ml suero fisiológico.
Tras la recepción de resultados analíticos destaca en gasómetria venosa pH 7,243; pCO2 56,4mmHg, HCO3 24,3 mmol/L, Láctico 65 mg/dL
Glucosa 176 mg/L, potasio 3,9 mEq/L, Na 161 mEq/L
PCR 2,1mg/L
Como diagnósticos diferenciales se manejaron.
- Reacción urticariforme
- Acidosis láctica propiciada por toma de Metformina
- Efecto antabus por toma de Antidiabeticos orales

Tras tratamiento sintomático mejora de la clínica, procediendo al alta con tratamiento antihistamínico y aconsejando la no toma de alcohol por la toma de ADO.

CONCLUSIONES

Tras revisión bibliográfica no existen datos claros que evidencie el posible efecto antabus en relación con la toma Metformina.
En nuestro caso, clínicamente se corresponde a la sintomatologia descrita por dicho efecto, siendo el diagnóstico pues clínico.

P. #2156

GOLPE DE CALOR, EL CÓDIGO DEL FUTURO

Marina Carlota Tricas Gómez, Alma Elena Real Martín, Nuria Simarro Grande
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años que, tras correr una maratón, presenta un cuadro de alteración del nivel de consciencia. Es trasladado a Urgencias, donde se registra una temperatura de 39.5°C, bradipsiquia, taquipnea, taquicardia, normotensión, e hipoglucemia (58 mg/dL). La analítica muestra Hb 16.6 g/dL, CPK 489 mcg/L, mioglobina 4341 ng/mL, creatinina 2.5 mg/dL, bilirrubina 1.92 mg/dL, y GPT 365 U/L. Posteriormente, se observa un empeoramiento con elevación de transaminasas, amonio de 56 mg/L y lactato de 315 mg/dL. Es ingresado en UCI y tratado con fluidoterapia, dextrosa, transfusión de plasma y fibrinógeno.

CONCLUSIONES

El golpe de calor es una patología grave con alta mortalidad, entre el 58-71%. Se espera que para 2050 el número de muertes sea 2.5 veces mayor debido al cambio climático. En 2024, el 2.7% de las muertes por patologías relacionadas con el calor fueron por golpe de calor en julio, alcanzando un 3.7% en agosto.
Se define como una temperatura superior a 40°C con piel seca y caliente, con alteraciones del sistema nervioso central (delirio, convulsiones, coma). Se divide en dos tipos: activo o por esfuerzo (frecuente en atletas y trabajadores) y pasivo, no por esfuerzo (en mayores y personas con comorbilidades).
El hipotálamo juega un papel esencial en la regulación de la temperatura. Ante el aumento de la temperatura, el cuerpo responde mediante vasodilatación (convección) y sudoración (evaporación). El calor provoca lesiones inflamatorias y de coagulación, con daño en el endotelio vascular y formación de microtrombos y en última instancia fallo multiorgánico.
El diagnóstico sigue siendo clínico, y se debe realizar un diagnóstico diferencial amplio (incluyendo un síndrome de abstinencia alcohólica, fiebre inducida por drogas, feocromocitoma, infecciones del SNC, entre otras).
En el tratamiento es clave la reducción de la temperatura en menos de 30 minutos, siendo la monitorización de la temperatura rectal la más fiable. Las medidas incluyen inmersiones en agua fría, evaporación, bañeras heladas, y lavados gástricos. En el golpe de calor por esfuerzo, la inmersión en agua fría es más efectiva, mientras que en pasivo la evaporación y convección han demostrado ser más útiles.
Un 1.5% de los pacientes presenta secuelas neurológicas. La monitorización con EEG con la detección de ondas trifásicas es útil. Se ha encontrado beneficio en el uso de antitrombina III y trombomodulina para tratar las alteraciones de la coagulación. La hemodiálisis o plasmaféresis han demostrado beneficio en la eliminación de citoquinas inflamatorias. En algunos casos, se requiere el uso de vasoactivos para mantener la presión arterial. Las complicaciones más comunes incluyen rabdomiolisis, síndrome compartimental, coagulación intravascular diseminada (CID), alteraciones iónicas y arritmias.

El golpe de calor es una enfermedad de baja incidencia pero con alta morbimortalidad, especialmente si el tratamiento no es rápido. Se espera que el cambio climático incremente su prevalencia, siendo el conocimiento actualizado y profundo de esta patología crucial para un manejo óptimo.
Con este trabajo deseamos remarcar la importancia de aumentar la sospecha clínica en poblaciones vulnerables, valorar la revisión de dosis de fármacos diuréticos y antihipertensivos, y considerar la implementación de un Código Calor en los Servicios de Urgencias, dado el carácter tiempo-dependiente de esta patología.

P. #2184

HEMORRAGIA DIGESTIVA: CONSECUENCIA DE UNA INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS

Vega Riesco Cuadrado[1], Sarai Corredera Blanco[1], Helena Cruz Terrón[1], Jesús Martín González[1], Ronald Paúl Macías Casanova[2], Ángel Ascensino Bajo Bajo[1]

1. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España
2. Complejo Hospitalario de Ávila, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 73 años hipertenso, diabético, dislipémico que fumiga sus tierras con mezcla de dos pesticidas, sin protección respiratoria ni cutánea y acude a los dos días a urgencias por mareo sin giro de objetos, astenia, adinamia y vómitos oscuros. Sin focalidad neurológica ni respiratoria. Se sincopa durante atención en Urgencias, quedando monitorizado (sin alteraciones), y posteriormente se objetivan melenas masiva.
Constantes: tensión arterial 64/43 milímetros de mercurio; frecuencia cardiaca 140 latidos por minuto; frecuencia respiratoria 30 respiraciones por minuto.
A la exploración destaca un regular estado general, palidez, sudoración y taquipnea; dolor abdominal difuso, resto sin alteraciones. Tras síncope: relajación de esfínteres con melenas objetivadas.
Exploración cardiopulmonar y neurológica sin alteraciones tras síncope.
Resultados de pruebas complementarias: glucosa, función renal, hepática e iones, troponina, proteína C reactiva sin alteraciones; hemograma con una hemoglobina pasa de 10,6 gramos por decilitro a 7,7 gramos por decilitro en segunda determinación; leucocitos 14700 (neutrófilos 11100), plaquetas 201000. Coagulación no alterada.
Gasometría venosa: pH 7,37, pCO2 26; pO2 56; bicarbonato 15, exceso de bases -8.9; lactato 6,9.
Acaba ingresando en Medicina Intensiva donde se realiza gastroscopia: erosiones lineales de fondo fibrinoso que el I terciodistal concluyen en una úlcera de fondo fibrinoso que ocupa el 60% del perímetro; estómago con mucosa de fundos y cuerpo con intenso parcheado petequial . Resto sin lesiones.
El paciente ingresó a cargo de Intensivos.

CONCLUSIONES

Los plaguicidas son una de las familia de productos químicos más utilizadas por el ser humano. Se pueden clasificar según diana (nsecticidas, fungici-
das, molusquicidas, rodenticidas y acaricidas.) o según la familia química a la que pertenecen: naturales (derivados de plantas alcaloides y no alcaloides) o químicos (inorgánicos y organometálicos, organoclorados, organofosforados, carbamatos).
La vía de intoxicación puede ser cutánea, inhalada u oral, provocando sintomatología diversa: irritación cutánea, broncoespasmo, broncorrea, neumonías, excitación de sistema nervioso central (agitación temblor, ataxia, convulsión) seguido de coma y depresión respiratoria; arrtimias; gastritis, náuseas,

vómitos, lesiones de mucosa con sangrado secundario y pancreatitis.
Es importante intentar realizar una descontaminación digestiva y cutánea (cuando estas son las vías de absorción), así como medidas e soporte con tratamietno sintomático y tratamiento de las complicaiones que vayan apareciendo.

P. #2195

INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA DERIVA EN TRASPLANTE HEPÁTICO DE URGENCIA 0 POR FRACASO HEPÁTICO FULMINANTE

María Martínez Sanz
Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 29 años natural de Colombia, sin antecedentes médicos de interés, ni alergias conocidas. Consumidor habitual de tóxicos: alcohol (hasta 3-4 botellas de destilados reducido a fines de semana junto con cocaína) y cocaína (consumo de 15 gramos cada 3-4 días), que fue llevado por servicio de emergencias extrahospitalarias a la urgencia por haber sido encontrado en la vía pública con clínica psicótica: ideas persecutorias, desorientado y con importante agitación psicomotriz e ideas autolesivas, y visualización de cucarachas.
La anamnesis con el paciente estaba dificultada por la clínica psicótica, pero su acompañante refería que llevaba 3 días consumiendo cocaína inhalada, sin especificar cuantía, y con baja ingesta de sólidos y líquidos.
A su llegada a la urgencia, destacaba sudoración intensa, deposición diarreica, e hipertermia de 39ºC. Se encontraba hemodinámicamente estable con TA 119/88 mmHG, aunque taquicárdico a 130-140 lpm y taquipneico a 45 rpm. Manteniendo saturaciones basales >95% sin soporte respiratorio. La exploración física sin hallazgos reseñables, con abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal.
Debido a la clínica psicótica y que el paciente estaba muy nervioso, inquieto y gritando, se pasó a un box aislado.
Analíticamente presentaba hemoconcentración con hemoglobina de 19, con leucocitosis de 13.1 x1000 y neutrofilia de 10.6 x 1000, con fracaso renal agudo con creatinina 2.25 con filtrado glomerular de 38 (con previas normales), ionograma normal, elevación de las transaminasas GPT 2161, GOT 1580, con hiperbilirrubinemia 2.5, con coagulopatía INR 3.6. Con acidosis metabólica con ácido láctico de 9 y rabdomiólisis con CK 9318.
En el electrocardiograma tenía taquicardia sinusal de QRS estrecho y sin signos de isquemia miocárdica. El análisis de orina resultó positivo para cocaína y negativo para el resto de tóxicos.
Se pautaron sueroterapia y antitérmicos.
A la reevaluación el paciente comenzó con datos de inestabilidad hemodinámica, hipotensión TA: 84/54 mmHg, taquicardia a 150 lpm, y taquipnea a 48 lpm. Y con alteración del nivel de conciencia: alternando bajo nivel de conciencia con escasa respuesta a estímulos, con episodios de agitación psicomotriz. Con midriasis pupilar bilateral reactiva. Se le realizó un TC craneal que resultó sin alteraciones intracraneales agudas.
Se dió parte a la UCI por la inestabilidad hemodinámica, alteración del perfil hepático con elevación marcada de transaminasas e hiperbilirrubinemia, coagulopatía, acidosis metabólica con elevación del ácido láctico, y encefalopatía hepática, junto con fracaso renal agudo debido a la rabdomiólisis y a la deshidratación secundaria a sudoración abundante, diarrea.
En el box vital de la urgencia se intubó con VMI, se administró soporte vasoactivo y resucitación con fluidoterapia, por bajo nivel de conciencia.

Finalmente se ingresó en UCI por fracaso hepático fulminante debido a la intoxicación por cocaína, asociando también un posible golpe de calor, y se decidió junto con Cirugía General inclusión en lista de trasplante hepático de urgencia 0.

CONCLUSIONES

Reevaluar a los pacientes constantemente, dando gran importancia a la vigilancia activa y monitorización estrecha, ya que debido a la intoxicación por cocaína se realizaría manejo conservador con medidas de soporte, y en cambio, dada la inestabilidad clínica y el empeoramiento en horas tanto analítico como por fluctuación del nivel de conciencia, puede derivar incluso en trasplante hepático de urgencia 0, por fracaso hepático fulminante.
Existe una grandísima prevalencia de consumo de tóxicos en nuestro país, haciendo que aumente la incidencia de estos casos graves de intoxicación por sustancias de abuso, cada vez más presentes en la urgencia hospitalaria.

P. #2225

TODA INTOXICACIÓN PRECISA SUPERVISION

M Teresa Benavent Company[1], Laura Tarrat Alcalde[1], María Cardells Peris[1], Francisco Salvador Suárez[1], Pilar Díaz Fernández[2], Gemma De Los Santos Gamarra[1]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandia, España
2. SESCV, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 59 años, fumadora de 120 paq/año y antecedente de trastorno límite de la personalidad con varios intentos de autolisis mediante ingesta medicamentosa sin precisar ingresos previos acude a urgencias hospitalarias a las 21:00h de un sábado traída por su marido tras encontrarla en el suelo de su domicilio, muy adormilada con sospecha de nueva ingesta tras objetivar varios blisters vacíos de su medicación habitual: Paliperidona, Lorazepan, Diazepam y Flurazepam (no especifica cantidad). La paciente última vez vista previa ingesta 2 horas antes. En exploración física a su llegada presenta disminución del nivel de consciencia, respuesta al dolor, pupilas con midriasis reactiva, ta 141/73, fc 70 lpm y saturación aire ambiental 97%. Se realiza una analítica que destaca: glucosa 90, na 134/k 4,45 pcr 37 sin leucocitosis, alcoholemia y otras drogas negativos. NO se realizó gasometría inicial ni lavado gástrico. Se pautaron 0,5 mg flumazenilo y se mantuvo toda la noche en una cama de observación pendiente de valoración por parte de psiquiatría a la mañana siguiente. A las 7:00h la paciente es reevaluada objetivando disminución de nivel consciencia escala Glasgow (M4V2O2), con roncus bilaterales. Se repite analítica donde no existen cambios, se realiza gasometría arterial objetivando ph 7,29 p02 51 pc02 87 bic 27, se solicita tac craneal sin hallazgos y se instaura perfusión de flumazenilo, se pautan broncodilatadores, corticoterapia junto con tratamiento antibiótico y se inicia VMNI sin mejoría clínica alguna. A las 4 horas ante sospecha de insuficiencia respiratoria aguda con broncoaspiración secundaria en paciente intoxicada se avisa a uci que proceden a intubación orotraqueal sin incidencias. La paciente evolucionó tórpidamente en Uci intubada 48 horas presentando como complicaciones: bronconeumonía aspirativa base derecha, agitación psicomotriz que requiere dosis altas de dexmetomidina, oliguria, hiponatremia e hiperglucemia requiriendo altas dosis de insulinoterapia. Finalmente pasa a planta normoglucémica, sin precisar soporte ventilatorio y es valorada por psiquiatría refiriendo impulsividad en el acto autolesivo sin finalidad autolítica clara. Es dada de alta a su domicilio 7 dias después.

CONCLUSIONES

La intoxicación medicamentosa constituye la primera causa de intoxicación en los servicios de urgencias siendo más frecuentemente usados en el contexto de gestos autolíticos debido a su fácil acceso sobre todo en los pacientes que los toman habitualmente. Entre ellos las benzodiacepinas son los psicofármacos más prescritos y con mayor contaje de abuso/intoxicaciones, siendo la mayoría de escasa gravedad presentando una mortalidad de 5,9 por millón de prescripciones. Sin embargo no por ello requieren una menor vigilancia sobre

todo si la intoxicación es por polifarmacia (que es lo habitual como nuestro caso lo cual potencia aún más su acción depresora del SNC) o si se combina con ingesta alcohólica. Como complicaciones pueden producir desde una sedación superficial hasta depresión respiratoria y coma como fue nuestro caso con el consecuente riesgo de aparición de una broncoaspiración que podría peligrar la vida del paciente. La incidencia de complicaciones descritas ha aumentado en las últimas décadas. Por ello se aconseja una actitud proactiva en la atención de estos pacientes, monitorización hemodinámica y respiratoria estricta (aconsejable capnografía para su evolución). Se debe asegurar una correcta oxigenación y si precisa aislamiento de la vía aérea. La descontaminación digestiva para disminuir la absorción del fármaco tiene un intervalo máximo de 1-2 horas, existiendo riesgo de broncoaspiración sobre todo si existe bajo nivel consciencia, que puede ser más grave que la propia intoxicación. Asimismo es fundamental el uso en estos casos de su antídoto que es el flumazenilo teniendo presente su vida media corta (50min) por lo que puede haber recaída en la depresión del nivel de consciencia.

P. #2240

INTOXICACIÓN CON LEVOTIROXINA CON INTENCIÓN AUTOLÍTICA

José Ramón Esteve Ruzafa[1], María Brú Brú Benedito[2], Luis Edward Sierra Bernal[2]

1. Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España
2. Centro de Salud Francisco Palao Molina, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Intento autolítico mediante ingesta de levotiroxina.
Antecedentes personales:
No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox 25 mcg/día.
No antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus o dislipemia.
No antecedentes psiquiátricos previos.
No consumo de sustancias.
Enfermedad actual:
Paciente varón de 19 años trasladado al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por la Unidad Médica de Emergencias (UME) de Jumilla tras intento autolítico mediante la ingesta de hasta 27 comprimidos de Eutirox 25 mcg y 3-4 cápsulas de un complemento alimenticio de herbolario.
A su llegada, el paciente refiere que podría haber ingerido menos comprimidos (aproximadamente 10). No presenta sintomatología de intoxicación tiroidea significativa como midriasis, sudoración, temblores, palidez o agitación. Sin embargo, refiere sensación de "pinchazo" en el pecho.
Niega intentos autolíticos previos o consumo de sustancias. No presenta otra sintomatología asociada.
Evolución hospitalaria:
A su llegada, se realiza anamnesis, exploración física, pruebas complementarias y se monitoriza en cama de observación.
Se inicia tratamiento con fluidoterapia, carbón activado y colestiramina (4g VO).
Resultados analíticos sin evidencia de alteraciones tiroideas significativas ni toxicidad sistémica grave. Se detecta hipopotasemia leve (K+ 3.2 mEq/L).
Se contacta con la madre del paciente, quien refiere que el intento autolítico podría estar relacionado con una ruptura amorosa hace 4 meses, lo que ha generado un estado emocional decaído en el paciente.
Nuevo control de hormonas tiroideas sin alteraciones.
Se comenta el caso con el psiquiatra de guardia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA), quien acepta el traslado para valoración psiquiátrica.
El paciente y su madre son informados y aceptan la derivación.

CONCLUSIONES

La rápida actuación con carbón activado y colestiramina fue fundamental para limitar la absorción y recirculación enterohepática de la levotiroxina, evitando la aparición de manifestaciones clínicas graves. Dado que la levotiroxina tiene un inicio de acción lento y una vida media prolongada

(aproximadamente 7 días en pacientes eutiroideos y hasta 9-10 días en pacientes hipotiroideos), el manejo inmediato pudo haber reducido significativamente la toxicidad a largo plazo.
Necesidad de monitorización prolongada:
Aunque el paciente no presentó síntomas graves en la fase inicial, la vida media prolongada de la levotiroxina implica que los efectos tóxicos pueden manifestarse de forma retardada. Esto justifica la necesidad de un seguimiento estrecho en los días y semanas posteriores, con controles seriados de hormonas tiroideas (TSH, T4 libre, T3 libre) y vigilancia clínica para detectar signos de tirotoxicosis diferida, como taquicardia, ansiedad, sudoración, temblor o pérdida de peso.
Papel de la eliminación acelerada en la reducción de complicaciones:
El uso de colestiramina, un agente secuestrante de ácidos biliares, permitió aumentar la excreción de levotiroxina y evitar su reabsorción intestinal, contribuyendo a una resolución más rápida del cuadro. Esta estrategia es especialmente relevante en intoxicaciones moderadas o graves, donde la farmacocinética de la levotiroxina dificulta la eliminación espontánea.
Seguimiento clínico y psiquiátrico para prevenir complicaciones futuras:
Más allá del riesgo tóxico inmediato, el intento autolítico subraya la necesidad de un abordaje integral, incluyendo seguimiento psiquiátrico y apoyo psicológico, para prevenir nuevos episodios. Además, es esencial reforzar la educación del paciente y su entorno sobre la seguridad en el manejo de fármacos de larga vida media como la levotiroxina.

P. #2247

MIASTENIA GRAVIS Y MIOCARDITIS SECUNDARIA A NIVOLUMAB: LA IMPORTANCIA DEL EFECTO ADVERSO A LOS FÁRMACOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo Montilla Aguilera, María Paz Ortega Mercader
HCD Gómez Ulla CSVE, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude al Servicio de urgencias un varón de 76 años, sin alergias conocidas, hipertenso y dislipémico, presenta un melanoma dorsal izquierdo, estadio IIIc, superficial, sin metástasis, intervenido 4 meses antes con ganglio centinela y en tratamiento activo con Nivolumab quincenal (3ª dosis). El paciente refiere ptosis palpebral derecha objetivada por la mañana al despertar, sin otra clínica acompañante.
A la exploración, paciente con auscultación cardiaca y pulmonar normales rítmico y con murmullo preservado, sin ruidos sobreañadidos. Neurológicamente destaca ptosis palpebral derecha hasta la altura de la pupila en reposo que corrige al solicitar movilización y parálisis de VI par derecho (ya conocida), pupilas isocóricas y normoreactivas y campimetría por confrontación normal. Sin otros signos de alarma.
Se solicita analítica sanguínea destacando en la misma un CPK 2322 U/L con función renal normal y creatinina 0.85 mg/dL. Se solicita, asimismo, TC cerebral para descartar patología aguda intracraneal, bien por algún accidente cerebrovascular o por progresión de su enfermedad oncológica. El resultado de la prueba de imagen es normal, sin hallazgos patológicos.
Paralelamente se realiza un ECG, el paciente se encuentra en ritmo sinusal a 70 lpm, con eje normal y sin alteraciones de la repolarización.
Descartada patología intracraneal, se solicita interconsulta a oftalmología, que diagnostica ptosis palpebral de probable causa aponeurótica.
Se trata al paciente con sueroterapia abundante y tras revisar en las reracciones adversas al tratamiento actual del paciente se solicita una nueva analítica de sangre con troponina T ultrasensible (elevada, 293 ng/L) y seriación de CPK (en descenso, 1775 U/L). Y en otra analítica posterior en urgencias troponina T ultrasensible (325 ng/L) y seriación de CPK (1882 U/L)
Se solicita interconsulta a Neurología y Cardiología, que descartan la realización de ETT de urgencias, se consensua ingresar al paciente a cargo de Neurología y realizarlo durante el ingreso, así como pruebas por parte de neurofisiología.
Durante su ingreso el cuadro miasteniforme fue resolviéndose persistió el cuadro de miocarditis y la aparición de un cuadro de FA de novo con varios episodios de FA rápida.
En la actualidad, el paciente se encuentra de alta en domicilio, no ha vuelto a presentar nuevos episodios y se encuentra en tratamiento para la FA con un NACO.

CONCLUSIONES

- Es de vital importancia conocer las reacciones adversas a los medicamentos más graves.
- El seguimiento de un equipo multidisciplinar de estas patologías es fundamental.

P. #2248

INTOXICACIÓN POR METOTREXATO A PROPÓSITO DE UN CASO

Vega Riesco Cuadrado, Helena Cruz Terrón, Jesús Martín González, Sarai Corredera Blanco, Ana Fuensanta Martínez Marín, Ángel Asccensino Bajo Bajo

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 74 años institucionalizado, hipertenso, diabético dislipémico como factores de riesgo cardivascular y con antecedentes de una neuritis óptica bilateral hace un año, porlo que lleva todo ese tiempo en tratamiento con metotrexate y ácido fólico además de furosemida, insulina, antidiabéticos orales y una estatina,
EL paciente es derivado a Urgencias por hipoglucemia recuperada, ante la negativa a ingesta por la aparición de lesiones en cavidad oral desde hacía dos días. la medicación la ha tomado toda y no ha habido cambios recientes en la dosis de las mismas.
Niega clínica a otros niveles.
A su llegada: tensión arterial de 89/59 milímetros de mercurio, frecuencia cardica 88 latidos por minuto, saturación de oxígeno 98%, frecuencia respirtoria de 18 respiraciones por minuto y temperatura de 36°.
A la exploración física únicamente destacan lesiones aftosas, algunas con costra en mucosa gingival, paladar y lengua, resto (auscultación cardiopulmnar y abdomen) sin alteraciones.
Se solicita analítica completa con resultados de: glucosa 109 (tras ingesta de zumo con azúcar en residencia), creatinian 2,72, filtrado glomeular de 21, iones sin alteraciones, alanina aminotrasnferasa 106, asparto aminotrasnferasa 69, lactato deshidrogenasa 220, blirrubina total 0,7; proteína C reactiva 4,61, sistemátio de orina con datos de glucosuria, proteinuria sin cetonuria; gasometría venosa con pH 7,45; láctico de 14, y bicarbonato de 25,7.
Los datos del hemograma: hemoglobina de 8,8 gramos/decilitro, leucocitos 3180 (neutrófilos 2190 y linfocitos 520), plaquetas 19000. Coagulación sin alteraciones.
Solitado frotis posteriomente: no observan plaquetas agregadas, displasia ni céluilas inmaduras. Hipersegmentación de neutrófilos como posible indicación de déficit de ácido fólicoy/o vitamina B12, lo que hace sospechar posibel intoxicación por metotrexate.
Se solicita valoración por Dermatología que informa de mucositis en probable relación con intoxicación por metotrexate.
Ingresa a cargo de Medicina Interna.

CONCLUSIONES

El metotrexate es un fármaco ampliamente utilizado en enfermedades de origen autoinmune y en neoplasias.
Las dosis inferiores a 100 miligramos por metro cuadrado (mg/m2) no precisan tratamiento con antídoto, sí lo precisan si superan 1000 mg/m2 .
Los efecgtos secundarios que provoca los puede producir bien por sobredosificación como por hipersensibildad personal a dosis terapéutica, como fue el caso de este paciente).
Las manifestaciones pueden ser cutáneas (exantema, fotosensibilidazación), gastrointestinales 8mucositis, vómitos, hemorragia digestiva), nefrourológicas (insuficiencia renal, nefropatía), hematológica (pancitopenia), hepática (cirrosis), respiratorias (neumonitis), visión borrosa, así com oneurológicas (cefalea, somnoliencia, convulsiones...).
El tratamiento tras sobredosificación será la descontaminación digestiva con carbón activado. El antídoto es el folinato cálcico para los casos de afectación hematológica

AT06

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O. #131

NEUMONIA CON "SORPRESA"

María Salvadora Bernal Rosique[1], Beatriz Calvo Bernal[2], Isabel Martín Esteve[3]

1. Hospital Torrecárdenas, Almería, España
2. Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (cádiz), España
3. Hospital Torrecárdenas, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 33 años. No antecedentes médicos de interés. Fumador actual de 20 cigarrillos al día, consumo acumulado estimado de 15 paquetes-año. Consumidor de cocaína esnifada. No sigue ningún tratamiento médico habitual. Trabaja en empresa de reparto de leña. Entre los antecedentes epidemiológicos destaca que es cazador de caza mayor desde hace muchos años y tiene un perro en casa.
Consulta en Urgencias por cuadro de dolor centrotorácico irradiado a espalda y posteriormente en costado izquierdo tras golpe de tos inicialmente seca y posteriormente productiva con expectoración mucosa espumosa, siendo dado de alta con tratamiento analgésico y amoxicilina-clavulánico. Vuelve a consultar 5 días después por persistencia del dolor en costado izquierdo junto con tos, expectoración mucopurulenta y disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos. No fiebre ni sensación distérmica.
Exploración en Urgencias: Estado general conservado, bien hidratado y perfundido, no trabajo respiratorio. Saturación O2 (Sat O2) basal: 93. Afebril y normotenso. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes en base izquierda. Abdomen blando y depresible, sin megalias. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Analítica en Urgencias: Hemograma: Hemoglobina 14,6, Hematocrito 43,6, Leucocitos 11.240 (77% neutrófilos) Plaquetas 230.600. Coagulación sin alteraciones. Antígenos de neumococo y Legionella en orina negativos. Bioquímica: Función renal y hepática normales, PCR: 31,54. PCR para virus respiratorios (SARS Cov 2, Influenza A y B y Virus respiratorio sincitial) negativa. Gasometría arterial basal: ph: 7,41 PCO2: 38,6 PO2: 61,3. Sat O2: 92,7.
Rx de tórax PA y lateral en Urgencias: Se informa como "Condensación en lóbulo inferior izquierdo (LII), nivel hidroaéreo retrocardial compatible con hernia de hiato".
Ecografía torácica en Urgencias: "Se objetiva mínima línea de derrame pleural izquierdo anecoico y condensación con broncograma aéreo en su interior que ocupa todo el LII"
Se solicita en Urgencias muestra de esputo y hemocultivo si fiebre e ingresa a cargo de Neumología con diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad en LII
TAC de tórax y abdomen (planta de Neumología): Se visualiza lesión quística no nivel hidroaéreo de unos 5,4 cm en segmento 10 (basal posterior) de LII que muestra comunicación bronquial. Perilesionalmente se identifican focos condensativos e infiltrado nodulillar y vidrio deslustrado en segmentos basales de LII sugerentes de diseminación broncógena del contenido quístico; escaso derrame pleural bilateral; Adenopatías en 11L 12L y 7, sin otras alteraciones. Abdomen: hígado con patrón homogéneo sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de vía biliar, sin otros hallazgos de interés. Conclusión: hallazgos compatibles con quiste hidatídico pulmonar.
Se recibe en planta informe de esputo solicitado en Urgencias con presencia de ganchos de escólex de tenia. Serología equinococcus granuloso positivo.
Se inicia tratamiento específico (Albendazol y Praziquantel), siendo dado de alta el paciente con diagnóstico de quiste hidatídico de localización pulmonar y remitido para valoración quirúrgica al Servicio de Cirugía Torácica.

CONCLUSIONES

El caso que presentamos permite extraer algunas enseñanzas:
1) No todas las "condensaciones" en el pulmón son neumonías.
2) Importancia de recoger en la anamnesis los datos de la historia laboral y datos epidemiológicos, incluidos aficiones y hábitos tóxicos.
3) Una "supuesta" neumonía que no mejora con tratamiento antibiótico empírico adecuado obliga a plantear diagnósticos alternativos o etiología infecciosa no habitual.
4) Es importante la adecuada valoración de la radiografía de tórax en Urgencias y plantear diagnósticos diferenciales
5) Aportación importante de la ecografía torácica en Urgencias para valorar afectación pleural y lesiones en parénquima pulmonar
6) En las neumonías que requieren ingreso hospitalario debe solicitarse muestra de esputo en Urgencias. En nuestro caso resultó fundamental para el diagnóstico.

O. #137

DOLOR ABDOMINAL EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Alejandro Becerra Wong, Karina P Guzmán Espinoza, Laura Royuela Del Olmo, José Herrera Díaz, Alberto D Muriel García, Daniel Huarachi Mamani

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartán 25 mg/día, asma bronquial y un episodio de trombosis venosa profunda hace dos años, tratado con acenocumarol. Acude a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito en hipogastrio, irradiado a la región inguinal homolateral, con una intensidad de 8/10, posterior a levantar una silla de madera. No presentó mejoría tras la autoadministración de ibuprofeno 400 mg. No refiere fiebre, disuria, síntomas gastrointestinales ni dolor torácico.

Exploración física

La paciente se encuentra consciente, orientada, algo sudorosa y con expresión de dolor. TA de 130-72 mmHg, FC de 84 lpm, SatO2: 97 % basal.

Auscultación pulmonar y cardíaca: Sin hallazgos patológicos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, depresible. A la palpación, se palpa un efecto masa en hipogastrio en comparación con el resto del abdomen. Dolor a la palpación superficial, con predominio en el hipocondrio izquierdo. No se observan lesiones externas.

Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias

Analítica

Hemograma: Leucocitos 10.010/µL, sin desviación de la fórmula leucocitaria, hemoglobina 13,6 g/dL, plaquetas 298.000/µL.

Bioquímica: Creatinina: 0.7 mg/dL, PCR: 5.5 mg/L, Electrolitos en rango

Coagulación: TP: 36.5 segundos, TTP: 37.6 segundos, INR: 3

Gasometría venosa: Sin hallazgos de interés

Estudio de imagen

En base a la exploración física y a la condición de anticoagulación de la paciente, se decide realizar una angio-tomografía con intención de descartar algún foco de sangrado activo. Encontrándose:

Hematoma agudo/subagudo 5.4x7.5x16.2 cm del músculo recto abdominal anterior izquierdo, sin signos de sangrado activo que se extiende hacia el espacio de Retzius.

Dado que no se observó sangrado arterial activo susceptible de ser embolizado, se decidió ingreso para vigilancia.

CONCLUSIONES

El hematoma espontáneo de la pared abdominal es la acumulación de sangre de causa no traumática en la vaina de los músculos rectos del abdomen por la ruptura de la arteria epigástrica inferior (1–4). Es uno de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo, con una incidencia creciente por el mayor uso de anticoagulantes, y afecta principalmente a personas entre la sexta y octava década de vida (3,4). Su mortalidad varía entre el 6 % y el 22 %(1–4).

La anticoagulación, antiagregación, discrasias sanguíneas, sexo femenino, edad avanzada e hipertensión arterial son los principales factores de riesgo (1,3,4). Mientras que entre los factores desencadenantes se encuentran: la tos, el embarazo, y traumatismos musculares por inyecciones, paracentesis o laparotomías (4)

El diagnóstico se sospecha en pacientes con factores de riesgo que presenten dolor abdominal de inicio súbito en la parte inferior del abdomen, con o sin masa palpable. La tomografía con contraste es el estudio de elección, ya que permite detectar sangrado activo y evaluar la extensión del hematoma. La ecografía es útil, aunque menos precisa, puede emplearse en embarazadas (1,3,4).

Se clasifica en tres tipos:

- Tipo 1: hematoma pequeño confinado dentro del músculo recto abdominal.
- Tipo 2: hematoma que puede disecar la fascia o cruzar la línea media.
- Tipo 3: hematoma grande, generalmente por debajo de la línea arcuata, que suele manifestarse con sangrado en el espacio de Retzius, como en esta paciente (1).

En cuanto al manejo, en la mayoría de los casos es favorable con tratamiento médico conservador. Menos del 10 % requiere cirugía o embolización arterial (3,4).

El reinicio de la anticoagulación debe individualizarse según cada caso, considerando los niveles de hemoglobina, la necesidad de transfusión, la presencia de sangrado activo o la intervención quirúrgica.(1). No existe un tiempo establecido para reanudarla, aunque en la mayoría de los casos se hace durante la hospitalización previa al alta, generalmente entre el cuarto y octavo día (2,3).

O. #971

EVALUACIÓN DE PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON ECOGRAFÍA (EFAST), VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS, EN LA PREHOSPITALARIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Marina Piñeiro Eaves, Borja González Ollero, Lubomir Todorov Guirov

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Evaluación Focalizada con Ultrasonido en Trauma Extendido (eFAST) se ha convertido en una herramienta cada vez más importante en el manejo prehospitalario de los pacientes politraumatizados por los Servicios de Emergencias (SEM). Su uso permite la identificación temprana de lesiones internas, influyendo en la toma de decisiones clínicas y reduciendo el tiempo hasta la intervención quirúrgica en casos graves.

OBJETIVO

Determinar la relación entre los hallazgos positivos en eFAST, con las variables clínicas y analíticas con la mortalidad en pacientes politraumatizados atendidos en el ámbito prehospitalario.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes atendidos y trasladados como código trauma por un SEM entre los años 2021 y 2023, Se excluyeron los pacientes con traumatismo craneoencefálico aislado o sin realización de eFAST extrahospitalario. Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta los 7 días de su ingreso.
Variables epidemiológicas: Edad, sexo.
Variables independientes: Constantes vitales (Frecuencia cardiaca (FC), Frecuencia respiratoria (FR), Tensión arterial sistólica (TAS), Saturación de oxígeno (SatO2) y valor en la escala de Glasgow) y parámetros metabólicos (pH, PCO2, Exceso de Bases (EB), Lactato, Hematocrito (HCTO) y Glucemia).
Variables dependientes Binarias: eFAST positivo o negativo, y mortalidad durante los primeros 7 días.
Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión.
Análisis inferencial: T de Student para variables continuas, y Chi cuadrado para variables categóricas. IC 95%, SPSS V29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

438 pacientes. 347 (79,2%) hombres. Edad media 38,05 (DE:17,03). La mortalidad de la muestra a los 7 días fue del 11,9% (52 pacientes). El 33,3% de los pacientes tenía un eFAST positivo en la exploración extrahospitalaria.
En al análisis inferencial hubo diferencias significativamente estadísticas en las variables clínicas: FC; eFAST+ 103,3 (DE:29,4) vs 97,6 (DE:24,08) eFAST-, p=0,029. SatO2; eFAST+ 91,46 (DE:11,05) vs 94,21 (DE:6,6) eFAST- p=0,002 y Glasgow; eFAST+ 7,13 (DE:4,1) vs 9,29 (DE:4,5) eFAST- p=0,001.
Y en los parámetros metabólicos siguientes: PCO2; eFAST+ 47,91 (DE:14,2) vs 42,90 (DE: 10,27) eFAST- p=0,002. EB; eFAST+ -5,50 (DE:11,5) vs -3,34 (DE:5,4) eFAST- p=0,009, y Lactato; eFAST+ 6,4 (DE:4,7) vs 5,07 (DE:3,8) eFAST- p=0,002.
La mortalidad fue significativamente mayor en pacientes con eFAST positivo (19,9% vs. 7,9%, p < 0,001).

CONCLUSIONES

Con las limitaciones que tiene un estudio unicéntrico en el que ha habido importante pérdida de datos por exploraciones no reseñadas, los resultados estadísticos nos indican una mayor gravedad entre los pacientes que fueron eFAST positivo.
Los hallazgos de nuestro estudio refuerzan la utilidad del eFAST como herramienta de detección temprana en la evaluación prehospitalaria de pacientes politraumatizados, permitiendo optimizar la toma de decisiones y mejorar los resultados clínicos. Este estudio concuerda con investigaciones previas que han demostrado que el uso prehospitalario de FAST reduce el tiempo de admisión y facilita la intervención quirúrgica temprana (Lucas1 et al., 2021, o cas Engelsen2 et al., 2023) confirman su eficacia en la detección de lesiones graves y en la preparación hospitalaria anticipada. La relación entre alteraciones metabólicas y mayor mortalidad es consistente con los hallazgos de Corral3 et al. (2023), quienes destacaron el valor pronóstico de los parámetros metabólicos en pacientes con trauma.

O. #1453

¿PODEMOS OPTIMIZAR EL MANEJO INICIAL DE UN PACIENTE EN SHOCK MEDIANTE EL USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Garrido Canning, Luna Calderón Frápolli, José Luis Gálvez San Román, Mario Lozano Sánchez, Eva María Fragero Blesa, Manuel Salido Mota

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES:
Varón de 64 años. Diabético tipo 2. Hipertenso. Fumador. EPOC. Cardiopatía isquémica con enfermedad multivaso.
Ingresa en el cuarto de críticos por disnea, fiebre e hipotensión. Presenta tos y disnea progresiva desde hace 5 días. Empeoramiento clínico en las ultimas horas, con fiebre de 38,6ºC y trabajo respiratorio.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Tensión Arterial (PA) 75/48. Frecuencia cardiaca (FC) 125 latidos por minuto (lpm). Saturación de oxígeno basal al 82% con frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto. Temperatura 39ºC. Obnubilado, con trabajo respiratorio y uso de musculatura abdominal. Relleno capilar > 2 segundos. Auscultación cardiaca, tonos rítmicos. Auscultación pulmonar con crepitantes en todos los campos. Abdomen anodino. Miembros inferiores con edemas con fóvea hasta muslos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 128 lpm. Onda Q en territorio inferior.
Ecografía clínica protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock): FEVI cualitativa severamente deprimida, con aumento de cavidades. Hipoquinesia inferior del ventrículo izquierdo. No derrame pericárdico. A nivel pulmonar, patrón de líneas B generalizadas y derrame pleural bilateral. Patrón de consolidación con broncograma aéreo dinámico en campos inferiores de hemitórax derecho. Sin líquido libre intraabdominal.
Ecografía clínica protocolo VExUS (Venous Excess Ultrasound): vena cava inferior mide 2,6 cm, sin colapso inspiratorio. Doppler de vena porta con pulsatilidad de más del 50%. Doppler de venas suprahepáticas con inversión de onda S. Doppler de vena renal con flujo monofásico discontínuo. Score VExUS 3.
Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Infiltrados algodonosos bilaterales y consolidación en lóbulo inferior y medio derecho.
Analítica de sangre a destacar: pH 7,29 PCo2 65mmHg HCO3 32 creatinina 2,02mg/dL, Troponina 119ng/mL, NTProBNP 3.500pg/mL, PCR 360mg/L Procalcitonina 7ng/mL. Leucocitosis de 19.000 con neutrofilia.
Antigenuria en orina: neumococo positivo.
EVOLUCIÓN:
A su ingreso en el cuarto de críticos, se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por hipoxemia, y trabajo respiratorio. Iniciamos resucitación inicial con fluidos cristaloides ante hipotensión. Realizamos ecografía clínica a pie de cama tras la evaluación primaria observando que el paciente presenta un fallo cardiaco, con patrón de congestión tanto a nivel pulmonar, como en doppler venoso (score VEXUS 3) y una consolidación en hemitórax derecho, lo que nos hace sospechar que estamos ante un shock séptico de origen respiratorio en paciente congestivo por fallo cardiaco.
Suspendemos la resucitación inicial agresiva con cristaloides, y administramos de manera precoz drogas vasoactivas (DVA) y antibioterapia, manteniendo una actitud menos agresiva frente a la administración de fluidos.
Tras varias horas, el paciente se estabiliza hemodinámicamente logrando mejoría respiratoria, así como inicio de diuresis, implementando tratamiento deplectivo, y descendiendo paulatinamente la perfusión de drogas vasoactivas. Monitorizamos mediante ecografía clínica, objetivando mejoría tanto del derrame pleural como del grado de congestión (Vexus 2) y en analítica, mejoría de la función renal y de reactantes de fase aguda.
Tras 36 horas en observación de urgencias, logramos retirar DVA así como VMNI y es ingresado en planta de Neumología.
DIAGNÓSTICO FINAL
Insuficiencia cardiaca descompensada por cuadro de Shock séptico secundario a Neumonía Neumocócica.

CONCLUSIONES

La ecografía clínica a pie de cama es una herramienta fundamental para la valoración del paciente crítico por parte del urgenciólogo. Combinando protocolos tales como RUSH y VEXUS en el paciente en shock, logramos un diagnóstico precoz e inocuo, y así poder dirigir un tratamiento óptimo con el objetivo de evitar efectos deletéreos de la congestión tras la resucitación agresiva con fluidos, que podrían aumentar a corto y medio plazo la morbimortalidad del paciente.

O. #1736

NUEVO ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE CAUSAS URGENTES DE DISNEA AGUDA BASADO EN AUSCULTACIÓN PULMONAR Y ECOGRAFÍA: CLINIC-LUS, ESTUDIO PROSPECTIVO

Davide Bernaudo[1], Francesco Ronchetti[2], Lamberto Landete Martín[3], Milagros Rodríguez Cortés[3], David Tartalo Hernández[3], Ramón Nogué Bou[4][5]

1. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol, Badalona, España
2. Hospital Parc Taulí, Sabadell, España
3. Hospital General de Albacete, Albacete, España
4. Hospital Santa Maria, Lerida, España
5. Facultad de Medicina, Lerida, España

INTRODUCCIÓN

La disnea es la sensación subjetiva de la falta de aire y representa una de las causas más frecuentes de visita en Urgencias (1,2). La ecografía pulmonar (LUS) es una herramienta que puede ayudar en diagnosticar su etiología (3,4), pero su aplicación real en la práctica clínica ha sido poco estudiada.

OBJETIVO

Nuestro objetivo ha sido valorar la utilidad de un algoritmo que tuviese en cuenta hallazgos ecográficos y semiológicos para el diagnóstico de causas de disnea aguda en Urgencias.

MÉTODO

Estudio prospectivo, de registro, llevado a cabo en 3 Hospitales españoles, sobre pacientes adultos que acudían por disnea aguda en Urgencias. Tras consentimiento informado escrito, el medico investigador visitaba los pacientes y realizaba una ecografía pulmonar en 12 puntos, valorando la presencia de diferentes patrones ecográficos (5):
Liquido: definido como espacio hipoecoico entre la pleura visceral y la pared torácica.
Aire: Imagen de pulmón normal con o sin deslizamiento pleural. También se valoraban la presencia de "pulso pulmón" o de "punto pulmón."
Solido: región circunscrita hipoecoica subpleural o área con ecoestructura parecida a tejido.
Líneas B: Artefactos de reverberación vertical hiperecoicos que originan en la línea pleural y se extienden hasta las zonas profundas, moviéndose sincrónicamente con el deslizamiento pleural.
Posteriormente, solicitaba las pruebas complementarias necesaria para llegar al diagnóstico de la disnea según su práctica clínica habitual.
En base a los resultados, se establecían 3 potenciales diagnósticos de la disnea:
"Inicial": basado únicamente en la anamnesis y la exploración física. Venía establecido antes de realizar cualquier prueba complementara o LUS.
"Diagnostico CLINIC-LUS": basado en la anamnesis, la exploración física y los hallazgos ecográficos. Este diagnóstico se establecía siguiendo el algoritmo CLINIC- LUS, que tiene en cuenta hallazgos auscultatorios y ecográficos para llegar a diferentes causas de disnea aguda. (Figura 1).
"Final": basado en el protocolo clínico utilizado en la práctica clínica habitual, excluyendo la información sobre la ecografía realizada.
1 Figura
Para establecer el grado de concordancia entre los diagnósticos "Inicial" y "CLINIC-LUS" con el "Final", se utilizó el coeficiente kappa de Cohen.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Entre enero y octubre 2024 se reclutaron 85 pacientes. Uno rechazó participar en el estudio y 2 más no eran en condiciones de recibir el consentimiento informado, por lo que fueron descartados. En 3 pacientes el medico investigador no realizó las ecografías de los campos pulmonares posteriores y fueron descartados en el análisis final. Por lo tanto, solo 79 completaron el algoritmo CLINIC LUS. La tos la expectoración y la fiebre fueron los síntomas más prevalentes, solo un paciente tuvo hemoptisis, nadie tuvo edema unilateral de las piernas.
El patrón LUS más frecuente fue "Aire", con deslizamiento pleural.
No se pudieron diagnosticar 11 pacientes siguiendo el algoritmo CLINIC- LUS (13.9%, 95% CI: 8.0-23.2%), porqué el algoritmo no había previsto alguna asociación entre auscultación y patrón ecográfico que finalmente sí se halló. Por lo tanto, los 3 posibles diagnósticos fueron realizados solo en 68 pacientes.
Los 3 diagnósticos finales más comunes fueron insuficiencia cardiaca (22, 32.35%), neumonía focal (15, 22.06%), y exacerbación de asma/EPOC (13, 19.12%).
El coeficiente kappa de Cohen fue 0.54 (95% CI: 0.32, 0.66) por el diagnóstico "inicial" y 0.72 (95% CI: 0.51, 0.84) por el diagnostico "CLINIC-LUS".

CONCLUSIONES

Integrar la exploración física con la ecografía pulmonar en un único algoritmo mejora el diagnostico de las causas más frecuentes de disnea urgente respeto a la sola exploración física. Eso sugiere que podría ser útil cambiar punto de vista e iniciar finalmente a utilizar el LUS y la semiología de forma complementaria, en lugar que separadamente como muchas veces se ha hecho hasta ahora. Es necesario mejorar el algoritmo para que abarque un 14% de casos en el cual no es utilizable.

O. #1911

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS CONTRALATERALES EN NEUMONÍAS UNILATERALES RADIOLÓGICAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Marco Anotnio Bustamante Araujo[1], Cristina Luna Pardo[2], Davide Bernaudo .[3], Jorge Cumarín Solórzano[4], Marta Nogué Infante[5], Ramón Nogué Bou[6]

1. Hospital General de Granollers, Barcelona, España
2. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España
3. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España
4. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
5. Hospital Moisés Broggi, Barcelona, España
6. Hospital Montserrat, Lleida, España

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una entidad de elevada prevalencia y mortalidad. La ecografía clínica ha demostrado ser una herramienta de mayor sensibilidad que la radiografía convencional para su diagnóstico.
Aunque muchas veces sea visible una condensación unilateral en la radiografía de tórax (Rx tórax), el proceso fisiopatológico de la neumonía sugiere que a veces la infección tendría que estar presente en ambos pulmones. Hay estudios con tomografía computarizada que encuentran afectación bilateral en mayor porcentaje que con la radiografía de tórax, pero no se han realizado estudios con ecografía pulmonar que describan la frecuencia de estos hallazgos.

OBJETIVO

El presente estudio tiene como objetivo principal describir la frecuencia de aparición y las características de los hallazgos patológicos en el pulmón contralateral al que se vea afectado unilateralmente en una Rx tórax

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversalm multicéntrico, en el ámbito de urgencias hospitalarias.
Previo consentimiento informado, se incluyeron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados, por su médico tratante, tanto clínica como radiológicamente de neumonía unilateral. Se excluyeron las neumonías víricas (clínicamente o PCR para SARS-CoV2 o influenza positivas), antecedentes de neumopatía intersticial, bronquiectasias, neoplasia de pulmón, metástasis pulmonares e insuficiencia cardiaca.
La evaluación con ecografía torácica se realizó en 6 segmentos en cada hemitórax (12 áreas evaluadas).
La exploración se realizó por investigadores de cada centro, que previamente habían recibido formación en ecografía clínica.
Para la clasificación de los hallazgos se utilizó la siguiente escala de aireación.
Escala de aireación
1. Normal (líneas A, pleura fina y regular)
2. Líneas B aisladas < 3
3. Líneas B >= 3 confluyentes
4. Líneas B >=3 confluyentes + consolidación subpleural < 1 cm.
5. Consolidación > 1 cm
6. Derrame pleural (DP)
7. Condensación + DP

Las variables cuantitativas se expresan como frecuencias y porcentajes y se utilizó la prueba t de Student para variables cuantitativas.
El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de cada centro participante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Entre diciembre 2022 y enero 2025 se incluyeron 60 pacientes de 5 hospitales españoles. La mediana de edad fue de 56 años, el 66,7% fueron hombres.
Un 63,3% tuvieron neumonía derecha en la Rx tórax. El 83,3% tuvo afectación unilobar.
Como hallazgo principal, en el 75% de los pacientes evaluados (n=45), se encontraron hallazgos patológicos en el pulmón contralateral, . Éstos hallazgos van desde aparición de líneas B > o igual a 3 hasta consolidación y derrame pleural.
No se encontraron diferencias significativas de hallazgos patológicos en el hemitórax contralateral por edad, sexo, I. Charlson, pulmón afectado (derecho o izquierdo) ni por gravedad del proceso.
El hallazgo patológico más frecuente en el hemitórax contralateral fue la presencia de líneas B >= igual 3 (33,3%), seguido de DP, con un 28,9%, condensación + DP 20%, líneas B >= 3 + condensación subpleural en un 11,1% y finalmente consolidación mayor de 1 cm con un 6,7%.
En la revisión bibliográfica, no se encontraron estudios de describan la afectación del pulmón contralateral a través de la ecografía, en pacientes con neumonía unilateral radiológica.
De estudios previos realizados con tomografía computarizada, se puede inferir que los hallazgos ecográficos podrían influir en el manejo de los pacientes, aunque se requerían estudios de seguimiento, para determinar si estos hallazgos son clínicamente relevantes.
Los hallazgos de este estudio, confirman la mayor sensibilidad de la ecografía en la evaluación de la neumonía comunitaria.

CONCLUSIONES

Los pacientes con neumonía unilateral radiológica, tienen afectación contralateral con elevada frecuencia.
La utilización de la ecografía clínica, permite diagnosticar hallazgos patológicos bilaterales, en neumonías unilaterales radiológicas.
Se requieren estudios con una muestra mayor de pacientes para obtener resultados concluyentes y de seguimiento para determinar la relevancia clínica de los hallazgos ecográficos.

O. #2009

ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Ángel Martín Villó[1], Carlos Herráiz De Castro[1], Susana Losada Ruíz[1], Ana González Castillo[2], Margarita Alcántara Alejo[3], Isabel Marín Damm[1]

1. Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, Cuenca, España
2. Hospital Universitario Doctor Peset Valencia, Valencia, España
3. SUAP CS Cuenca IV, Cuenca, España

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVP) es frecuente en los servicios de urgencias, siendo la ecografía el método diagnóstico de elección. Su solicitud se hace atendiendo a la probabilidad clínica y el valor del dímero-D.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes que acuden a urgencias con sospecha de TVP a los que se les realiza una ecografía clínica por un urgenciólogo (EC) y una ecografía reglada ó una tomografía de arterias pulmonares (AngioTAC) por un radiólogo.
Conocer el grado de adecuación de la solicitud de la ecografía reglada.

MÉTODO

Estudio descriptivo realizado entre Agosto 2022 y Enero 2025 a los que se les realiza una EC y una ecografía reglada ó AngioTAC por un radiólogo en pacientes con sospecha de TVP ó embolia de pulmón (EP).
El urgenciólogo que atiende al paciente, solicita una ecografía a aquellos pacientes con sospecha de TVP. El médico interviniente en el estudio, sin conocer datos clínicos ni analíticos, realiza la EC.
Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años a los que se les solicitó una ecografía reglada. Se excluyeron menores de 18 años, los evaluados por un radiólogo 48 horas antes, portadores de catéter vascular en la extremidad afectada, aquellos que se negaron a participar y los asignados al médico investigador.
Las variables recogidas fueron: antecedentes personales, probabilidad clínica según escala de Wells, valor de Dímero D, resultados de las ecografías, tiempo de realización de la EC y el tiempo desde la solicitud de ecografía reglada ó AngioTAC hasta la obtención del informe del radiólogo, destino del paciente y anticoagulante utilizado. Se realizó un seguimiento a los 30 días en pacientes dados de alta sin TVP.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 122 pacientes, 47 hombres (39%) y 75 mujeres (61%), con una edad media de 68,76±17.37 años. 70 pacientes (57%) presentaban baja probabilidad de TVP, 37 pacientes (30%) tenían probabilidad moderada y 15 pacientes (12%) alta probabilidad.
89 EC (72,9%) se describieron como normales, hallándose 33 (27,04%) patológicas. De estas últimas, 21 (64%) tenían afectado el territorio proximal exclusivamente, 3 (9%) correspondieron a TVP distal de forma aislada y 9 (27%) tenían TVP proximal y distal coexistentes.
De las ecografías realizadas en pacientes con dímero D negativo, 12 eran de probabilidad baja, 6 moderada y 1 de probabilidad alta, y de los pacientes con dímero D positivo, 53 eran de probabilidad baja, 30 moderada y 13 de probabilidad alta.
Se solicitaron 37 AngioTAC, 11 fueron patológicos, identificándose TVP asociada en 6 casos.
El tiempo medio de realización de la EC fue de 4,84±3,2 minutos, siendo de 143,76±528,47 minutos el tiempo medio de espera para la obtención del informe radiológico.
El número de pacientes diagnosticados de TVP fue de 33 (27,04%), de los cuales 23 fueron ingresados, con una estancia media de 5,71±3.23 días y 10 dados de alta. De los pacientes ingresados, 6 fueron tratados con heparina de bajo peso molecular (HBPM), 7 con acenocumarol y 10 con anticoagulantes orales directos (ACOD) y de los dados de alta, 2 tratados con HBPM, 4 con acenocumarol y 4 con ACOD.
66 pacientes (54,09%) fueron dados de alta de urgencias sin diagnóstico de TVP por radiología, de los cuales regresaron 12, confirmándose TVP proximal en 2 de ellos y distal en uno.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, predominaron los pacientes con probabilidad clínica baja, con un elevado número de ecografías normales y afectación del territorio proximal.
El destino más frecuente fué el ingreso hospitalario, siendo el tratamiento anticoagulante variable. La EC nos permitió citar a los pacientes de nuevo, evitando complicaciones.
Debemos adecuar la solicitud de ecografía a la probabilidad clínica y el valor del Dimero-D.

P. #61

EL JOROBADO DE NOTRE DAME

María Salvadora Bernal Rosique[1], Beatriz Calvo Bernal[2], María Antonia Martínez Domínguez[1], Isabel Martín Esteve[1]

1. Hospital Torrecárdenas, Almería, España
2. Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real (cádiz), España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 65 años. Antecedentes de fibrilación auricular paroxística e hipertensión arterial con mal control que requiere ajustes frecuentes de tratamiento. Consulta en Urgencias por mareos de características inespecíficas y crisis hipertensiva. Niega dolor torácico, palpitaciones o sincope. No refiere síntomas de insuficiencia cardíaca.

A la exploración física presenta buen estado general, está hipertensa en consulta (170/100mmHg). La auscultación cardiaca se encuentra rítmica a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. En la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No presenta edemas en miembros inferiores ni datos de congestión venosa.

Se realizaron en Urgencias las siguientes pruebas complementarias:

Analítica: Hemoglobina 12 g/dl, resto de series en rango, función renal y hepática sin alteraciones, TSH normal. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 91 latidos por minuto, PR normal y constante, QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: Alteración de la línea de silueta cardiaca izquierda con deformidad de la misma en forma de "joroba", índice cardiotorácico en el límite de la normalidad, discreto aumento de la trama broncovascular inespecífico en bases, ausencia de masas en parénquima o derrame pleural.

Se solicitó valoración por cardiólogo de guardia, realizándose Ecocardiografía transtorácica (ETT): "Ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia ligera y función sistólica conservada. Imagen sugestiva de derrame pericárdico severo loculado anterolateral sin datos de compromiso hemodinámico, aunque sin poder descartar que se trate de derrame pleural. Resto compatible con la normalidad".

Dado los hallazgos de la ETT, se completa estudio solicitando de forma ambulatoria resonancia magnética cardiaca (RMNc) y TC de tórax. Ambas concluyen que dicha imagen sugiere la presencia de un quiste pericárdico no complicado, sin otros hallazgos de mención.

CONCLUSIONES

Los quistes pericárdicos son entidades poco frecuentes. Constituyen el 6% de todas las masas mediastínicas con una incidencia estimada de 1 por cada 100000 habitantes.

Son discretamente más frecuentes en mujeres y se diagnostican entre la 3ª y la 5ª década de la vida.

La mayoría de los quistes pericárdicos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. Sin embargo, cuando dan clínica esta puede ser muy variada y depende, fundamentalmente, de su localización. Es importante, en casos dudosos, realizar un diagnóstico diferencial fundamentalmente con derrame o grasa pericárdica y también con otros tumores bronquiales o mediastínicos. En nuestro caso se planteó diagnóstico diferencial con derrame pericárdico.

Para su diagnóstico es preciso un abordaje multimodal mediante técnicas de imagen cardiaca. La ETT es, a menudo, la primera prueba a realizar y donde los encontraremos de forma incidental. En esta, se ven como estructuras bien circunscritas de paredes delgadas, libres de ecos y sin flujo mediante Doppler color. Se debe evaluar así mismo la repercusión hemodinámica del quiste sobre las cavidades cardiacas. La sensibilidad de la ETT es baja, aunque mejora en caso de que los quistes dependan del lado izquierdo. Se recomienda completar el estudio con TC cardiaco o RMNc cuando tenemos sospecha de quiste pericárdico en ETT, siendo la resonancia superior en definir dichos quistes.

Inicialmente, el manejo debe de ser conservador, ya que en muchas veces se resuelven de forma espontánea. Debemos realizar un seguimiento periódico mediante TC o resonancia cardiaca.

La indicación de resección quirúrgica priorizando las técnicas menos invasivas, se reserva para casos sintomáticos, de gran tamaño o que haya dudas sobre su malignidad.

P. #256

ECOGRAFÍA EN URGENCIAS: HERRAMIENTA CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Elena Romero Gismera, Blanca Gómez Del Río, Beatriz García-Borregon Salgado, Manuel Luis Gómez Blanco, Pablo Salgado Rodríguez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 72 años de edad, fumador, sin otros antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias traído por urgencia extrahospitalaria por presentar en domicilio síncope tras episodio de sudoración profusa con contusión directa en región costal derecha durante la madrugada al levantarse al ir al baño. No traumatismo craneoencefálico ni dolor torácico. Así mismo, menciona episodio autolimitado de dolor lumbar intenso que no se modifica con los movimientos que ha precedido al episodio de pérdida del conocimiento. Niega fiebre, pérdida de fuerza/sensibilidad en miembros inferiores ni otra focalidad neurológica. A la valoración de extrahospitalaria tensión arterial de 70/50 mmHg que remonta con sueroterapia.

Ante síncope asociado a dolor lumbar e inestabilidad hemodinámica, a su llegada a urgencias se realiza ecografía clínica a pie de cama para valorar contractilidad cardíaca y visualizar grandes vasos, objetivando aneurisma aórtico severo con hematoma. Dada la estabilidad hemodinámica en el momento actual, se traslada de manera urgente a radiología para realizar angio de aorta confirmándose rotura con sangrado activo.

En la primera gasometría venosa destaca anemización leve con Hb en 10,1 g/dL que desciende a 7 g/dL en segunda gasometría realizada.

Se avisa a Cirugía Vascular, UCI y banco de sangre para transfusión urgente de concentrados de hematíes y realizar intervención quirúrgica urgente.

Los resultados analíticos son recibidos durante la intervención quirúrgica; destaca Dímero D (DD) de 21.000 ng/mL.

CONCLUSIONES

La rotura de aorta abdominal es una emergencia vital con una alta tasa de mortalidad si no se diagnostica y trata de manera inmediata. En el caso descrito, la asociación de dolor lumbar súbito y shock hipovolémico hizo sospechar el diagnóstico y la ecografía en el servicio de urgencias permitió la identificación precoz de un aneurisma roto. Esto resalta la importancia del uso de la ecografía a pie de cama como herramienta clave en el diagnóstico diferencial del paciente inestable. La intervención quirúrgica urgente permitió el control del sangrado, evitando un desenlace fatal. Este caso subraya la relevancia del reconocimiento rápido y el manejo quirúrgico inmediato, ya que la supervivencia depende críticamente del tiempo transcurrido hasta la reparación vascular.

P. #382

SUMA Y SIGUE: LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA SIEMPRE ESTÁ PRESENTE

Íñigo Guerra Molina[1], Jorge Sorando Ortín[1], Ana María Martínez Molina[1], Carolina Rodríguez Rebollo[2], Beatriz González Chesa[1], Carmen Del Arco Galán[1]

1. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años de edad con antecedentes de hipertensión, dislipemia, EPOC de alto riesgo, enfermedad renal crónica estadío 3a y un episodio de isquemia arterial aguda en miembro izquierdo, tratada mediante angioplastia transluminal percutánea (ATP) con colocación de stent femoro-poplíteo en marzo 2021.

Consulta en Urgencias por síncope y traumatismo craneoencefálico. Refiere hace 24 horas episodio de pérdida de conocimiento. Refiere que encontrándose previamente sentado y medio adormilado, tras la comida, se levanta de forma brusca (para atender una llamada al telefonillo) empezando con sensación de mareo y, posteriormente se despierta en el suelo, con un traumatismo en zona lumbar y a nivel frontal izquierdos. Durante el tránsito al telefonillo no presenta dolor torácico, ni disnea, ni palpitaciones, ni mareo, ni náuseas, ni cefalea. Recuperación inmediata posterior, sin relajación de esfínteres, ni sialorrea, ni movimientos anormales de cabeza y/o extremidades ni otra sintomatología que haga sospechar un origen neurológico del cuadro.

Episodio sincopal el año pasado (que impresiona de neuromediado) y dado su EPOC, refiere que presenta episodios presincopales de 1-2 seg de duración con los accesos de tos.

Por otro lado, describe clínica de 12 horas de evolución consistente en dolor de alta intensidad, de inicio progresivo en miembro inferior izquierdo, de predominio distal, asociando parestesias, así como frialdad y cambios en la coloración de la piel.

A la exploración física destaca miembro inferior izquierdo más pálido y frío que contralateral con ausencia de pulsos pedios y tibiales posteriores, así como dificultad para localizar pulso poplíteo con pulso femoral presente. Relleno capilar a nivel distal enlentecido. Miembro inferior derecho con pulsos presentes y rítmicos. Sin signos de TVP en ambos MMII. La exploración a nivel cardiopulmonar y neurológico es normal.

En cuanto a las pruebas complementarias, analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, con presencia de D-dímero elevado (5,71 mcg/mL) con función renal similar a previas (Cl Cr 40 ml/min). Marcadores de daño miocárdico y proBNP no solicitados. ECG, Rx tórax y TC cerebral (estudio de síncope) normales. Wells pre-test: 0 puntos.

En dicho momento se realiza a pie de cama EcoTT (sin hallazgos) y ecografía de miembros inferiores (predominantemente el izquierdo) visualizando ausencia de pulsos distales, con imagen hiperecoica en el interior de la arteria poplítea compatible con stent femoropoplíteo izquierdo, con discontinuidad de la pared del stent sugestivo de rotura junto con oclusión de prácticamente toda la arteria poplítea junto con dilatación aneurismática de la

misma e identificación de material ecogénico en el interior del vaso que podría estar en relación con trombosis aguda.
Se comenta el caso y los hallazgos de la ecografía con radiología de guardia, realizándose un angioTC de miembros inferiores confirmándose dichos hallazgos.
El paciente permanece en Observación durante 24 horas siendo valorado por el servicio de Cirugía Vascular, programándose cirugía de bypass desde arteria femoral superficial a poplítea distal con VSI ortógrada valvulotomizada via anatómica en miembro inferior izquierdo.

CONCLUSIONES

Este caso refleja la importancia (de nuevo) de una adecuada historia clínica, acompañado de una buena exploración física para poder enfocar correctamente al paciente. El uso de la ecografía, cada vez más extendido en nuestro medio, supone una gran herramienta auxiliar y complementaria para poder ser más certeros en nuestros diagnósticos, mejorando la incertidumbre pero sobre todo el pronóstico de estos pacientes.

P. #485

IMPORTANCIA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE DERRAME PERICÁRDICO CON PRESENTACIÓN INUSUAL

Esteban García Cruz[1], David Iglesias Pedemonte[2], Iñigo Montero Sanz[3], Marina Ruiz Victoria[4], Manuel Rodríguez Espejo[4], Ricardo Edgar García García[5]

1. Hospital Universitario de Poniente de Almería, El Ejido, España
2. Hospital Oriente de Asturias, Arriondas, España
3. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
4. Hospital Universitario Poniente de Almería, El Ejido, España
5. Complexo Hospitalario Universitario de Montecelo, Pontevedra, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años, de origen marroquí, sin antecedentes personales relevantes, que consulta en urgencias por dolor abdominal difuso de una semana de evolución, asociado a dolor torácico inespecífico de dos días de evolución. Niega fiebre, disnea, palpitaciones o síncope. No refiere viajes recientes ni contacto con personas enfermas.
Exploración física:
- Constantes vitales: Tensión arterial 119/68 mmHg, frecuencia cardíaca 95 lpm, saturación de oxígeno 98%, temperatura 36.9°C.
- Auscultación cardíaca: Ruidos cardíacos presentes pero atenuados, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: Normal.
- Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
- Signos de congestión venosa: Ausentes.

Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma (ECG): Se observa baja voltaje de los complejos QRS, sin alteraciones en el segmento ST ni signos de isquemia o pericarditis.
- Radiografía de tórax: Silueta cardíaca discretamente aumentada, sin signos de congestión pulmonar ni consolidación.
- Analítica sanguínea: Proteína C reactiva (PCR 6 mg/L), con leucocitos, fórmula y función renal dentro de la normalidad. Sin elevación de troponinas.

Ante la persistencia de dolor torácico y la atenuación de ruidos cardiacos, se realiza ecocardiograma transtorácico a pie de cama en el servicio de urgencias donde se detecta un derrame pericárdico moderado, sin signos de taponamiento ni evidencia de pericarditis activa.
El paciente permanece estable hemodinámicamente durante su estancia en urgencias y es ingresado para estudio etiológico del derrame pericárdico. Se inician estudios adicionales:
- Mantoux y QuantiFERON-TB Gold: en proceso.
- Serologías víricas (VHB, VHC, VIH, CMV, EBV): Negativas.
- Autoanticuerpos (ANA, ANCA, FR): Negativos.
- TC toracoabdominal: Derrame pericárdico sin otras alteraciones significativas.

El origen marroquí del paciente plantea la tuberculosis pericárdica como posible etiología, aunque el estudio se encuentra en curso.

CONCLUSIONES

- Este caso ilustra la complejidad del diagnóstico de derrame pericárdico que puede presentarse con síntomas atípicos y sin hallazgos concluyentes en el ECG o la analítica, lo que dificulta su diagnóstico precoz.
- La ecocardiografía realizada en urgencias es esencial en el diagnóstico de derrame pericárdico, incluso en pacientes sin signos clínicos evidentes o alteraciones electrocardiográficas significativas. La realización temprana de ecocardiografía en urgencias permite identificar derrames pericárdicos y prevenir complicaciones potencialmente mortales como el taponamiento cardíaco.
- En pacientes procedentes de regiones endémicas, se debe considerar la tuberculosis pericárdica como una etiología probable, incluso en ausencia de pericarditis aparente.
- Finalmente este caso resalta la necesidad de incluir el derrame pericárdico en el diagnóstico diferencial del dolor torácico y abdominal, especialmente en pacientes de regiones endémicas o con factores de riesgo.

P. #506

REGISTRO DE LAS TÉCNICAS INVASIVAS EN URGENCIAS E IMPACTO DEL USO DE LA ECOGRAFÍA

José Enrique Alonso Formento[1], Inés Alonso Envid[1], José Enrique Recio Jiménez[2], Victoria Estaben Boldova[3], Antonio Martínez Oviedo[4], Susana Ochoa Linares[5]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Ernest LLuch, Calatayud, España
3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España
4. Hospital Obispo Polanco, Teruel, España
5. Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

La Medicina de Urgencias Hospitalarias exige que los médicos que trabajan en este ámbito realicen diversas técnicas diagnóstico-terapéuticas esenciales para la atención del paciente urgente. Estas técnicas conllevan un riesgo inherente para el paciente, por lo que resulta fundamental su correcta ejecución y registro, priorizando siempre la seguridad. La incorporación de la ecografía en la realización de estas técnicas permite una mayor rapidez, una reducción en el número de intentos y una menor incidencia de complicaciones.

OBJETIVO

Registrar las técnicas invasivas realizadas en nuestro servicio de urgencias y fomentar su ejecución con el uso de la ecografía, ya sea ecofacilitada o ecoguiada, evaluando el número de intentos requeridos y las posibles complicaciones asociadas.

MÉTODO

Se implementó una función para el registro en la historia clínica electrónica de las siguientes técnicas: intubación orotraqueal y dispositivo empleado, vía venosa central y localización, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, pericardiocentesis, punción cricotiroidea, artrocentesis, drenaje de abscesos, extracción de cuerpos extraños, infiltraciones anestésicas locales e infiltraciones del aparato locomotor. También se registró el método de intubación empleado, el uso de la ecografía en las técnicas, el número de intentos y las complicaciones presentadas. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante un periodo de seis meses se registraron un total de 73 técnicas invasivas urgentes. De ellas, se realizaron 25 cardioversiones eléctricas, 12 canalizaciones venosas centrales, 10 punciones lumbares, 8 paracentesis, 5 artrocentesis, 4 intubaciones orotraqueales, 3 procedimientos de cirugía menor, 3 toracocentesis, 1 drenaje de absceso, 1 infiltración anestésica local y la colocación de un tubo torácico.
En cuanto a las canalizaciones venosas centrales, 8 se realizaron por acceso periférico, 3 a través de la yugular interna y 1 por vía femoral. El 50% de los procedimientos fueron ecoguiados, el 25% se realizaron sin ecografía y el 25% fueron ecofacilitados.

Las únicas complicaciones registradas fueron episodios de sangrado.
En relación con el número de intentos para la canalización venosa mediante ecografía, el 100% de las técnicas ecofacilitadas fueron exitosas en el primer intento, mientras que en las ecoguiadas el 50% se logró en el primer intento, un 16,7% en el segundo y tercer intento, y otro 16,7% en el quinto intento, con una media de 1,5 intentos.

CONCLUSIONES

La utilización de la ecografía en las técnicas invasivas mejora la seguridad del procedimiento, reduciendo el número de intentos y minimizando complicaciones.
En el caso de las canalizaciones venosas centrales, la ecografía desempeñó un papel clave, con un 100% de éxito en el primer intento en las técnicas ecofacilitadas.
La incorporación sistemática de la ecografía en los procedimientos invasivos podría mejorar la eficiencia y seguridad en los servicios de urgencias hospitalarias.
Es recomendable su registro y fomentar la formación en ecografía para el personal médico, asegurando una mayor aplicación de esta tecnología en la práctica clínica.

P. #803

UNA, NO TAN SIMPLE, INYECCIÓN INTRAMUSCULAR

Ziad Issa Masad-Khozouz, Esperanza Puga Montalvo, Fernando Sabio Reyes, Eduardo De Burgos Marín, Rogelio Molina Ruano, Laura López Soler-Belda.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años con AP de HTA, Sd. Ansioso-depresivo y Espondiloartrosis lumbar (fracturas osteoporóticas de L3 y con profusiones discales en L4-S1 sin compresión medular) en seguimiento por COT, Neurocirugía y RHB.
*MAP: Acude a la consulta de su MAP por varios episodios de dolor lumbar inferior derecho irradiado a MIDrch de carácter mecánico, fue dx: Lumbociatalgia drch. Se pautó: Enantyum + ½ Valium im además de analgesia, AINEs y relajantes musculares v. oral para domicilio.
*CENTRO DE SALUD SUAP. Dos días después acude por Urgencias con el dolor más acentuado en la zona junto con aparición de hematoma glúteo asociado a parestesias en Miembro inferior Derecho (MIdrch). Se diagnosticó de Hematoma en evolución. se pauto hielo y trombocid pomada.
Acude, al SCCU del Hospital, una semana después por dolor intenso que no cede en zona glútea derecha junto con lesión violácea y parestesias en MIdrch. No fiebre termometrada.
EXPLORACIÓN
COC, REG, NH, NP (normohidratado, normo perfundido). Glasgow 15/15. TA 145/97 mmhg, FC 93 lpm, T.ª 36,7 °C, Sat 02 97% basal, FR 18 rpm. ACR: rítmica. Buen murmullo vesicular. Abdomen: blando, depresible, no peritonismo sin dolor a palpación. Extremidades: no edemas, no signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Expl. Espalda: no dolor ni contractura. Lasegue negativo. Movilidad cintura normal. Placa eritemato-grisácea de unos 10cm x 8 cm, con un centro necrótico, borde eritematoso más marcado y morfología livedoide. En la zona más caudal de la lesión se apreciaba una costra redondeada, profunda y adherida de unos 3 cm ulcerada con leve supuración. No celulitis en MIdrch ni alteración de fuerza ni sensibilidad.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Tras exploración se solicitó:
- En Analítica: destacó hemograma y coagulación normal, así como bioquímica.
- Rx. Pelvis: sin hallazgos significativos.
- Ecografía clínica a pie de cama: mostró pérdida del patrón fibrilar heterogéneo, aumento del espesor del mismo a nivel de su tercio medio de aspecto edematoso, además de edema del tejido celular subcutáneo. No se evidenció TVP ni afectación vascular en MIdrch.

EVOLUCIÓN
Se realizo IC a Dermatología, realizando Biopsia de la zona e Instaurando tratamiento provisional de sospecha (analgesia, Aines, heparina s/c..) junto a cita en Consultas externas de Dermatología.
La cronología, las manifestaciones clínicas y la posterior biopsia, respaldaron el diagnóstico. El tratamiento precoz fue fundamental.
JUICIO CLÍNICO

El Síndrome de Nicolau (Embolia Cutis Medicamentosa o Dermatitis Livedoide)
D.DIFERENCIAL -Hematoma -Picadura -Ulcera

CONCLUSIONES

El Síndrome de Nicolau es una complicación rara pero grave de las inyecciones intramusculares y subcutáneas (antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticosteroides y anestésicos locales. De incidencia es baja, pero con efectos devastadores si no se detecta y trata de manera precoz. El mecanismo lesional es de origen vascular. Entre el mecanismo lesional más aceptado se sugiere que la inyección accidental de medicamentos en una arteria o cerca de nervios provoca un vasoespasmo o la oclusión de pequeños vasos sanguíneos, lo que a su vez desencadena una isquemia en el área afectada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en síntomas característicos: dolor intenso, hipoestesias, paraplejía, y la aparición de lesiones livedoides, en el sitio de la inyección que posteriormente pueden dar lugar a ulcera, necrosis, gangrena etc... Las pruebas de imagen (ecografía o la resonancia magnética), pueden ser útiles para determinar el grado de necrosis tisular y delimitar la extensión del daño. El estudio histopatológico también puede confirmar la presencia de necrosis isquémica en los tejidos afectados. La clave para un buen pronóstico radica en el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. Entre las complicaciones graves a evitar: amputación o secuelas neurológicas permanentes. Es fundamental por tanto conocer los riesgos asociados con las inyecciones intramusculares.

P. #986

LA ANSIEDAD QUE LA LLEVÓ A LA UCI

Marta Cepeda Zamorano[1], Rafaela Martínez López[1], Ángela Lara López[2], Víctor Daniel Navia Quilindo[1], Carlos Luis Montenegro Escobar[1]

1. Hospital General Tomelloso, Tomelloso, España
2. Hospital General Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años sin alergias ni hábitos tóxicos, en tratamiento con rabeprazol por enfermedad por reflujo gastroesofágico.
Valorada hace 20 días por episodio de palpitaciones y dolor torácico objetivando taquicardia sinusal y siendo dada de alta con diagnóstico de ansiedad, recomendando realización de ejercicio diario y estudio ambulatorio de función tiroidea.
Acude de nuevo a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de dolor torácico opresivo que empeora con decúbito y mejora con la inclinación de tórax acompañado de episodios de palpitaciones exacerbados con mínimos esfuerzos, sin disnea ni cortejo vegetativo. Además, comenta pérdida de 12 kg de peso en el último año sin astenia ni anorexia añadidas.
A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable con tensión arterial de 120/70, frecuencia cardíaca en torno a 100-120 latidos por minuto y saturación de oxígeno 98% con auscultación cardiopulmonar normal.
Se realizan pruebas complementarias, destacando en analítica sanguínea hemoglobina de 9,7, en radiografía de tórax se objetiva aumento de índice cardiotorácico respecto al previo y en electrocardiograma se observa taquicardia sinusal con alternancia eléctrica en V1.
Ante sospecha de pericarditis aguda complicada se realiza ecocardiograma a pie de cama visualizando gran derrame pericárdico con bamboleo (swimming heart), colapso de aurícula derecha y cambios respirofásicos.
Dadas las imágenes ecocardiográficas, se comprueba existencia o no de pulso paradójico sin hallarlo.
Se decide no realizar pericardiocentesis evacuadora urgente por estabilidad hemodinámica.
Ingresa en unidad de cuidados intensivos cardiológicos para vigilancia clínica, tratamiento y estudio etiológico.

CONCLUSIONES

1. La pericarditis aguda es la inflamación del pericardio cuya causa principal en pacientes inmunocompetentes es idiopática y/o viral y su tratamiento, por tanto, se realiza con antiinflamatorios no esteroideos, colchicina y reposo.
2. El taponamiento cardíaco es una complicación poco frecuente en pacientes con pericarditis aguda idiopática pero cabe destacar que el sexo femenino es un factor de riesgo para sufrirlo.
3. Las características clínicas del taponamiento cardíaco son: taquicardia, hipotensión, presión venosa yugular elevada, auscultación de tonos apagados, pulso paradójico. En el electrocardiograma, podemos encontrar taquicardia sinusal, bajos voltajes y/o alternancia eléctrica los cuales son hallazgos muy específicos de derrame pericárdico generalmente con

taponamiento cardíaco; en radiografía de tórax se puede visualizar cardiomegalia cuando el derrame supera los 200 ml y en el ecocardiograma (de gran utilidad como apoyo en el diagnóstico), encontraremos derrame pericárdico severo, colapso de cavidades derechas, cambios respiratorios exagerados en el flujo de válvula mitral y tricuspídea.
La aparición de síntomas, signos y hallazgos electrocardiográficos más derrame pericárdico y datos de taponamiento cardíaco en ecocardiografía generan una alta sospecha de taponamiento cardíaco.
Sin embargo, el diagnóstico definitivo se confirma solamente por el estado hemodinámico y la respuesta clínica a la pericardiocentesis.
4. Los datos de nuestra paciente por los que debemos estar alerta dado el elevado riesgo de complicación son el derrame pericárdico severo, con colapso de aurícula derecha y los cambios respirofásicos.
5. Existe diferencia de género en la atención y tratamiento del dolor torácico y palpitaciones en las mujeres como así se ha publicado en diversos estudios. El espectro de dolor torácico más amplio que presentan las mujeres hace que sean diagnosticadas y tratadas más tarde, además, la indicación de tratamiento antidepresivo/ansiolítico es mayor en las mujeres cuando consultan por palpitaciones.
Este sesgo supuso un problema a nuestra paciente pues conllevó a un diagnóstico erróneo inicial y a un tratamiento inapropiado para su enfermedad lo que implicó empeoramiento clínico y un agravamiento en el diagnóstico.
Es necesario profundizar en el estudio de las diferencias de género, estudiando los factores que puedan tener relación con las formas de presentación de las enfermedades y con la evolución de las mismas entre las mujeres.

P. #1334

CORRELACION ENTRE ECOGRAFÍA CLINICA Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN ESPECIALIZADO EN URGENCIAS: ANÁLISIS DE CONCORDANCIA

José Luis Gálvez San Roman, Luna Marina Calderón Frapolli, Mario Lozano Sánchez, Carolina Garrido Canning, Manuel Salido Mota, Eva María Fragero Blesa

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

La ecografía a pie de cama (POCUS, Point-of-Care Ultrasound) o ecografia clínica (EC) se ha convertido en una herramienta esencial en los Servicios de Urgencias, proporcionando información diagnóstica rápida y con una alta capacidad de toma de decisiones. Sin embargo, la validez de sus hallazgos depende de su concordancia con pruebas de imagen convencionales (radiografía, ecografía radiológica, tomografía computerizada, ecocardiografia).

OBJETIVO

Analizar la concordancia entre las EC realizadas en un servicio de urgencias con la exploración diagnóstica especializada, evaluando el índice de Kappa de Cohen simplificado.

MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de los estudios realizados por equipo de formación en ecografía clínica en un servicio de urgencias durante el año 2024. Se incluyeron las siguientes exploraciones: abdominal, urológica, cardíaca, pulmonar, venosa, E-FAST, y RUSH.
Para evaluar la concordancia, se utilizó el índice de Kappa de Cohen simplificado, que mide la relación entre el acuerdo observado y el acuerdo esperado por azar, considerando este último fijo en 0.5.
La Interpretación cualitativa del acuerdo según valor de kappa comúnmente aceptada es:
< 0: Muy pobre.
0.01 - 0.20: Pobre.
0.21 - 0.40: Regular.
0.41 - 0.60: Moderado.
0.61 - 0.80: Sustancial.
0.81 - 1.00: Casi perfecto.
Se analizaron los datos en dos grupos:
- Global: Todos los estudios ecográficos realizados en urgencias.
- Ecografias diagnósticas: Exploraciones clínicas por Urgenciologos con fines diagnósticos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

*Análisis Global: Se realizaron 986 ecografías clínicas a 679 pacientes con una media de edad de 64,4 años de edad. El 56,3% fueron hombres y 42,7% mujeres. El 19% (129) de los procedimientos se realizaron en consultas, 51,2% (348) en Observación y el 5,7% (39) en Críticos.
- EC abdominal 236 (23,94%), concordancia 70,76%, Ks 0,42.

- EC urológica 41 (4,16%), concordancia 92,68%, Ks 0,85.
- EC cardíaca 267 (27,08%), concordancia 79,03%, Ks 0,71.
- Ecografía pulmonar 209 (21,2%), concordancia 73,68%, Ks 0,41.
- EC venosa 54 (5,48%), concordancia 68,52%, Ks 0,37.
- E-FAST 54 (5,48%), concordancia 79,63%, Ks 0,59
- RUSH 20 (2,03%), concordancia 90%, Ks 0,8

*Análisis de Estudios Diagnósticos:
- EC abdominales 137 (13,89%), concordancia 71,53%, Ks 0,43
- EC urológica 29 (9,33%), concordancia 93,1%, Ks 0,86.
- EC cardíaca 116 (11,76%), concordancia 81,9%, Ks 0,64.
- Ecografía pulmonar 94 (9,53%), concordancia 79,79%, Ks 0,59.
- EC venosa 31 (3,14%), concordancia 80,65%, Ks 0,61.
- E-FAST 28 (2,84%), concordancia 75%, Ks 0,5
- RUSH 14 (1,42%), concordancia 92,68%, Ks 0,86

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que la EC en nuestro servicio tiene una alta concordancia con los estudios especializados convencionales en ciertas exploraciones, especialmente en evaluaciones urológicas y cardiovasculares. Sin embargo, exploraciones como la abdominal y la pulmonar presentan menor concordancia, posiblemente en relación con la falta de comparativa con el Gold Standard del especialista en esos casos concretos, una mayor variabilidad interobservador o a la necesidad de un mayor nivel de formación para la correcta interpretación de los hallazgos.Sería importante que futuros estudios exploren la influencia de la experiencia del operador y el impacto de la formación específica en la mejora de la concordancia diagnóstica.
Estos hallazgos pueden guiar el desarrollo de programas de formación en ecografía y optimizar el uso de POCUS en la toma de decisiones en los servicios de urgencias.

P. #1383

SEPSIS: UNA CARRERA CONTRA EL TIEMPO. LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ

Lourdes López Pérez, Marta Vacas Gordillo, Celia Carmona Méndez, Ana Asensio Martín, Lara Piñero Serrano, Ana Martínez Carrión

H.U. San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 78 años, pluripatológica y en seguimiento por Neurología debido a una distrofia muscular. Portadora de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) desde hacía un mes.
Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por problemas con la sonda PEG, la cual había sido recambiada aproximadamente ocho horas antes. La paciente refiere que, tras el recambio de la sonda, la alimentación no progresaba adecuadamente y que observaba restos hemáticos en la zona de punción. No presentaba fiebre ni otros síntomas asociados.
En la evaluación inicial en el Área de Consultas, la paciente se encontraba en buen estado general y estable hemodinamicamente. Consciente, alerta y colaboradora. El abdomen era blando y depresible, con molestias a la palpación en la zona perisondaje, donde se observaban restos hemáticos por la sonda, sin signos evidentes de infección o inflamación. Se realizó una analítica sanguínea y cura de la sonda PEG, tras lo cual se decidió su ingreso en el Área de Observación para instaurar tratamiento por hiponatremia moderada (119 mEq/L), probablemente en el contexto del consumo de tiazidas. El resto de la analítica no mostró hallazgos patológicos relevantes.
Durante su estancia en el Área de Observación, la paciente presentó un deterioro progresivo del estado general y hemodinámico. En la exploración destacaba eritema y tumefacción en el hemiabdomen, extendiéndose hasta el glúteo y la raíz de los miembros inferiores, en posible relación con mal funcionamiento de la sonda PEG. Se realizó una
prueba de imagen, que evidenció la sonda PEG con el extremo distal localizado en la pared abdominal anterior, acompañada de un absceso subcutáneo con extensión transversal hacia el lado izquierdo.
Los resultados de las pruebas complementarias en sangre indicaron un proceso infeccioso progresivo, con leucocitosis con neutrofilia, linfopenia y reactantes de fase aguda elevados. Una procalcitonina de 27 ng/mL (horas antes negativa) y hemocultivo positivo para Pseudomonas aeruginosa. Ante estos hallazgos, se instauró tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam en perfusión extendida (4 gramos cada 6 horas IV).
En la reevaluación, la paciente presentaba un mal estado general con deterioro neurológico con tendencia al sueño (Glasgow 11 puntos). Se encontraba hipotensa y taquicardica, requiriendo aporte de oxígeno para mantener saturaciones por encima del 94-95%. La escala NEWS-2 puntuó 13.
Ante sospecha diagnóstica de Fascitis Necrotizante Abdominal se contactó con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), quienes valoraron conjuntamente con Neumología y Cirugía General la situación de la paciente, considerando su estado basal (parcialmente

dependiente para las actividades de la vida diaria, aunque con buena calidad de vida según
información familiar). Finalmente, se decidió su ingreso para abordaje quirúrgico. Seis días más tarde, la paciente falleció en la planta de Cirugía General debido a insuficiencia respiratoria en el contexto de sepsis secundaria a fascitis necrotizante de la pared
abdominal anterior.

CONCLUSIONES

La realización de una anamnesis exhaustiva y una exploración física detallada por aparatos y sistemas desde el inicio de la valoración de un paciente es fundamental para proporcionar una atención asistencial de calidad y orientar con mayor precisión la
estrategia terapéutica.
Indagar sobre el estado basal del paciente desde el primer momento puede ser un marcador objetivo de la posible evolución desfavorable de una enfermedad. Además, permite trazar un plan terapéutico adecuado a las características del paciente sin necesidad
de recurrir a pruebas complementarias innecesarias.
Por último, es crucial recordar que la sepsis es una emergencia médica tiempo-dependiente. El retraso en su diagnóstico y tratamiento tiene un impacto directo en la supervivencia, con una letalidad del 10% que asciende al 40% en caso de shock séptico.
Por ello, el diagnóstico precoz y la instauración oportuna del tratamiento de soporte y antibiótico son esenciales.

P. #1444

MIXOMA AURICULAR COMO CAUSA POTENCIAL DE ICTUS

Mario Lozano Sánchez[1], José Luis Gálvez San Roman[1], Luna Calderón Frapolli[1], Carolina Garrido Canning[1], Eva María Fragero Blesa[2], Enrique Lagares Santana[2]

1. Hospital Regional Universitario Málaga, Málaga, España
2. Hospital Regional Universitario Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 73 años, independiente para las actividades básicas de la vida, con antecedentes personales de hipertensión y diabetes en tratamiento con losartán y dapagliflozina, que ingresa en área de críticos tras activación de código ICTUS a través de extrahospitalaria por aviso de cuadro de unas 12 horas de evolución de alteración del lenguaje y dificultad en movilización de hemicuerpo derecho.
A su llegada a nuestro centro, paciente estable desde el punto de vista hemodinámico con tensión arterial 155/91, frecuencia cardiaca 107 lpm, saturación basal 96%, Glasgow 15, afebril.
No ingurgitación yugular, no soplos carotídeos.
Auscultación cardiopulmonar destaca tonos rítmicos y regulares, soplo panfocal de predominio mitral que impresiona de cambiante (no descrito previamente), murmullo vesicular conservado.
Abdomen anodino.
MMII: no edemas ni signos de TVP.
Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normoreactivas, no alteracion de pares craneales, alteración del lenguaje con una disartria/disfasia (repetición de frases) y hemiplejia derecha.
Se activa Código ICTUS con realización de TAC, AngioTC y TAC de perfusión donde se evidencia pequeña área hipodensa en mesencéfalo compatible con pequeña lesión isquémica subaguda sin evidenciarse defectos de repleción ni estenosis significativa.
En resto de pruebas complementarias destaca ECG en ritmo sinusal, radiografía de tórax portátil sin hallazgos de interés.
Ante soplo no diagnosticado previamente y clínica de ACV, se decide realización de ecocardiografía clínica a pie de cama y se evidencia FEVI conservada, sin dilatación de cavidades ni derrame pericárdico y masa en interior de aurícula izquierda de unos 6x2.5 cm que se moviliza a través de válvula mitral generando doble lesión mitral (estenosis e insuficiencia) secundarias a la misma, compatible con posible mixoma auricular como causa potencial de ACV.
Finalmente la paciente se ingresa a cargo de Servicio de CCV y es intervenida con extirpación de mixoma auricular con buena evolución clínica desde el punto de vista hemodinámico y cardiológico, pero persistiendo neurológicamente con hemiparesia derecha residual y disfasia.

CONCLUSIONES

El mixoma auricular es una patología con una prevalencia baja, pero dentro de los tumores benignos cardíacos es el más frecuente con un diagnóstico simple con realización de una ecocardiografía.

El uso de la ecografía clínica a pie de cama es útil para el diagnóstico y tratamiento de los paciente. Pero además de ser útil para el diagnóstico de la patología responsable del cuadro clínico del paciente, también resulta útil para el diagnóstico diferencias de posibles causas primarias, como en nuestro caso clínico, donde el uso de la ecografía clínica no nos orienta al diagnostico de ICTUS pero si a la causa fundamental que puede ser responsable del mismo siendo el mixoma una causa potencial del posible evento neurológico.

P. #1546

VALORACIÓN DE LA DISNEA: ECOGRAFÍA CLÍNICA O PROBNP. NO TODO ES INSUFICIENCIA CARDÍACA

Ivan García Suárez[1], Sonia Cabanelas Barranco[1], David Chaparro Pardo[2]

1. Hospital Universitario San Agustin, Aviles, España
2. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe una incremento exponencial del uso del péptico natriurético (NT-proBNP) en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) para el diagnóstico diferencial de la disnea, con el sobrecoste que conlleva y la demora en su resultado en servicios que son dinámicos y fácilmente saturables, habiendo métodos más rápidos y económicos para llegar a la confirmación o exclusión de la Insuficiencia cardíaca.

OBJETIVO

Con el uso de la Ecografía clínica en la valoración pulmonar de la Disnea se pretende demostrar que su rendimiento diagnóstico, así como su sensibilidad y especialidad es igual o mayor que el uso del NT-proBNP, lo que permite un diagnóstico precoz y acortar tiempos de demora para el inicio del tratamiento adecuado.

MÉTODO

A los pacientes llegados a los SUH atendidos por disnea según triaje Manchester, se realiza un abordaje tradicional con exploración física y pruebas complementarias (analíticas y pruebas de imagen), así como Ecografía clínica pulmonar según las Competencias en Ecografía Clínica publicadas por parte del grupo de trabajo EcoSEMES en 2022 en la revista "Emergencias".
Se registran la horas de llegada del paciente, de la realización de la exploración ecográfica, del resultado en cuanto se tenía disponible de los resultados analíticos de laboratorio en cuanto estaban reflejados en el programa informático hospitalario (SELENE).
Para la realización de la Ecografía Clínica Pulmonar , se tomaba en cuenta positividad para líneas B o líneas A dentro del protocolo de patrón intersticial difuso y su rapeo en ambos pulmones.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los pacientes que presentan un patrón de líneas A o patrón intersticial focal (neumonía, TEP, infarto, contusión, neoplasia) con disnea en la Ecografia, descarta el diagnóstico de disnea de origen cardíaco. Con un patrón B difuso, se confirma insuficiencia cardíaca, así como un NT-proBNP elevado.
Según los tiempos ya presentados en SEMES Vigo de 2022, en la ecografía clínica el tiempo medio de demora desde la hora de llegada hasta la realización e interpretación de la ecografía clínica, correspondió a 17,28 minutos.
En el caso de las pruebas complementarias de laboratorio, léase NT-proBNP, el tiempo medio hasta la obtención completa de resultados en SELENE fue de 91,4 minutos.
Según la literatura publicada, en la Ecografía clínica pulmonar,

su sensibilidad es del 100% con una especificidad del 95% y un valor predictivo negativo del 100% y valor predictivo positivo del 95%, mientras que el NT-proBNP la sensibilidad es del 92% con especificidad del 89%, con un valor predictivo negativo del 86% y un valor predictivo positivo del 90%

CONCLUSIONES

La Ecografía clínica pulmonar en los SUH es una herramienta que permite un diagnóstico rápido en los pacientes con disnea, acortando los tiempos respecto al NT-proBNP, instauración de tratamientos de manera precoz y seguimiento de la evolución clínica del paciente, además de aportar mayor seguridad a la práctica clínica diaria de todo médico de Urgencias.
Se añade que presenta mayor sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo, así como un coste económico mucho menor que el NT-proBNP para sólo el diagnóstico o descarte de insuficiencia cardíaca y no para su seguimiento.
Bien es cierto que el uso concomitante de ambas técnicas aproxima todos los resultados estadísticos al 100%

P. #1617

EL PELIGRO DE IR DESCALZOS AL BAÑO

Lucía García Carrasco[1], Inés Rivera Alonso[1], Víctor Rodríguez Campos[2], Nancy Leonor Vera Nieto[1], Marisol Serrano López[3]

1. Urgencias hospitalarias, Ciudad Real, España
2. UVI Móvil, Puertollano, España
3. Urgencias hospitalarias, Alcázar De San Juan, España

INTRODUCCIÓN

Nuestra paciente es una mujer de 42 años que acude por segunda vez a urgencias en 3 días por dolor abdominal.
Como antecedentes de interés destaca AIT (Accidente Isquémico Transitorio) hace dos meses, por el que esta en tratamiento con Adiro 100 mg al día y una protusión discal L5-S1.
Refiere antecedente de caída en el baño de su domicilio. Según refiere, iba descalza a lavarse las manos. El suelo estaba mojado y se resbalo, cayendo de frente sobre el lavabo.
El primer día que fue valorada le catalogaron de dolor muscular postraumático.
Sin embargo, el dolor y el perímetro abdominal han ido en aumento a pesar de la analgesia que se le pautó con anterioridad.

OBJETIVO

Encontrar la causa del dolor abdominal de la paciente.
Mejorar el dolor.

MÉTODO

A parte de una buena exploración física, solicitados las siguientes pruebas complementarias:
- Analítica de sangre
- Analítica de orina
- Radiografia de tórax y abdominal
- Ecografía dirigida a pie de cama

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En la analítica de sangre nos llama la atención la anemización de la paciente respecto a las 48 horas previas.
En analítica de hace dos días presentaba una hemoglobina de 12.7 y en la analítica de hoy una hemoglobina de 8.3.
La analítica de orina así como las radiografías eran normales.
En la ecografía que realizamos a pie de cama, nos deja paralizados la cantidad de líquido libre que detectamos en todos los cuadrantes del abdomen.
Ante estos resultados, solicito TAC (Tomografía Axial Computarizada) abdominal urgente. En el TAC se informa de traumatismo esplénico grado III junto con hemoperitoneo asociado y sin signos de sangrado activo vascular.
Llames inmediatamente a Cirugía General que se ingresa a la paciente a su cargo con tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

La rotura esplénica de origen traumático es la causa más frecuente y conocida de la lesión del bazo, sin embargo este órgano hematológico puede romperse en ausencia de trauma en bazos con afectación parenquimatosa por procesos neoplásicos, enfermedades hematológicas u otras afectaciones infecciosas.
La rotura de origen neoplásico es muy infrecuente, con escasas referencias en la bibliografía, siendo la causa más común los procesos linfoproliferativos primarios del bazo.
La etiopatogenia de la rotura no traumática está desencadenada por un aumento del tamaño del bazo, aumentos de la presión del territorio de la arteria esplénica o infiltración patológica del hilio esplénico.
Clínicamente debemos sospechar una rotura esplénica en pacientes con dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo irradiado a la espalda con datos de irritación peritoneal y que, en muchos casos, evoluciona a un cuadro de shock hipovolémico con hipotensión y taquicardia de forma muy rápida.
Con la sospecha clínica, el diagnóstico debe confirmarse con una ecografía, y en aquellos pacientes con estabilidad hemodinámica se recomienda el estudio con una TAC abdominal.
El tratamiento gold standard es la esplenectomía urgente.
En nuestra paciente, dado que no había datos de sangrado activo en el TAC y estaba estable hemodinamicamente (no había datos de Shock hipovolémico) cirugía opto por intentar tratamiento conservador.
En este caso clínica queremos resaltar la importancia de la ecografia para un médico de urgencias. En menos de cinco minutos podemos llegar a orientar hacia un diagnostico y salvar la vida a nuestro paciente.

P. #1658

EL ENIGMA DE LA DISNEA

Inés Rivera Alonso[1], Víctor Rodríguez Campos[2], Lucía García Carrasco[1], Pablo Soto Martín[1]

1. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
2. UVI Móvil, Puertollano (ciudad Real), España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 75 años, sin antecedentes personales previos de interés, que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de tres semanas de evolución hasta hacerse de reposo, junto con edemas en ambos miembros inferiores, también progresivos.

OBJETIVO

Conocer y tratar la etiología de la disnea.

MÉTODO

A su llegada al Servicio de Urgencias, la paciente presenta una saturación de oxígeno basal de 90%. A la auscultación destaca una disminución de los tonos cardiacos, sin soplos sobreañadidos. Además, presenta edema con fóvea hasta rodilla en ambos miembros inferiores. El resto de la exploración física fue anodino.
Realizamos un electrocardiograma, el cual presentaba voltajes bajos y una radiografía de tórax en la que se objetiva una cardiomegalia significativa, por lo que realizamos interconsulta con Cardiología.
Se realizó una ecocardiografía a pie de cama donde se visualizó un derrame pericardio grave circunferencia con datos de taponamiento cardiaco y colapso de cavidades derechas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Ante estos hallazgos, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se realizó una pericardiocentesis urgente, obteniéndose 1100 mL de líquido pericárdico sanguinolento y purulento bajo alta presión, lo que condujo a una rápida mejoría hemodinámica con disminución del derrame pericárdico y recuperación de la función biventricular.
Durante su estancia en planta de hospitalización, se llevaron a cabo estudios analíticos exhaustivos, incluyendo cultivos y serologías, para investigar una posible etiología infecciosa, con resultados negativos.
La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, con adecuada oxigenación bajo oxigenoterapia con gafas nasales a 3 L/min. Completó un ciclo de siete días de antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam. Dada la evolución favorable, se decidió el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio programado en la consulta de Cardiología.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco constituye una emergencia hemodinámica crítica caracterizada por la acumulación rápida o progresiva de líquido en el espacio pericárdico, lo cual genera un incremento en la presión intrapericárdica que compromete el llenado diastólico ventricular. La tríada de Beck (hipotensión, ruidos cardíacos apagados y distensión venosa yugular) sigue siendo fundamental en la evaluación clínica, aunque puede no estar siempre presente. La pericardiocentesis de emergencia es el tratamiento de elección en pacientes con compromiso hemodinámico. La rapidez en la intervención mejora significativamente la supervivencia, destacando la importancia de protocolos de actuación bien establecidos en los servicios de urgencias.
Es necesario identificar la etiología subyacente (neoplasias, pericarditis infecciosa, síndrome pospericardiotomía, traumatismo torácico) para guiar el manejo terapéutico posterior y prevenir recurrencias.

P. #1687

NO TODO ES LO QUE PARECÍA

José María Fernández González, Asunción Márquez García-Salazar, Elisa Cano Bernal

Hospital De Jerez, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

Las masas renales incidentales representan un desafío diagnóstico en urgencias, ya que pueden corresponder a lesiones benignas o malignas. La tomografía computarizada (TC) es fundamental para su caracterización y la toma de decisiones terapéuticas. Presentamos el caso de un paciente con una masa renal detectada de manera incidental en el servicio de urgencias.

OBJETIVO

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de una masa renal incidental en urgencias, resaltando la importancia de los estudios de imagen y la derivación oportuna.

MÉTODO

Paciente: Varón de 78 años sin antecedentes patológicos relevantes.
Motivo de consulta: Dolor lumbar inespecífico de 3 semanas de evolución, que acude por tercera vez al Servicio de Urgencias.
Diagnóstico previo de cólico renal, con ectasia descrita en ecografía clínica yfunción renal alterada
Evaluación inicial:
Signos vitales dentro de parámetros normales.
Examen físico sin hallazgos relevantes, dolor lumbar con puño-percusión positiva
Exámenes de laboratorio: función renal alterada, con hematuria leve, resto de bioquímica y hemograma normal

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Estudios de imagen en urgencias:
Realizamos ecografía clínica de nuevo y se observa ectasia renal, con pelvis dilatada y seguimiento uréter se encuentra dilatado hasta 3 4 cm donde se observa masa comprimiendo, que parte de polo inferior del riñón

CONCLUSIONES

Ante la presencia de cólico renal, hay que intentar tener presente, además de las litiasis como causa mas frecuentes, otras como es este caso.

P. #1691

CUANDO NO TODAS LAS RETENCIONES AGUDAS DE ORINA LLEVAN A LA VEJIGA

Itsaso Goikoetxea Ordorika, Miren Arginzoniz Garai, Miren Arrieta Bernaras, Tamara Tabera Arevalo, Ainhoa Iribar Goikoetxea, Marisela Francisca Lores Domínguez

Hospital De Zumarraga, Zumarraga, España

INTRODUCCIÓN

La retención aguda de orina es infrecuente en jóvenes, cuando atendemos a una persona con dicha sintomatología sin ninguna patología previa, deberíamos hacer un correcto diagnostico diferencial.

OBJETIVO

Evitar complicaciones y llegar a un diagnostico precoz de himen imperforado, con vistas a evitar un hematocolpos.

MÉTODO

Caso clínico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

-HISTORIA CLÍNICA .
Mujer de 14 años. Valorada unas horas antes en el centro de salud por misma sintomatología con hipogastralgia intensa, donde colocan sonda vesical, confirmando RAO por salida de 2 litros de diuresis, posteriormente retiran sondaje.
No fiebre , no nauseas ni vómitos. Niega posibilidad gestación(todavía no ha tenido la primera menstruación). A las 6h del sondaje, comienza nuevamente con imposibilidad de micción y dolor intenso irradiado a flanco derecho.
En meses previos asintomática.
ANTECEDENTES PERSONALES:
-No alergias medicamentosas conocidas.
-No Factores de riesgo cardiovascular.
-Bronquitis aguda infecciosa 2012.
-No tratamiento médico habitual.
EXPLORACIÓN EN URGENCIAS:
Paciente eupneica, consciente y orientada, normocoloreada y normoperfudndida, con buena hidratación cutáneo-mucosa. Afectada por el dolor, Sat02 98%, TA 128/74 ,FC 104lpm Temp 36.2°c.
-Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado , sin ruidos sobreañadidos.
-Abdomen: Se palpa masa dolorosa que sugiere globo vesical, con dolor intenso en zona hipogástrica, así como en flanco derecho, sin irritación peritoneal.
-Puño percusión renal negativa.
-Zona genital: abombamiento de himen(imperforado).
-Extremidades inferiores : No edemas.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
-Analítica de sangre: Bioquimica, hemograma y coagulación dentro de la normalidad.
-Analítica de orina: dentro de la normalidad.
-Ecografía abdominal: Gran masa quística alargada retrovesical con contenido ecogénico de 14cm de diámetro máximo craneocaudal sugestivo de gran hematocopos por himen imperforado. Globo vesical con ascenso uterino lateralizado hacia lado derecho, engrosamiento endometrial hipoecoicolíquido de 14mm e hidronefrosis bilateral más acusado en el lado derecho.
JUICIO CLÍNICO:
Hematocolpos por himen imperforado.
TRATAMIENTO:
Se derivó a ginecología y se realizó intervención urgente de drenaje de hematocolpos por himenotomía , sin incidencias.
EVOLUCIÓN:
Evolución favorable, el siguiente mes tuvo una menstruación dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES

Ante una RAO en paciente joven, es esencial la sospecha de origen obstructivo y una exploración completa, incluida la genital.
El himen imperforado es la malformación más frecuente de la vagina y aparece aproximadamente en una de cada 2.000 mujeres. Se trata de un defecto embriológico en el que la vagina, que proviene del seno urogenital, no se canaliza por completo. La rotura del himen tendría que tener lugar durante el período perinatal. Es esencial la exploración física en pediatría de las niñas, así como el estudio de hipogastralgias en adolescentes que no han menstruado. El retraso en el diagnóstico es más la norma que la excepción. Típicamente, el diagnóstico no se realiza hasta la pubertad, cuando la paciente se presenta con dolor abdominal recurrente, síntomas de presión abdominal y una masa pélvica sugestiva de un gran hematometrocolpo. También se puede presentar con infecciones y retenciones agudas de orina, linfedema e incluso dilatación del tracto urinario superior secundaria a la obstrucción.
Una mera exploración ginecológica puede evitar meses de sintomatología y visitas recurrentes a servicios de urgencias hasta llegar al diagnóstico

P. #1744

SWINGING HEART

Ana María Martínez Molina[1], Jorge Sorando Ortín[1], José Cebrian Escudero[2]

1. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 84 años, hipertensa, dislipémica y exfumadora, que acude a Urgencias por malestar general de 3 días de evolución. Niega otra sintomatología.
Exploración física: Arritmica a 130 lpm. Hipotensión arterial (85/43 mmHg).Auscultación respiratoria sin ruidos sobreañadidos.
Pruebas complementarias:
1. Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 120 lpm. Se objetiva alternancia eléctrica.
2. Radiografía de tórax: Infiltrado basal izquierdo. Imagen de tienda de campaña compatible con derrame pericárdico severo.
3. Análisis sanguíneo: leucocitosis (16000) con neutrofilia; PCR 29; perfil hepático con citolisis y colestasis disociada .Acidosis láctica (pH 7.29 ;lactato 5.4)
Inicialmente se sospecha neumonía, pero ante la presencia de hipotensión, alternancia eléctrica e imagen compatible con derrame pericárdico se realiza ecocardiografía clínica a pie de cama para descartar taponamiento cardiaco.
4. Ecocardiografía clínica a pie de cama: derrame pericárdico de 57mm de diámetro máximo con imagen de "spinning harto" y colapso de cavidades derechas así como VCI dilatada sin colapso
Plan y evolución
Se realiza pericardiocentesis emergente, con extracción de líquido hemático (200 cc) y se deja drenaje. Se sospecha malignidad por el aspecto del líquido.
Se recogen muestras de para análisis de Proteínas, glucosa, LDH y ADA; Hematocrito y citología.
Ingresa en unidad coronaria.
Durante ingreso se objetiva en citología de líquido pericárdico imágenes sugestivas de carcinoma, correspondiendo su inmunofenotipo con adenocarcinoma de pulmón
Impresión diagnóstica: Taponamiento cardiaco secundario a adenocarcinoma de pulmón.
COMENTARIO
Con frecuencia, la detección de derrame pericárdico es el primer síntoma de enfermedad oncológica. Aunque existen neoplasias pericárdicas primarias, la mayoria son secundarias a la extensión de una enfermedad maligna, siendo las más frecuentes las neoplasias de pulmón, mama y hematológicas.
El taponamiento cardiaco es un síndrome clínico-hemodinámico causado por la compresión del corazón por el derrame pericárdico .Los pacientes con taponamiento cardiaco presentan signos y síntomas de bajo gasto cardiaco (disnea, mareo, alteración del sensorio…) pudiendo existir una fase inicial compensada con TA sostenida con posterior inestabilidad hemodinámica.
El grado de compromiso de la función cardiaca relacionado con el tiempo de evolución
El signo ecocardiográfico más característico del taponamiento cardiaco son el colapso de cavidades.
El colapso auricular derecho es el hallazgo más sensible (> 90%) y fácil de evaluar. Sin embargo, no es específico.La especificidad se ve incrementada por el colapso de la cámara > 1/3 del ciclo cardíaco y en la presencia de plétora de cava inferior (dilatada sin colapso durante la inspiración).
El colapso diastólico del ventrículo derecho es más específico, especialmente si es > 1/3 del ciclo cardíaco, pero menos sensible que el colapso de la AD.
Los flujos transvalvulares presentan pequeñas variaciones de la velocidad máxima a lo largo del ciclo respiratorio en condiciones normales.La velocidad de la onda E del flujo transmitral será como mínimo un 25% menor durante la inspiración comparado con la espiración; en el lado derecho ocurre lo contrario, ya que la velocidad del flujo tricuspídeo en protodiástole será como mínimo un 25% mayor en inspiración que en espiración.
Este es el indicador más sensible para el taponamiento cardíaco, que se produce antes del colapso definitivo del corazón derecho

CONCLUSIONES

- El taponamiento debe sospecharse en pacientes que presentan disnea o compromiso hemodinámico y cuya exploración muestra signos de insuficiencia cardiaca derecha sin signos de insuficiencia cardiaca izquierda, habitualmente con cardiomegalia en la placade tórax.
-La cardiomegalia y la alternancia eléctrica pueden hacernos sospechar el diagnóstico de taponamiento cardiaco, peroel gold estándar es la ecocardiografía.
-Un taponamiento es una emergencia médica y por ello el médico de urgencias debe conocer los datos ecocardiográficos ,para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

P. #1954

USO DE ECOCARDOGRAFÍA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Meryam Maamar El Asri, Eider Gandoy Arrese, José Javier González Sueskun, Irene Moreno Pérez, Rosana Gañán Macho, Iraide Herrero Cerdeira

Emergencias Osakidetza, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Se activa soporte vital avanzado (SVA) por varón de 54 años que mientras deambulaba por la calle, presenta síncope con pérdida de conocimiento. A nuestra llegada, afectado en decúbito supino en el suelo, sudoroso y quejicoso. Comenta dolor súbito de garganta previo, tos y posteriormente amnesia de lo ocurrido. Testigos en la escena refieren síncope con movimientos tipo "espasmos", con recuperación progresiva posterior. El paciente refiere malestar inespecífico y parestesias en mano derecha.

Como antecedentes personales, encontramos epilepsia sin tratamiento y tabaquismo activo. Transferimos al paciente a la ambulancia, donde se completa valoración.

Exploración física (EF): Tensión arterial (TA) de 110/60 mmHg. Frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto (lpm). Frecuencia respiratoria (FR) 30 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno 95%. Glucemia de 119. Pálido, con sudoración profusa. Frialdad distal con relleno capilar > 2 segundos.

Exploración neurológica: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Amnesia del episodio. Lenguaje coherente, normolalia. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz. Exploración de pares craneales normal. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Resto de EF: Ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca con tonos cardíacos apagados, rítmica, no ausculto soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Dolor a la palpación en epigastrio, sin defensa, resto de exploración física anodina.

Electrocardiograma (ECG): Eje a 30°. Taquicardia sinusal a 110 lpm. Intervalo PR 160 milisegundos. No elevación del segmento ST. Onda T negativa en derivación I y AVL.

Dado que el paciente impresionaba de gravedad, se inicia rápidamente traslado a hospital de referencia (tiempo estimado de 10 minutos). Durante el mismo, se realiza ecocardiografía básica en plano subcostal, paraesternal eje largo y cuatro cámaras, objetivando derrame pericárdico (DP) no cuantificado, con buena contractilidad cardíaca. A la llegada al hospital, presenta empeoramiento clínico con mayor desasosiego, aumento de la cuantía del DP (de visu) e hipotensión con TA 85/40 mmHg.

Se transfiere al paciente en box de estabilización y ante probable síncope de perfil cardiogénico con presencia de signos de taponamiento cardíaco (clínicos y ecográficos), se solitica angiotomografía axial computarizada (AngioTAC) por sospecha de síndrome aórtico agudo. Este se informa como disección aórtica tipo A de Stanford que se extiende hasta arteria ilíaca común izquierda. Se realiza ingreso hospitalario y se traslada a quirófano para realización de cirugía cardiovascular (CDV) emergente.

CONCLUSIONES

La disección aórtica aguda (DAA) es una emergencia cardiovascular con una elevada mortalidad, tanto prehospitalaria (se estima que el 80% de los pacientes mueren antes de llegar al hospital), como intrahospitalaria (mortalidad operatoria hasta del 30%). La sospecha diagnóstica prehospitalaria es fundamental para que estos pacientes lleguen lo antes posible, y en las mejores condiciones, al hospital de referencia que cuente con equipo médico de CDV, estando ampliamente descrita la correlación entre presencia de equipo de CDV y la disminución de mortalidad y complicaciones asociadas.

Herramientas de reciente introducción en la medicina prehospitalaria como el ecógrafo, tienen una importante utilidad en el diagnóstico de patologías potencialmente graves. Concretamente, en paciente con DAA presentan la ventaja de realizarse rápidamente en la cabecera del paciente. Esto es especialmente útil para evaluar la presencia o no, de disfunción valvular aórtica, derrame pericárdico y/o trastornos de la contractilidad cardíaca.

En este caso, gracias al uso de la ecocardiografía prehospitalaria, se orientó la sospecha diagnóstica hacia una posible DAA. Se prealertó al hospital de referencia con CVD y se trasladó rápidamente al paciente para realización de angioTAC, que confirmó el diagnóstico. Esto permitió el traslado a quirófano para realización de cirugía emergente, lo que acortó los tiempos desde el inicio de síntomas hasta su entrada en quirófano.

https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diseccion-aortica-aguda-diagnostico-manejo-S0716864022000517

https://www.revespcardiol.org/es-tratamiento-sindromes-aorticos-agudos-articulo-13106187

P. #2006

EL MISTERIO DE UNA ABDOMINALGIA

Laura Pérez Blanco, Rubén López González, Cristina Blanco Fernández

Hospital de León, León, España

INTRODUCCIÓN

Se define liposarcoma como un sarcoma de partes blandas que procede de células adiposas. Dado que el tejido adiposo se encuentra distribuido por el organismo, la localización puede ser variada, comúnmente en brazos, piernas y abdomen. Existen diferentes subtipos y su comportamiento y tratamiento puede variar.

OBJETIVO

Presentamos el caso de un paciente con dolor abdominal persistente y fiebre de días de evolución con hallazgo radiológico de liposarcoma abdominal.

MÉTODO

Varón de 45 años con dolor abdominal generalizado desde hace 7 días. Al principio como pinchazos, que ha ido progresivamente aumentando en intensidad y con fiebre de hasta 39ºC. No náuseas ni vómitos. Deposiciones escasas y caprinas al principio, refiere que ahora ya son como habitualmente. No clínica disúrica. No otra clínica.
Exploración física: Consciente, orientado colaborador. Regular estado general. Normohidratado, normocoloreado. Eupneico en reposo. Febril.
- Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos.
- Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible. No palpo masas ni megalias. Doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, siendo más intenso en fosa ilíaca izquierda. Defensa muscular. Blumberg y Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal negativa bilateral.
- Analítica sanguínea: Glucosa 119, Urea 34, Creatinina 0.91, Sodio 132, Amilasa 30, GOT 19, GPT 24, GGT 87, PCR 362.5, Leucocitos 131000 (Neutrófilos 77.5%, Linfocitos 9.8%, Monocitos 11.6%), Hemoglobina 11.1g/dl, VCM 87.7fL, Plaquetas 404.000.
- Ecografía clínica a pie de cama: tumoración probablemente dependiente del mesenterio que dada su ecogenicidad sugiere naturaleza grasa.
- TC de abdomen con contraste: estudio sugestivo de tumor mesentérico primario, probable sarcoma (liposarcoma) como primera posibilidad diagnóstica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras los resultados obtenidos en las pruebas complementarias se decide hacer una interconsulta a Cirugía General para su valoración. Decidieron realizar el ingreso en el Servicio de Medicina Interna para completar la estadificación del tumor.
Le realizaron una biopsia con aguja gruesa en la que se observa gran masa intraabdominal localizada en vacío izquierdo de 10 cm. Muestra una ecoestructura heterogénea, con área central hiperecogénica que sugiere naturaleza grasa y porción periférica hipoecogénica. Anatomía patológica, liposarcoma desdiferenciado.

CONCLUSIONES

- Realizar una anamnesis exhaustiva es fundamental para sospechar un diagnóstico y poder solicitar las pruebas necesarias de una forma precoz lo cual nos va a permitir realizar un tratamiento adecuado lo antes posible.
- La posibilidad de la realización de ecografía a pie de cama por parte del personal médico del Servicio de Urgencias entrenado para ello, es útil para identificar lesiones de forma rápida, sin depender de demoras causados por interconsultas a otros servicios.
- La realización de la ecografía por parte del personal facultativo que asiste al paciente, elimina la necesidad de desplazamientos innecesarios mientras éste está recibiendo tratamiento de sus síntomas.
- El uso de este tipo de herramientas diagnósticas permite tanto identificar patologías que requieren una actuación inmediata como planificar la necesidad de otras pruebas posteriores que nos ayuden a la resolución del caso.

P. #2040

LO QUE ICTUS PARECE, LA ECO LO DESMIENTE

Luna Calderón Frapolli, Mario Lozano Sánchez, Carolina Garrido Canning, José Luis Gálvez San Roman, Enrique Lagares Santana

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varon 80años. IABVD; vida activa, deambula sin apoyo. no deterioro cognitivo
Alergia a Naproxeno. Exfumador
>Antecedentes:
- FRCV: HTA. DL
- No cardiopatía isquémica previa.
- Bradicardia sinusal. Dilatación raíz aórtica 42mm. en seguimiento por Cardiología, ultima ETT en nov con FEVI conservada.

>Enf. actual: Avisan al 061 unos viandantes al encontrar al paciente con bajo nivel de conciencia sobre las 16h en un banco de vía publica. Visto por ultima vez asintomático sobre las 14h, cuando se despide de su pareja.
A la llegada del equipo médico, lo encuentran obnubilado, Glasgow 10, apertura ocular a estímulos, afásico, con vía aérea permeable y eupneico en reposo, destacando desviación mirada dcha y hemiplejia izq. Ctes; TA 80/50 a 60lpm y SaO2 basal 85% por lo que admistran 02 complementario y SSF en carga y trasladan a nuestro centro previa activación CODIGO ICTUS.
Durante el traslado se realiza EKG objetivándose RS QRS estrecho y Ascenso milimétrico de ST en AVR y descenso en cara anterolat (no se disponen datos previos)
>Exploracion:
A su llegada a nuestro box de criticos, impresiona de REG, aunque más reactivo. Apertura ocular espontánea, tendente sueño.
Eupneico en reposo, SaO2 90% GN a 4l/min
TA 90/50 Fc 80lpm Afebril BMT 150
ACR: Tonos ryr, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos
EEII No edemas ni signos de tvp
ExpNeu: PICNR. Afásico. Dirige la mirada, no asimetría facial, resto PC normales. Fuerza 1/5 MSI y 3/5 MII. RCP indiferentes.
Tras valoración por Neurología, pendientes de liberarse la sala de RX para realización de TAC urgente, dado el EKG patológico se decide realizar POCUS.
> Ecocardioscopia: derrame pericárdico leve sin colapso cavidades derechas. Contractilidad subjetivamente conservada con hipoquinesia anterolateral y septal. Raíz aortica dilatada con imagen flap intimal, visualizado también a nivel de carótida izq.
Avisamos de forma urgente a Cardiología quien tras corroborar los hallazgos mediante su ETT, decidimos supender estudio perfusión craneal solicitándose AngioTC urgente. Prealertados el equipo de Cirugía Cardiovascular de guardia.
>AngioTC: disección aorta torácica ascendente que se extiende desde válvula aortica hasta cayado, afectación de art cororonaria dcha, tronco braquiocefálico dcho y estenosis carótida y subclavia dcha, así como carótida izq. Asocia derrame pericárdico con signos de Insficiencia Venosa dcha.
>TC cráneo: sin hallazgos.
>AS. Hb 13.4 resto hemograma normal. TP 77% GV normal. Biquimica funcion renal en rango, destaca Ac lactico de 37
>>JUICO CLINICO: Disección Ao torácica (tipo A de Stanford) con afectación troncos supraaórticos y vasos coronarios.
Tras valoración del caso, CCV decide iqx urgente. Se prepara equipo quirófano
>Evolutivo:
El paciente continua con hipotensión mantenida e hipoperfusion distal pese a fluidoterpia intensiva, canalizamos vía central acceso yugular dcho e iniciamos DVA con NA a 15ml/h.
Progresa con deterioro respiratorio por desaturación por lo que procedemos a IOT con buena adaptación y mejoria de los parámetros ventilatorios.
A los 30min pendientes aún de subir a quirófano urgente, el monitor avisa de bradicardia extrema con ausencia de pulso central por lo que iniciamos protocolo de RCP avanzada (ritmo no desfribrilable) ante cuadro de AESP.
Tras 16min se comprueba RCE por reinicio de actividad mecánica en ecocardiografía clínica, apreciándose ritmo sinusal en monitor a 85lpm y curva EtCO2 hasta 30mmHg.
Se traslada de forma inminente a quirófano, durante el cual sufre nuevo episodio intraoperatorio de PCR, sin éxito tras 40min de RCP.

CONCLUSIONES

Los síndromes aórticos poseen una elevada mortalidad, son frecuentes entre los adultos varones y su pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido, así como de la instauración temprana de su tratamiento.
Debemos recordar integrar el uso de la ecografía en cualquier escenario crítico que se nos presente con entidades clínicas sugerentes.

P. #18

DOCTORA, ME HE TRAGADO UN DESTORNILLADOR

Andrea Domínguez Prieto, Sandra Martín Santervás, Luis Martín Catrain Ostáriz

HU Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta el caso de un varón de 58 años que acude a Urgencias refiriendo que durante un procedimiento dental había ingerido por accidente una pieza de material odontológico (un destornillador de unos 2 cm.). Comentaba acceso de tos, pero negaba dolor torácico, sialorrea o disnea. Refería haber cenado posteriormente, sin incidencias. Aportó informe de la clínica dental confirmando los hechos.

El paciente presentaba buen estado general, se encontraba eupneico, saturando 97% basal. A la exploración, presentaba auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos; y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Como pruebas complementarias se solicitaron una radiografía de abdomen, con un patrón de gas intraluminal normal, sin signos de obstrucción y sin visualizar el cuerpo extraño; y una radiografía de tórax, con índice cardiotorácico normal, sin infiltrados parenquimatosos, en la que se apreciaba un cuerpo extraño de densidad metálica en bronquio derecho, confirmado en la proyección lateral como supradiafragmático.

Se comentó el caso con Neumología de guardia, que indicó la necesidad de realizar broncoscopia para su extracción. Ante la estabilidad del paciente, asintomático a nivel respiratorio, se decidió su pernoctación en Urgencias para cumplir ayuno e iniciar cobertura antibiótica para la realización de broncoscopia al día siguiente. Sin embargo, al realizarse la prueba no se localizó el cuerpo extraño. Se repitieron radiografías, en las que se evidenció el destornillador en asas intestinales.

Finalmente, se procedió al alta a domicilio dada estabilidad clínica, indicando al paciente la necesidad de vigilar deposiciones y recomendando volver en 48 horas para control radiológico.

CONCLUSIONES

En este caso que se presenta, la impresión diagnóstica inicial fue la aspiración de cuerpo extraño. Esta entidad clínica es más común en niños que en adultos (20% de los casos en mayores de 15 años), cuyos síntomas varían según la localización del cuerpo extraño y el tiempo de evolución. La obstrucción a nivel bronquial es la más frecuente, y también la que presenta una clínica más larvada, coincidiendo con la clínica del paciente expuesto, pudiendo manifestarse como tos, disnea variable o sibilancias.

Se debe garantizar la permeabilidad de la vía aérea superior realizándose una exploración física básica. Como pruebas de imagen, la radiografía simple presenta una sensibilidad de entre el 70-80%. La realización de tomografía se reserva ante situaciones de elevada sospecha con radiografía simple negativa.

Se recomienda la realización de broncoscopia flexible diagnóstico-terapéutica para su extracción.

Finalmente, se trató de un cuerpo extraño en vía digestiva. Se calcula que el 80-90% de los cuerpos extraños digeridos realizan el paso completo por el tracto gastrointestinal sin necesidad de intervención. En un primer abordaje se debe descartar la presencia de impactación esofágica, así como cuadros obstructivos o perforación del tubo digestivo. La prueba complementaria inicial sería la radiografía simple, pudiendo realizar tomografía si resultara negativa.

En el caso de cuerpos extraños intestinales, se requiere control radiográfico para asegurar su expulsión, considerándose la necesidad de intervención en objetos distales al duodeno que no han variado su posición en más de una semana y para los pacientes con obstrucción intestinal. La indicación al paciente fue de realizar un control radiológico para asegurar la progresión del cuerpo extraño sin incidencias, pero no acudió a realizarlo.

Tras la exposición del caso y su aparente resolución, la duda permanece: ¿se trataba de un cuerpo extraño en bronquio derecho que pasó a vía digestiva tras un acceso de tos? ¿O se trató de una superposición de estructuras en la radiografía simple y se encontraba en vía digestiva desde el primer momento?

P. #91

ANEURISMA ARTERIA POPLITEA IZQUIERDA

David Mateu Ribes
Hospital Universitario Dr.Peset, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 80años que acude a centro hospitalario por parestesias en miembro inferior izquierdo que correlaciona con caída casual en domicilio 2 semanas antes.
Antecedentes médicos:
-Angioedema no estudiado
-Diabetes mellitus tipo 2
Intervenciones quirúrgicas:
-Hernia inguinal derecha
-Amigdalectomía
Tratamiento habitual:
-Rosuvastatina 10mg
-Dapagliflozina/Metformina 5/1000mg
-Omeprazol 20mg
-Acido Acetil salicílico 100mg
-Sitagliptina 50mg
Situación basal: independiente para actividades de la vida diaria sin deterior cognitivo.
Exploración física: no presenta deformidades angulares ni rotaciones en pie. tobillo tibia ni rodilla izquierda. No presenta palidez de la extremidad afecta ni dolor. No presenta hipoestesias en ningún territorio de la extremidad. pulso pedeo y tibial posterior conservado. En hueco poplíteo se objetiva masa no claramente pulsátil por lo que se realiza ecografía vascular de miembros inferiores en consulta.
La ecografía vascular presenta aneurisma de arteria poplítea parcialmente trombosado de 4cm de diámetro mayor. no se objetiva aneurisma en extremidad contralateral ni signos ecográficos de trombosis venosas profundas en ninguno de los sectores explorados.
Ante la alta asociación de este tipo de patología con la presencia de aneurismas a nivel aórtico se completa estudio en consulta mediante ecografía aórtica abdominal presentando hallazgo casual de aneurisma aórtico de 5'2cm de diámetro.
Se contacta con el servicio de cirugía vascular para ingreso a su cargo. durante su ingreso se completo estudio mediante TC con contraste confirmando extensión de los aneurismas encontrados en el servicio de urgencias. se decidió intervención programada.

CONCLUSIONES

La ecografía vascular a pie de cama permitió que entre el tiempo de triage a la llegada del paciente y el diagnóstico e ingreso hospitalario trascurrieran menos de 2 horas. se descubrió patología en el paciente asintomática que en podría conllevar un alto riesgo de mortalidad.
La ecografía vascular permitió un diagnóstico certero y rápido tanto de la patología inicial de consulta del paciente como de patología silente que pudiera conllevar un riesgo en el futuro.
Se evitó la demora, muy habitual, al solicitar pruebas de imagen que deben ser realizadas por otros servicios acortando tanto los tiempos de actuación como la angustia de paciente y familiares.

P. #134

¿QUE TENGO EN LA BARRIGA DOCTORA?

Lourdes Sánchez Cabanes, Andrea Lluesma Guillén, Begoña Moliner Zanón, Carmen Beltrán García, Ester García Solivelles, Cristina Gasos García
hospital arnau de vilanova, valencia, españa

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 28 años que acude al servicio de urgencias por por clínica inespecífica desde hace 6 meses con dolor intermitente en flanco izquierdo y sensación de plenitud postpandrial. Se nota un bulto en dicha zona por la mañana. No pérdida de peso. No astenia. Revisión ginecológica hace 6 meses sin alteraciones. Menstruación regular. Nulípara. Única pareja sexual desde hace 6 años. Usa como anticonceptivo el preservativo.
Al inicio del cuadro consulta con su médico de atención primaria que realiza analítica de sangre sin alteraciones.
No antecedentes médico-quirúrgicos. No hábitos tóxicos.
EXPLORACIÓN FÍSICA URGENCIAS:
TA:144/80mmHg; FC:84latidos/minuto; Sat.O2:99%; Afebril
Abdomen: Masa a hipogastrio indurada dolorosa de gran tamaño, resto anodino.
Ecografía abdominal: Imagen quística de gran tamaño a nivel de fosa ilíaca izquierda.
Espéculo: cervix hacia ante desviado. no otras lesiones.
Palpación bimanual: Masa en polo superior izquierda y pared posterior, cérvix indurado.
Ecografia endovaginal no reglada: masa quísticas de 9*8 cm aproximadamente, que aparenta origen de ovario izquierdo. Ovario derecho y útero normal.
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica orina y sangre sin alteraciones. Test embarazo negativo.
EXPLORACIÓN FÍSICA GINECOLOGÍA:
Espéculo: Vagina con flujo blanquecino, cervix bien epitelizado con quistes de Naboth.
Tacto bimanual: Gran tumoración pelvica, central, desplaza útero.
Ecografía endovaginal: Útero de aspecto normal, endometrio homogeneo. ovario derecho normal. Tumoración quística grande que depende de ovario izquierdo, simple, de 15cms de diametro máximo. No líquido libre.
Remitida a consultas externas de ginecología donde se solicita RMN por sospecha de que el quiste sea tubárico. Se realiza ecografía vaginal nuevamente y se objetiva útero en AVF con fundus rechazado hacia retroversión por la tumoración. Endometrio secretor de 7 mm. Ovarios anodinos.
Imagen quística anecoica pura y avascular, anterior a útero y central, algo más lateralizada hacia la derecha (muy cerca del ovario derecho) de 131x115x83mm. Es una tumoración trilocular, con tabiques finos y avasculares, móvil, que hace pensar que pudiera tratarse de un quiste tubárico (no ovárico).
No líquido libre en Douglas ni en resto de abdomen.

CONCLUSIONES

En primer lugar, destacar que es primordial realizar una exhaustiva historia clínica y una buena exploración física para orientar de forma correcta y poder diagnosticar de forma acertada. En una correcta exploración, la utilización de herramientas como la ecografía permite objetivar lesiones y poder realizar un correcto diagnóstico diferencial. En este caso se realizaron por parte de la médico de urgencias dos ecografías no regladas, una ecografía abdominal donde se objetiva la masa quística y una endovaginal donde se pudo observar el posible origen de la masa. Por ello, cabe resaltar la importancia de la utilización de los ultrasonidos en el servicio de urgencias.

En relación al caso, tenemos que introducir dentro del diagnóstico diferencial que la causa de su dolencia sea de origen intraabdominal y ginecológico. Siempre descartar primero un posible embarazo. La clínica que presentan habitualmente las lesiones ováricas son dolor abdominal, sensación de plenitud e hinchazón, que pueden coincidir con afecciones del aparato digestivo, por ejemplo una infección por helicobacter pylori.

Las lesiones ováricas benignas son más frecuentes que las malignas en una proporción de 3:1 e incluyen las lesiones quísticas (LQ) y los tumores sólidos benignos. En pacientes premenopásica son más frecuentes los quistes funcionales, mientras que las lesiones tumorales son en postmenopáusicas. Las LQ simples suelen ser benignas y se pueden clasificar en funcionales (quiste folicular o quiste cuerpo lúteo) y otras afecciones como ovario poliquístico, síndrome hiperestimulación ovárica… Las LQ complejas benignas (quiste hemorrágico, endometrioma, cistoadenoma, fibrotecoma…) y malignas (cistoadenocarcinomas seroso o mucinoso, carcinoma células claras, teratocarcinoma quístico, metástasis…). Las lesiones sólidas pueden ser benignas (torsión de ovario, fibrotecoma, adenopatía…) y malignas (cistoadenocarcinomas, metástasis….).

P. #135

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE SEVERIDAD RESPIRATORIA BASADA EN ECOGRAFÍA PULMONAR

Luis Utor García[1], Alicia Morales Navarro[1], Víctor Miguel Rodríguez Domínguez[2], José Luis Almenara Abellán[3]

1. CS Olivillo, Cádiz, España
2. CS La Laguna, Cádiz, España
3. DCCU, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

La ecografía pulmonar, una técnica no invasiva y de alta precisión, se ha consolidado como una herramienta esencial en el manejo de pacientes con disnea aguda. Este estudio introduce la escala CERB90, diseñada para evaluar la severidad cardiorrespiratoria mediante hallazgos ecográficos específicos. La escala combina variables clínicas clave, como nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, tensión arterial sistólica y saturación de oxígeno, con indicadores ecográficos estandarizados, siguiendo el protocolo BLUE. Un estudio piloto con 30 pacientes demostró su viabilidad. Esta herramienta busca optimizar los recursos en atención primaria y urgencias, reduciendo pruebas complementarias invasivas y mejorando la toma de decisiones clínicas

OBJETIVO

La disnea aguda es un síntoma común en la práctica clínica, frecuentemente asociado a enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Sin embargo, su evaluación sigue siendo un desafío, debido a su naturaleza subjetiva y a la diversidad de etiologías. La escala CERB90 aborda esta necesidad combinando parámetros clínicos y hallazgos ecográficos con el objetivo de clasificar a los pacientes según la severidad de su afección.

MÉTODO

El estudio se desarrolló en tres etapas: diseño, pilotaje y validación. Presentamos en esta comunicación la fase de pilotaje, donde la escala fue aplicada a una muestra de 30 pacientes, refinándose los ítems según los resultados obtenidos. La escala, además de estandarizar la evaluación, incorpora una aplicación móvil que permite el cálculo automático de las puntuaciones, mejorando la precisión y reduciendo la variabilidad entre operadores.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados confirman que la escala CERB90 es una herramienta práctica y eficaz, capaz de optimizar la atención en un único acto médico, reduciendo la necesidad de pruebas diagnósticas irradiantes. Su implementación en atención primaria podría reducir significativamente las derivaciones innecesarias, mejorando la eficiencia del sistema sanitario y la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

En conclusión, la CERB90 no solo facilita la toma de decisiones clínicas, sino que también representa un avance significativo hacia un manejo integral y seguro de la disnea aguda.

P. #210

DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR GRIPE CON ÉNFASIS EN LA ECOGRAFÍA CLÍNICA

Luis Utor García[1], Alicia Morales Navarro[1], Víctor Miguel Rodríguez Domínguez[2], José Luis Almenara Abellán[3]

1. CS Olivillo, Cádiz, España
2. CS Laguna, Cádiz, España
3. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Distrito Bahía de Cádiz- La Janda, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Disnea. Antecedentes personales: - RAMC: Ninguna. - RCV: No HTA, no DM, no DL. - Hábitos tóxicos: Fumador crónico (IPA: 70-80), ex bebedor. - EPOC. - Diagnóstico de síndrome de Korsakoff (ingreso en 2012). - Hepatopatía crónica de origen alcohólico (diagnóstico en 2013). - Historia quirúrgica: Fractura pertrocantérea izquierda y fractura de EDR izquierdo (2021). Situación basal: Paciente institucionalizado, dependiente para actividades básicas de la vida diaria, con deterioro cognitivo por enolismo. Tratamiento habitual: Quetiapina, tiapride, clonazepam (si precisa) y calcifediol. Enfermedad actual: Paciente de 62 años atendido por episodio presincopal y exacerbación de disnea basal progresiva en los últimos 2-3 días, hasta limitarse a esfuerzos mínimos. No se reporta fiebre, pero sí expectoración verdosa.
Exploración clínica: - En la residencia (DCCU): - Paciente consciente, desorientado temporalmente. Taquipneico, con empleo de musculatura accesoria. Roncus y sibilantes diseminados, MV disminuido bilateralmente. - Constantes iniciales: TA 160/78 mmHg, FC 110 LPM, $SatO_2$ con GN a 2 L/min: 95%. Ecografía siguiendo protocolo BLUE: Fue determinante en este caso para confirmar la presencia de consolidaciones pulmonares típicas de neumonía vírica sin derrame pleural asociado. Deslizamiento pleural conservado. ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización.
- Al ingreso hospitalario: - Estado general estable: consciente, orientado en persona, afebril, eupneico en reposo. - Exploración respiratoria: MV disminuido, roncus y sibilantes dispersos.

Juicio clínico: Neumonía bilateral.

CONCLUSIONES

Este caso destaca el papel crucial de la ecografía clínica con la aplicación del protocolo BLUE en el diagnóstico de neumonía por gripe, especialmente en un paciente con antecedentes complejos, disnea de nueva aparición y exacerbación de síntomas respiratorios. Su capacidad para proporcionar datos diagnósticos inmediatos y precisos permite un manejo rápido y eficiente, minimizando complicaciones en pacientes vulnerables como este. Se recomienda continuar la monitorización, iniciar tratamiento antimicrobiano específico y realizar seguimiento estrecho para prevenir la progresión de la enfermedad.

P. #211

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Luis Utor García[1], Alicia Morales Navarro[1], Víctor Miguel Rodríguez Domínguez[2], José Luis Almenara Abellán[3]

1. CS Olivillo, Cádiz, España
2. CS Laguna, Cádiz, España
3. Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Disnea. Antecedentes personales: - RAMc: Cefalea con simvastatina. - FRCV: HTA, DM tipo II, dislipemia. - Antecedentes cardiológicos: - Estenosis aórtica moderada (ETT de 2020, sin seguimiento posterior). - Episodio de insuficiencia cardíaca descompensada (abril de 2024) en contexto de mal control tensional. - Situación basal: Vive con su hijo y realiza tareas domésticas de forma independiente. - Tratamiento habitual: Olmesartán, insulina Humalog Lispro, producto de herbolario para dislipemia, colecalciferol, brinzolamida/timolol. Enfermedad actual: Paciente de 70 años ingresada por insuficiencia cardíaca descompensada. Durante su estancia, se detectó progresión a estenosis aórtica severa y se inició estudio pre-TAVI. Tras un cateterismo sin lesiones angiográficas significativas y un angioTAC con accesos vasculares permeables, se programó el implante de TAVI. Sin embargo, en la noche del ingreso presentó empeoramiento clínico con insuficiencia respiratoria progresiva y trabajo respiratorio severo, no tolerando ventilación mecánica no invasiva (VMNI). A nuestra valoración inicial, la paciente mostraba Taquipnea (FR 33 rpm), uso de musculatura accesoria y sibilantes bilaterales (sugerentes de asma cardíaco). - Exploración cardiovascular: Tendencia a HTA, soplo aórtico. - otros hallazgos: Edemas con fóveas en MMII, abdomen globuloso, y obnubilación sin signos neurológicos focales. Se administraron cloruro mórfico e hidrocortisona con mejoría parcial, siendo trasladada a UCI para optimización terapéutica. Diagnóstico y Monitorización. Diagnóstico inicial: Edema agudo de pulmón secundario a insuficiencia cardíaca descompensada en el contexto de estenosis aórtica severa. La ecografía clínica pulmonar fue fundamental tanto para el diagnóstico inicial como para la monitorización del tratamiento: - Hallazgos ecográficos iniciales: - Más de 20 líneas B por campo, indicando edema intersticial severo con derrame pleural bilateral moderado. - Estos hallazgos confirmaron el diagnóstico de EAP y guiaron el inicio inmediato de VMNI, diuréticos intravenosos (furosemida) y nitroglicerina. - Monitorización en planta: Durante la evolución, se utilizó la ecografía pulmonar para evaluar la respuesta terapéutica: - Disminución progresiva de líneas B y resolución del derrame pleural bilateral.
Estos hallazgos permitieron reducir gradualmente los diuréticos y suspender la VMNI (BiPAP), optimizando el manejo sin necesidad de pruebas radiológicas adicionales.

CONCLUSIONES

La ecografía clínica pulmonar desempeñó un papel crucial en el diagnóstico, tratamiento y monitorización del edema agudo de pulmón en esta paciente. Su capacidad para identificar de forma rápida y precisa líneas B (indicativas de edema intersticial) y derrames pleurales permitió: 1. Diagnosticar y confirmar la presencia de edema agudo de pulmón. 2. Iniciar un tratamiento eficaz de forma inmediata. 3. Monitorizar la respuesta terapéutica, optimizando la titulación de fármacos y el soporte ventilatorio. La ecografía pulmonar debe considerarse una herramienta esencial en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, ofreciendo datos fiables y no invasivos que contribuyen a mejorar los resultados clínicos y a personalizar el tratamiento.

P. #235

LA FORMACIÓN SALVA VIDAS

Coraima Cobos Montenegro, Jokin Cabrera Gallastegui, Nuria Ramos Galindo

Hospital Axarquía, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Valoramos en cuarto de críticos a un paciente de 44 años sin antecedentes médicos conocidos, obeso, fumador de 40 cigarrillos al día y consumidor de 4 litros de cerveza diarios. Ocasionalmente consume cocaína. Acude por disnea intensa. Refiere que lleva meses con disnea que ha ido empeorando de forma progresiva, con ortopnea asociada pero que desde hace 2 horas ha empeorado de forma súbita con palpitaciones asociadas. No fiebre ni clínica infecciosa.

Hemodinámicamente se encuentra con TA 100/60, 135 lpm y frecuencia respiratoria de 30. Sat O2 90% basal. Subjetivamente presenta regular estado general, consciente, orientado y colaborador. Taquipneico con uso de musculatura accesoria y palidez cutánea con sudoración asociada. Ingurgitación yugular asociada.

Se auscultan tonos taquicárdicos arrítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada con crepitantes hasta campos medios.

Abdomen globuloso, sin dolor ni signos de irritación peritoneal.

Miembros inferiores con edema hasta rodilla con fóvea positiva.

En el electrocardiograma se aprecia flutter auricular a 130 lpm con QRS estrecho, eje izquierdo y hemibloqueo anterior izquierdo. No signos de isquemia aguda ni alteraciones de la repolarización.

Realizamos ecocardiograma a pie de cama y se evidencia ventrículo izquierdo dilatado (70 mm), sin hipertrofia, hipoquinesia global con disfunción sistólica severamente deprimida. Aurícula izquierda dilatada (60 mm). Insuficiencia mitral leve-moderada y válvula aórtica normal. Ventrículo derecho dilatado con función sistólica deprimida. IT moderada. No se aprecia derrame pericárdico. Cava inferior congestiva sin variación con la respiración.

A nivel pulmonar se aprecia patrón B de forma generalizada con derrame pleural leve bilateral.

Administramos dosis de carga de apixaban, 150 mcg de fentanilo y 10 mg de midazolam y realizamos cardioversión eléctrica a 150J, efectiva en la primera descarga, obteniendo ritmo sinusal a 96 lpm.

Presenta desaturación a 85% que remontamos con balón de resucitación y mejoría del nivel de conciencia.

Ingresamos en observación y el paciente se mantiene con TA en torno a 150/100 y 90 lpm aunque taquipneico. Iniciamos ventilación mecánica no invasiva y tratamiento médico con furosemida, eplerenona, bisoprolol, empagliflozina y entresto. Continuamos anticoagulación. Presenta muy buen débito urinario con mejoría clínica progresiva con ingreso en Medicina interna tras retirada de ventilación no invasiva donde se progresó en el tratamiento para la insuficiencia cardiaca.

Tras el alta, a los 4 meses se revisó en Cardiología donde afirmaba encontrarse mejor, con pérdida de 37 kg pero sin abandono del alcohol. Se realizó cateterismo normal y ecocardiograma con AI ligeramente dilatada (42 mm), ventrículo ligeramente dilatado (57 mm), no hipertrófico, contractilidad global ligeramente reducida (FE 47%). IT leve, PSAP 25 mm, cava no dilatada.

CONCLUSIONES

Este caso trata de la importancia que tiene nuestra formación como urgenciólogos. En sala de críticos con un paciente inestable hemodinámicamente, el manejo de ecografía, sedoanalgesia, cardioversión, anticoagulación y ventilación se hace imprescindible para poder salvar la vida de nuestros enfermos. Por ello una correcta formación de nuestros futuros residentes nos permitirá ofrecer una asistencia de la mejor calidad en estos momentos decisivos.

P. #241

SÍNDROME CONSTITUCIONAL A ESTUDIO

Clara Valero Fernández, Pablo Trigo Millán, María Paz Ortega Mercader, Xavier Xipell I Font, Helena Serrano Llop, Luis Vicente Sáenz Casco

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

1- Motivo de consulta: síndrome confusional
2- Antecedentes personales: hipertensión, diabetes, ex-fumador.
2- Episodio actual: varón de 76 años que es traído a Urgencias por servicios de emergencias tras encontrarle en la calle deambulando por el parque solo. refiere caída accidental por tropiezo con un escalón, sin traumatismo craneal ni pérdida de conocimiento. No consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Niega fiebre ni sensación distermica ni otros síntomas.
3- Exploración física: Constantes: PA 134/66 mmHg. FC 89 lpm. SpO2 97% basal
Palidez mucocutánea, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Edemas hasta tercio medio pretibial, no signos de TVP.
4- Pruebas complementarias:
· Analítica de sangre: Creatinina 0.99, urea 45, sodio 127, potasio 3.1, calcio .Resto anodino.
· Rx. Tórax: se observa imagen de consolidación con signo de la embarazada sugerente de de masa torácica extrapulmonar con borramiento de 2ª costilla.
· Ecografia clínica: se observa imagen de contenido heterogéneo de aspecto quístico con escasa captación de Doppler.
5- Evolución: durante su estancia en el servicio de urgencias se inicia la corrección de las alteraciones electrolíticas y ante estabilidad clínica se procede a ingreso para estudio.
6- Juicio clínico: masa pulmonar con extensión local y metastásica sin filiar.
7- Plan: se ingresa a cargo de neumología para estudio de la masa.
8- Resolución: En tomografía de extension se identifica extension de partes blandas local con afectación costal y metástasis óseas en calota y posibles metástasis cerebrales. Presenta una desnutrición grave con hipernatremia, hipercalcemia e hiperpotasemia. Se realiza biopsia mediante trust de la masa con resultado de necrosis. Debido a la situación clínica de empeoramiento, con intensa disnea se decide iniciar bomba de sedación para confort del paciente con posterior éxitus.

CONCLUSIONES

El servicio de Urgencias es a menudo el primer escalón médico para la detección temprana de tumores, herramientas como la ecografía clínica ayuda al clínico a la toma de decisiones complementando la exploración física.
La ecografia clínica complementa la radiografía de tórax convencional en Urgencias, aumentando la información al clínico y ayudándole a tomar mejores decisiones.

P. #286

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Andrés Javier Ruíz Fernández, Mario Miranda García

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 67 años que acude a Urgencias por cuadro de un mes de evolución de astenia persistente, pérdida de peso no cuantificada, hiporexia y sudoración nocturna. Previamente tuvo síntomas de infección respiratoria y sensación distérmica, tratados con amoxicilina-clavulánico con respuesta parcial. Refiere aparición de masas palpables en las regiones supraclavicular izquierda e inguinal izquierda de cinco días de evolución.
En la exploración física destaca una adenopatía supraclavicular izquierda de aproximadamente 3 cm de diámetro y consistencia indurada. En la región inguinal izquierda se palpan varias adenopatías de aproximadamente 2 cm de diámetro. El paciente aporta una radiografía de tórax realizada hace 24 horas en la que se objetiva un aumento de densidad en el lóbulo medio. En la analítica realizada en Urgencias destaca una LDH de 465 UI/L, una proteína c reactiva de 14.1 mg/dL y una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 86 mm/h.
Se completa el estudio con una tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen con contraste intravenoso. Se objetivan conglomerados adenopáticos supraclavicular izquierdo de 4 x 5 x 5 cm, infraclavicular derecho de 28 x 31 mm, adenopatías adyacentes a los troncos supraaórticos derechos de 24 x 17 mm, izquierdos de 27.7 x 20 mm, adenopatías mediastínicas paratraqueales superiores e inferiores derechas de hasta 37 x 24 mm, conglomerado adenopático en ventana aortopulmonar de 37.3 x 27.2 mm, adenopatías paratraqueales inferiores izquierdas de hasta 29 x 19 mm, conglomerados adenopáticos hiliares bilaterales, adenopatías precarinales y subcarinales de 28 x 59 mm, múltiples adenopatías en torno a estructuras broncovasculares intrapulmonares, parahiliares derechas. Con ventana de parénquima pulmonar se aprecian múltiples imágenes micronodulares y otros nódulos de mayor tamaño, en lóbulo medio de 12 x 5.8 mm y subpleural, de 8.6 x 7.2 mm. En los cortes del abdomen superior se objetivan ganglios infradiafragmáticos derechos, adenopatías retrocrurales bilaterales, adenopatías en ligamento gastrohepático, mesentéricas y retroperitoneales, en el origen del tronco celíaco y arteria mesentérica superior y alrededor del origen de ambas arterias renales. Esplenomegalia de 17 cm, con densidad heterogénea y hepatomegalia, con lóbulo hepático derecho de 22 cm.
Ante la sospecha de un síndrome linfoproliferativo de alto grado, se decide ingreso en Hematología para completar el estudio e iniciar tratamiento de forma urgente. La biopsia inguinal es compatible con un Linfoma no Hodgkin (LNH) de células grandes B de patrón difuso con Ki-67 >50%. El perfil fenotípico es concordante con origen en células de tipo centrogerminal. Aspirado de médula ósea sin alteraciones reseñables.
En el PET-TC presenta extensa afectación ganglionar supra e infradiafragmática, esplénica, pulmonar e infiltración tumoral de la apófisis espinosa de T5 con masa de partes blandas asociada de 31 x 28 mm.

Se decide tratamiento con esquema Rituximab-Polatuzumab-Ciclofosfamida, doxorrubicina y prednisona (R-Pola-CHP).

CONCLUSIONES

Presentamos un caso clínico en el que los hallazgos de la TC sugieren un síndrome linfoproliferativo de alto grado, con múltiples conglomerados adenopáticos. También se objetivan múltiples lesiones nodulares pulmonares que sugieren depósitos secundarios.
La presentación clínica más frecuente de un LNH es ganglionar: adenopatía única (indurada y de más de un mes de evolución) o poliadenopatía superficial o profunda. Sin embargo, puede ser extraganglionar, con presentaciones polimorfas que dependen de la localización. El estudio de extensión debe incluir de forma sistemática una TC y un PET-TC.
Dicho estudio de extensión para la estadificación según la clasificación de Ann Arbor sirve para evaluar el pronóstico y definir la conducta terapéutica. El pronóstico es más favorable en cuanto el estadio de la enfermedad sea menor y el grado histológico bajo.

P. #295

EL SALVAVIDAS DEL URGENCIOLOGO, ¿LA ECOGRAFÍA?

Ángel Julián Iglesias Merchan[1], Aurora Navarro Regi[1], Juan Muñoz-Mingarro Molina[1], Blanca Andrea Gallardo Sánchez[1], Cristina María Domínguez Lubillo[1], Rodrigo Domínguez Leon[2]

1. Hospital Severo Ochoa, Leganés, España
2. Centro de Salud Mendiguchía Carriche, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, DM tipo 2 y artritis reumatoide que acude a Servicio de Urgencias derivada de centro de Salud por dolor en hemitórax izquierdo de un mes de evolución asociado a tos. En el Centro de Salud se realiza radiografía de tórax por mala evolución clínica, con resultado de: cardiomegalia y pinzamiento del seno costofrénico izquierdo.
A su llegada a urgencias la paciente no presenta disnea ni palpitaciones. No fiebre ni sensación distérmica. No traumatismo ni sobreesfuerzo previo. No otra clínica adicional en anamnesis dirigida.
La paciente presenta una tensión arterial de 112/64 mmHg, una frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto y una saturación de oxígeno basal del 96%. Se encuentra eupneica en reposo, sin uso de la musculatura accesoria para la respiración. Su aspecto general es normocoloreado y normohidratado.
En la exploración del cuello no se observa ingurgitación venosa yugular. A la auscultación cardio-pulmonar, los ruidos cardíacos son rítmicos y no se detectan soplos audibles. El murmullo vesicular está conservado, aunque se escuchan crepitantes bibasales. En la exploración abdominal, el abdomen es blando, depresible y no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni presencia de reflejo hepatoyugular.
En cuanto a los miembros inferiores, no se evidencian edemas ni signos sugestivos de trombosis venosa profunda. En general, los hallazgos no sugieren compromiso hemodinámico agudo, aunque los crepitantes pulmonares podrían indicar una alteración que requiere una evaluación adicional.
Se realiza ecografía a pie de cama donde observamos: No líneas B pulmonares. Derrame pericárdico con abundante fibrina de 2 cm en aurícula derecha, 1,5 cm a nivel anterior y ápex con cavidades derechas colapsadas.
Se realiza interconsulta al Servicio de Cardiología con ecocardiografía reglada con analítica sanguínea se muestra: PCR: 206 mg/L; Leve leucocitosis (10270/mcL) con neutrofilia 73,10%. Tras esto, paso a cargo de medicina intensiva para realización de drenaje pericárdico.
El tratamiento se basa esencialmente en resolver la etiología del cuadro. Respecto a nuestro caso, el líquido extraído fue de características de exudado, sin identificar gérmenes en su interior. Permanece en planta de Medicina Interna con buena evolución tras pericardiocentesis y controles ecográficos. Además, se realiza Tomografía computerizada (TAC) con protocolo TEP sin evidenciarse patología aguda. Tras buena evolución, se decide alta clínica con diagnóstico de derrame pericárdico en relación a artritis reumatoide con seguimiento por parte de Reumatología y ajuste del tratamiento corticoideo.

CONCLUSIONES

El derrame pericárdico puede desarrollarse de manera lenta o rápida, siendo inicialmente asintomático en el primer caso y potencialmente causante de taponamiento incluso con pequeñas cantidades en el segundo. Los derrames loculados suelen relacionarse con cicatrices, y el derrame crónico masivo es poco común.

Los síntomas incluyen sonidos cardíacos distantes, ortopnea, tos, disfagia y, a veces, pérdida de conciencia. El diagnóstico puede incluir ECG (bajo voltaje, alteraciones del ST-T, alternancia eléctrica), radiografías (cardiomegalia globular, "silueta de botella de agua"), y ecocardiografía (líquido >15-35 ml). Los criterios de Light se utilizan para diferenciar derrames pericárdicos trasudados de exudados. Clasifican como exudado si el líquido pericárdico cumple al menos uno de los siguientes: relación proteína líquido/suero >0,5; relación LDH líquido/suero >0,6; o LDH del líquido >2/3 del límite superior normal en suero.

El derrame pericárdico se debe a múltiples causas, por lo que no es fácil de diagnosticar ni sospechar por parte del profesional. Debemos destacar como potencialemnte peligrosos los derrames secundarios a infecciones y neoplasias por ser de etiología severa, con el posible compromiso hemodinámico que ello incurre y potencial letalidad.

P. #299

DIAGNÓSTICO DEL QUISTE HIDATÍDICO EN URGENCIAS: IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA

Pablo Olivares Carril, Mauro Andrés Bosi, Flora García Sánchez

Hospital Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 69 años que acude al servicio de urgencias con síntomas de vómitos persistentes, pérdida de peso y dolor en el hipocondrio derecho de varias semanas de evolución.

Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, tratada con losartán 50 mg, hernia de hiato con reflujo gastroesofágico, en tratamiento con omeprazol 20 mg, y ferropenia crónica. No refiere hábitos tóxicos activos y es exfumadora. No tiene antecedentes de viajes a zonas endémicas y convive con un perro.

A la exploración física, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de ictericia ni de insuficiencia hepática. Se evidencia dolor a la palpación en el hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Los exámenes complementarios muestran hemoglobina de 8.5 g/dL, leucocitosis leve con neutrofilia del 76.4% y una proteína C reactiva (PCR) de 15.3 mg/L. La radiografía de tórax y abdomen no evidencia hallazgos de interés.

Ante la sospecha de una patología hepática, se realiza una ecografía clínica en urgencias, que identifica una lesión quística multiloculada de aproximadamente 10 cm en el lóbulo hepático derecho. Dado que estos hallazgos no son concluyentes, se solicita una ecografía reglada, la cual confirma la presencia de un quiste complejo. Posteriormente, la tomografía computarizada (TC) abdominal revela una lesión con calcificaciones periféricas, compresión duodenal y dilatación retrógrada de la cámara gástrica, hallazgos compatibles con quiste hidatídico hepático.

Con el diagnóstico establecido, se contacta con servicio de cirugía. La paciente se somete a tratamiento quirúrgico mediante una quistoperiquistectomía parcial. Se realiza punción y lavado del quiste con suero hipertónico al 20% y betadine, seguido de la resección parcial de la pared quística, asegurando la preservación del tejido hepático sano. Se deja un drenaje subhepático para prevenir complicaciones postoperatorias. Como tratamiento adyuvante, se indica albendazol 400 mg cada 12 horas durante tres meses para reducir el riesgo de recidiva.

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, con resolución de los síntomas iniciales y sin complicaciones significativas. La ecografía de control realizada a los tres meses muestra una evolución favorable, sin signos de recidiva.

CONCLUSIONES

El caso presentado resalta la importancia de la anamnesis detallada y la ecografía clínica como herramientas esenciales en el diagnóstico temprano del quiste hidatídico en urgencias. En este contexto, la anamnesis permitió identificar un factor epidemiológico clave: la convivencia con un perro, lo que orientó a considerar una posible etiología parasitaria desde el inicio.

Asimismo, la ecografía clínica, al ser una técnica rápida,

accesible y no invasiva, resultó crucial para la detección inicial de la lesión hepática, facilitando una orientación diagnóstica temprana. A pesar de que los estudios de imagen posteriores fueron necesarios para la confirmación, la ecografía en el servicio de urgencias permitió reducir el tiempo diagnóstico y optimizar el manejo de la paciente.

Este caso también subraya la relevancia del manejo multidisciplinario, con la colaboración entre los equipos de urgencias, radiología y cirugía, garantizando una intervención eficaz y un pronóstico favorable. Además, pone en evidencia la necesidad de insistir en la realización de estudios complementarios en pacientes con síntomas inespecíficos y factores de riesgo epidemiológico, evitando el subdiagnóstico de patologías menos frecuentes.

En cuanto al tratamiento, la combinación de cirugía y terapia antiparasitaria con albendazol resultó efectiva para erradicar el parásito y reducir el riesgo de recidiva.

Finalmente, este caso destaca la necesidad de fortalecer la formación en ecografía clínica para los médicos de urgencias. La capacidad de interpretar adecuadamente los hallazgos ecográficos iniciales puede mejorar la toma de decisiones clínicas, optimizar los recursos sanitarios y contribuir a un manejo más eficiente de enfermedades complejas como la hidatidosis hepática.

P. #357

DERRAME PLEURAL DERECHO EN PACIENTE EXFUMADOR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Manuel Ángel Palomero Martín, Ángel García García, Agustín Arévalo Velasco

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

El derrame pleural es un hallazgo frecuente en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y puede estar asociado a múltiples etiologías, desde procesos benignos hasta enfermedades malignas. Su detección incidental en estudios de imagen ambulatorios representa un reto diagnóstico que exige una evaluación rápida y sistemática.

En este contexto, la ecografía torácica a pie de cama se ha consolidado como una herramienta clave para la caracterización del derrame y la realización segura de procedimientos invasivos. Acudió al SUH un varón de 50 años, exfumador desde hacía 14 años con un índice paquete-año de 54,derivado tras la identificación incidental de un derrame pleural derecho de aproximadamente 200 cc en una ecografía abdominal realizada por otro motivo no urgente. El paciente refería dolor torácico pleurítico y pérdida de peso de dos kilogramos en el último mes, sin fiebre ni síntomas respiratorios. A su llegada, se encontraba hemodinámicamente estable, con una saturación de oxígeno del 98 % en aire ambiente.

La exploración física mostró murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar derecha y matidez a la percusión, sin signos de insuficiencia respiratoria.

La radiografía de tórax confirmó el derrame pleural sin consolidaciones ni masas evidentes.

Posteriormente, la ecografía torácica a pie de cama mostró un derrame anecoico sin septos ni tabicación, compatible con un exudado.

Ante la sospecha de etiología maligna, se realizó una toracocentesis diagnóstica guiada por ecografía, obteniéndose un líquido amarillo citrino. El análisis bioquímico confirmó los criterios de exudado según Light y la citología fue positiva para células malignas compatibles con adenocarcinoma pulmonar.

El paciente permaneció estable durante su estancia en el SUH, sin signos de insuficiencia respiratoria ni descompensación hemodinámica. La ecografía torácica facilitó una punción precisa, reduciendo el riesgo de complicaciones como neumotórax o sangrado.

CONCLUSIONES

El hallazgo de un derrame pleural en un paciente con antecedentes de tabaquismo debe considerarse de origen maligno hasta demostrar lo contrario. La ecografía torácica ha demostrado ser fundamental en el
diagnóstico y manejo de estos casos, permitiendo una detección temprana y un abordaje multidisciplinario oportuno para mejorar el pronóstico del paciente.

P. #365

MOLA QUE NO EMBARAZO, EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

José Luis Montesinos Díaz[1], Ana Ventura Correas[2], María Arévalo De Pablos[1], Fernando Pérez Muñoz[1], Pablo Tejada Grima[1], Sergio Lorrio Palomino[1]

1. SAMUR-PC, Madrid, España
2. SERMAS, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 36 años; gestante de aproximadamente 14 semanas, detectado mediante test de embarazo urinario positivo en domicilio. No ha recibido seguimiento obstétrico debido a condicionantes sociales.

Su motivo de consulta fue la presencia continuada de sangrado genital profuso en las últimas 4 horas. Refiere además episodios irruptivos de dolor en hipogastrio desde hace 3 semanas que actualmente se sobreañaden con intensidad significativa; y, una queja larvada y silente de náuseas continuadas desde hace varios meses.

Sus antecedentes obstétricos tratan de cinco gestaciones, incluida la actual. Las dos iniciales: finalizaron en parto vaginal; y, las dos siguientes: en sendos abortos espontáneos durante el primer trimestre, de los que no se llevó a cabo estudio alguno. Además reconoce ser consumidora habitual de tabaco y ocasionalmente de cocaína y fentanilo.

En la valoración inicial se encuentra eupneica, normoperfundida pero con pulso radial filiforme y rápido; consciente y colaboradora. Se confirma la presencia de sangrado genital "babeante" continuo de coloración rojiza pero con un llamativo tinte oscuro predominante.

La exploración abdominal revela una altura uterina, mayor de la esperada para la edad gestacional (EG), hasta un escaso través de dedo inferior al ombligo; y, dolor a la palpación en hipogastrio pero sin datos de irritación peritoneal.

Aplicamos monitorización continua a la paciente con hallazgo de: frecuencia cardíaca (FC) de 112 latidos por minuto (lpm), cifras tensionales (TA) con tendencia descendente, hasta un límite inferior de 86/40 milímetros de mercurio (mmHg). Evolutivamente en un corto período de tiempo se incrementa la taquicardización hasta 125 lpm y se hace patente una significativa palidez cutánea, sudoración leve y retraso del relleno capilar. Obtenemos un acceso venoso periférico, muestra sanguínea para analizador portátil y se realiza posterior pauta de cristaloides, hasta un total de 400 mililítros (ml).

Además prescribimos analgesia con 1 gramo (g) de Paracetamol intravenoso (iv) y se difiere el tratamiento antiemético en este momento inicial debido a que no presenta actualmente una clínica destacada y que se trata de una paciente embarazada.

Tras estas actuaciones se alcanza una estabilización tensional hasta los 105/65 mmHg y una nueva FC de 95 lpm. La paciente experimenta una mejoría franca de la perfusión distal y desaparición de la sudoración previa.

Los resultados analíticos obtenidos no muestran alteraciones en hematocrito ni hemoglobina, con iones y pH en rango, tan solo destaca una elevación del ácido láctico hasta 3.2 miliequivalentes por litro (mEq/L) y un exceso de bases (EB) de -1,3.

Realizamos una ecografía transabdominal a pie de cama con los siguientes hallazgos en la ventana hipogástrica. Tras el contenido anecoico vesical, se visualiza una masa de apariencia heterogénea, en localización teóricamente uterina, con múltiples espacios anecoicos en su interior sin presencia de líquido amniótico y con ausencia de latido ni estructura fetal.

Recomendamos el traslado hospitalario de la paciente con el diagnóstico diferencial de embarazo molar, como primera posibilidad, versus aborto espontáneo consumado, dadas las características visualizadas en la ecografía.

Durante el traslado la paciente se mantiene estable clínica y hemodinámicamente. En la urgencia hospitalaria se obtiene nuevo análisis sanguíneo reflejando una anemización de 2 puntos hasta 11 gramos/decilitro (g/dL) de hemoglobina respecto de la muestra inicial y unas cifras de gonadotropina coriónica humana (hCG) de 132.000 unidades/litro (U/L) compatible con la sospecha inicial más probable de embarazo molar.

CONCLUSIONES

Por tanto, la valoración ecográfica a pie de cama continúa reafirmándose como una herramienta fundamental en la emergencia extrahospitalaria. Incrementa exponencialmente el grado de certidumbre diagnóstica de los profesionales, promueve la canalización precoz y adecuada del paciente a través del sistema sanitario; y, la mayor y mejor información a los pacientes sobre su patología.

P. #367

LA PROCEDENCIA ENDÉMICA COMO FACTOR DETERMINANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE ESQUISTOSOMIASIS URINARIA: UN CASO DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN URGENCIAS

José Sananton López, Mireia Garrigues Badia, María Beltrán Claver

Hospital San Francisco de Borja, Gandia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 27 años, procedente de Mali, que consulta en el servicio de urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha (FID). Asocia vómitos y diarrea, sin fiebre termometrada.
No presenta antecedentes médico-quirúrgico de interés ni tratamientos crónicos.
En la exploración física se observan constantes estables, con buen aspecto general y destaca dolor en FID con defensa abdominal. Murphy, blumberg y rovsing negativos.
Se solicita una analítica donde destaca creatinina de 1,54 mg/dL, amilasa de 195 U/L y leucocitosis de 12,5x10^9/L.
Se incia tratamiento anaglesico para control del dolor.
Ante persistencia del dolor se escala en el tratamiento analgesico y se solicita TAC abdomino-pelvico donde se informan múltiples implantes calcificados en ambos ureteres con uropatía obstructiva derecha asociada grado II con sospecha de parasitosis crónica como primera posibilidad. Se confirma mediante serologias con estudio microscopico la presencia de huevos de schistosoma haematobium.
El diagnóstico diferencial incluye diversas entidades que pueden presentar síntomas similares, como apendicitis, que es una causa común de dolor en el flanco derecho, pero que en este caso fue descartada por la ausencia de signos clínicos característicos como la rigidez y el rebote, además de la negativa de pruebas como Murphy y Rovsing. Otras patologías a considerar son la colecistitis, infecciones urinarias complicadas y cálculos renales, que también pueden generar dolor abdominal y alteraciones en los parámetros de laboratorio, aunque los hallazgos en la TAC, que revelaron los implantes calcificados en los ureteres, orientaron más a una etiología parasitaria.
Ante diagnistico de uropatía obstructiva detecha y esquistosomiasis urinaria, la paciente ingresa a cargo de Urología y se pauta prednisona 40 mg/día durante 5 días y prazinquantel 4 comprimidos de 600 mg dosis única.
Finalmente se decide realización de nefrostomía percutánea derecha y posterior control evolutivo por posible afectación a nivel contralateral.

CONCLUSIONES

Este caso clínico presenta a una paciente joven, procedente de Mali, que consulta por dolor en el flanco derecho, vómitos y diarrea, sin fiebre, y cuyo diagnóstico finalmente revela una uropatía obstructiva asociada a esquistosomiasis urinaria, confirmada por la presencia de huevos de Schistosoma haematobium. La alta sospecha diagnóstica de parasitosis crónica se ve favorecida por la procedencia del paciente, dado que la esquistosomiasis es una enfermedad endémica en África, especialmente en regiones como Mali, donde la exposición al parásito ocurre principalmente por contacto con aguas contaminadas. Este contexto epidemiológico, junto con la manifestación clínica y los hallazgos en la TAC y análisis de laboratorio, refuerzan la importancia de considerar esta patología en pacientes procedentes de áreas endémicas, ya que su diagnóstico puede retrasarse si no se tiene en cuenta el historial de procedencia del paciente y la prevalencia de la enfermedad en la región. La identificación de la esquistosomiasis como diagnóstico definitivo resalta la importancia de considerar enfermedades tropicales en pacientes procedentes de áreas endémicas y la necesidad de un enfoque diagnóstico exhaustivo.

P. #405

NO TODA SOSPECHA DE COLECISTITIS ES LO QUE PARECE: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

Jimena Riesco Varas[1], Carmen Rodríguez Cortegoso[1], Lia Araújo Reis[1], Adrián Joaquín Barrajón Masa[2], Carlota Clemente Callejo[3], Enrique Del Toro Daza[3]

1. Médico Interno Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
2. Facultativo Especialista Área. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
3. Facultativo Especialista Área. Servicio Urgencias. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 81 años que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 10 días de evolución acompañado de náuseas, vómitos y sensación distérmica. A su llegada, afebril y hemodinámicamente estable con buen estado general. En la exploración física presenta abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy dudosamente positivo. No se palpan masas ni megalias y tampoco presenta signos de irritación peritoneal.

Analíticamente, presenta leucocitosis de 14.500/µL sin neutrofilia, alteración leve del perfil abdominal (ALT 49U/L, AST 39U/L, GGT 42U/L, LDH 488U/L, lipasa 117U/L) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 96,9mg/L y PCT 0,07ng/mL). Se realiza radiografía de abdomen que es anodina.

Ante la presencia de criterios de Tokyo para sospecha de colecistitis aguda (criterio A: signos locales y criterio B: signos sistémicos de inflamación), se realizó ecografía abdominal a pie de cama. En dicha prueba se objetivó una lesión redondeada de 4,7cm de diámetro máximo, de bordes irregulares, heterogénea, mayoritariamente hipoecogénica con finos septos en su interior, compatible con un absceso hepático. Ante tal hallazgo se completó estudio con tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso que confirmó el diagnóstico. Asociaba además dilatación de la vía biliar extrahepática, en probable relación con colangitis aguda.

Se inició antibioterapia empírica con ertapenem y metronidazol y se ingresó a la paciente en Aparato Digestivo para continuidad de cuidados con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES

El absceso hepático es una patología poco frecuente, con una incidencia entre 0,008 y 0,022%, a pesar de ser los abscesos intraabdominales más frecuentes.

Lo más habitual es que se produzcan adyacentes a focos de infección (vía biliar ascendente, hematógena, contigüidad…). El absceso hepático suele ser de origen polimicrobiano, predominando las enterobacterias, sobre todo Escherichia coli y, en menor medida, los anaerobios.

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas (fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos…). Esto puede suponer un retraso diagnóstico y terapéutico asociado a una alta mortalidad. En los últimos años, gracias a pruebas de imagen (como la ecografía que permite un diagnóstico precoz) y avances terapéuticos (nuevos antimicrobianos y técnicas de drenaje), la mortalidad se ha reducido al 2-5%.

En este caso, la principal sospecha diagnóstica por las manifestaciones clínicas y analíticas era patología de la vía biliar. Gracias a ello, se realizó una ecografía en urgencias que nos permitió llegar al diagnóstico de absceso hepático, probablemente secundario a colangitis aguda.

Su imagen ecográfica es similar a la de un quiste complicado con ecogenicidad variable (mayoritariamente hipo o anecoicos), con pared irregular y refuerzo acústico. En su interior pueden presentar septos (como en nuestro caso), niveles o focos ecogénicos si hay gas en su interior.

El diagnóstico diferencial ante una lesión de dichas características debe hacerse con otras lesiones hepáticas ocupantes de espacio.

Podemos encontrarnos quistes simples cuya imagen ecográfica es una lesión anecoica sin ecos en su interior, delimitada por una pared fina. Cuando se complican (infección, hemorragia…) es cuando aparecen ecos o septos en su interior, irregularidades en la pared…

Por otro lado, tenemos los tumores benignos como el hemangioma (lesión homogénea hiperecogénica sin captación Doppler) o la hiperplasia nodular focal (lesión bien delimitada, hipo o isoecogénica no encapsulada). Por último, pueden tratarse de tumores malignos como el carcinoma hepatocelular, cuya imagen ecográfica es variable.

Como conclusión debemos establecer que la presencia de fiebre sin foco en paciente con factores de riesgo (infección intraabdominal o cirugías previas) debe hacernos sospechar esta patología. Es fundamental conocer el diagnóstico diferencial ecográfico de las lesiones hepáticas ocupantes de espacio, de cara a establecer el tratamiento de elección en función del caso.

P. #450

IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

Joaquín De La Cruz Andúgar Rocamora
Hospital Rafael Méndez, Lorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y gran fumador, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal súbito, intenso, localizado en epigastrio con irradiación lumbar, y sensación de mareo. Al examen se evidencia palidez cutánea, sudoración profusa y tensión arterial de 80/50 mmHg, con frecuencia cardíaca de 115 lpm.
Ante la sospecha inicial de "shock no filiado" y considerando sus factores de riesgo, se inicia monitorización y se realiza una ecografía a pie de cama (POCUS) en el área de reanimación, observándose una dilatación aórtica infrarrenal superior a 6 cm junto con un posible hematoma retroperitoneal. Los hallazgos son compatibles con la rotura de un aneurisma de aorta abdominal (AAA). Se inicia infusión de fluidos con control estrictamente guiado para evitar un aumento brusco de la presión arterial que agrave la hemorragia. Se efectúa angioTAC urgente para la confirmación, apreciándose rotura contenida de la pared aórtica.
El paciente es trasladado de forma inmediata al servicio de cirugía vascular del hospital de referencia, mediante ambulancia medicalizada, donde se procede a la reparación quirúrgica de la rotura.

CONCLUSIONES

La rotura de aneurisma de aorta abdominal constituye una emergencia vital con elevada mortalidad. La ecografía a pie de cama es una herramienta que permite un diagnóstico muy rápido, esencial para la toma de decisiones así como, la activación inmediata de los equipos quirúrgicos. Un alto índice de sospecha en pacientes de riesgo y la rápida confirmación por angioTAC son claves para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

P. #455

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA OLIGÚRICA EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL: SOSPECHA DE URINOMA

Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], Rebeca Díaz Cortés[2], María Eveline Nicolaita Colacel[1], Carmen Montejo González[1], Noelia De Sousa Pérez[1], Ana Ramírez Muñoz[1]
1. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. Presenta insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética, habiendo recibido un trasplante renal derecho hace menos de un mes.
Acude al Servicio de Urgencias por anuria de menos de 24 horas de evolución tras la retirada de catéter doble J el día previo, con disminución del débito urinario (menos de 50 mL). No presenta clínica miccional, fiebre, disnea ni diarrea. Señala aumento de diámetro de miembros inferiores hasta los muslos, en relación con inicio de clínica.
A la exploración, la paciente permanece afebril, con presión arterial de 139/51 mmHg, frecuencia cardiaca de 78 lpm y saturación de oxígeno basal del 95%. Se encuentra consciente, orientada y colaboradora, con buen estado general. No se observan signos de dificultad respiratoria ni alteraciones cardiopulmonares. El abdomen es blando y depresible, sin dolor a la palpación. Se evidencian edemas con fóvea hasta raíz de miembros inferiores.
En analítica sanguínea se observa una clara elevación de creatinina (3.6 mg/dL, previa 2.3) con un filtrado glomerular de 12 mL/min. En el sedimento urinario se recoge leucocituria (2+), hematíes en indicios y nitritos negativos.
Se decide realiza una ecografía abdomino-pélvica a pie de cama, en la que se visualiza el riñón trasplantado en fosa ilíaca derecha, de tamaño aumentado. Además se aprecia una colección anecoica peri-injerto, compatible con urinoma, con efecto compresivo sobre la vejiga. El estudio Doppler muestra flujo vascular conservado en el injerto renal, sin signos de trombosis ni alteraciones hemodinámicas evidentes. Dados hallazgos, se decide ampliar estudios con un TC abdominopélvico sin contraste para cuantificar extensión de la colección y filiar origen de la misma, de cara a manejo por parte de Urología y Nefrología. En el TC se aprecia la presencia de colección líquida de baja densidad alrededor del injerto renal, de aproximadamente 21 cm, con extensión hacia la hemipelvis derecha y compresión de la vejiga, compatible con urinoma. No se identifica punto de fuga por ausencia de contraste.

CONCLUSIONES

La paciente presenta insuficiencia renal aguda oligúrica en el contexto de un trasplante renal reciente, con sospecha de urinoma como posible causa obstructiva tras la retirada del catéter doble J. Se considera también un factor prerrenal debido a bajas ingestas. La evaluación inicial mediante ecografía a pie

de cama en el Servicio de Urgencias ha sido clave para orientar el diagnóstico, permitiendo identificar la colección periinjerto y fundamentar la necesidad de pruebas complementarias adicionales. Gracias a esta herramienta, se ha podido decidir el ingreso hospitalario para vigilancia estrecha, realización de nefrostomía percutánea y drenaje de la colección, así como la reevaluación por los servicios de Nefrología y Urología, optimizando así el manejo clínico del paciente.

P. #457

EXTRACCIÓN ECOGUIADA DE UNA ESPINA DE PALMERA EN URGENCIAS

Chaimae Ouahhoudi Ajouini[1], María Eveline Nicolaita Colacel[1], Carmen Montejo González[1], Rebeca Díaz Cortés[2]

1. Hospital universitario de Cabueñes, Gijón, España
2. Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Se presenta en el Servicio de Urgencias un paciente varón de 35 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por dolor localizado en la cara anterior de la pierna izquierda. El paciente refiere haber sufrido una punción accidental con una espina de palmera hace diez días, la cual fue manejada inicialmente con antibiótico tópico. La evolución inicial fue favorable, sin aparición de signos evidentes de infección.
Sin embargo, en los últimos días ha notado una sensación de molestia persistente en la zona afectada, lo que motiva su consulta. A su llegada a Urgencias, no presenta fiebre ni otros síntomas sistémicos.
A la inspección, se observa una pequeña lesión puntiforme en proceso de cicatrización en el tercio medio de la cara anterior de la pierna izquierda, sin signos de eritema, inflamación ni secreción purulenta. La palpación es indolora, aunque el paciente refiere leve molestia al roce superficial.
Inicialmente, se solicita una radiografía de tibia y peroné en la que no se objetiva la presencia de cuerpo extraño radiopaco.
Dada la persistencia del dolor y el antecedente de cuerpo extraño, se decide realizar una ecografía en el servicio de Urgencias. El estudio ecográfico revela la presencia de una pequeña estructura hiperecogénica compatible con un cuerpo extraño incrustado en el tejido subcutáneo, rodeado por una leve reacción inflamatoria. Ante estos hallazgos, se procede a la extracción bajo anestesia local, logrando la retirada completa del fragmento de espina de palmera. Posteriormente, se prescribe antibioterapia oral como medida profiláctica y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la relevancia del uso del ecógrafo en el Servicio de Urgencias para la detección precoz de cuerpos extraños, especialmente cuando los signos clínicos son sutiles y la exploración física no es concluyente. En pacientes con antecedentes de punción accidental por elementos vegetales u otros objetos, la ecografía permite un diagnóstico preciso, evitando complicaciones como infecciones secundarias o reacciones inflamatorias crónicas. Su disponibilidad en Urgencias optimiza el manejo de este tipo de patologías, reduciendo el tiempo de evolución y mejorando la resolución de los casos.

P. #469

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA FAST EN URGENCIAS: HEMOPERITONEO POR EMBARAZO ECTÓPICO

Fátima Tárraga Galdón, Ziad Issa-Masad Khozouz
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años con antecedentes de síndrome del estrecho torácico superior, enfisema pulmonar y embolización ovárica bilateral, que acude a Urgencias por cuadro de malestar general, dolor abdominal y vómitos de 3 horas de evolución.
Comenta que después de la ingesta a mediodía comienza con dolor abdominal localizado en hipogastrio, náuseas y vómitos de contenido alimenticio, acompañados de dolor torácico atípico, palpitaciones y sensación distérmica, sin fiebre termometrada.
Su familiar comenta que ha tenido varios episodios de desvanecimiento durante el desplazamiento hacia el hospital, uno de ellos con movimientos tónico-clónicos de extremidades, sin relajación de esfínteres, y con recuperación espontánea posterior.
Niega posibilidad de embarazo, refiriendo menstruación durante la semana previa.
La paciente se encuentra con regular estado general, inquietud psicomotriz, palidez cutánea, sudoración profusa y con tendencia a la hipotensión. Las constantes a nuestra valoración son: tensión arterial 85/55 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, y saturación de oxígeno del 100%.
A la exploración abdominal destaca abdomen blando y depresible, muy doloroso a la palpación en hipogastrio y con defensa voluntaria. No masas ni visceromegalias, ni signos de irritación peritoneal.
Mientras iniciamos medidas de estabilización hemodinámica, realizamos ecografía FAST (Extended Focused Assesment with Sonography in Trauma) en el box de Críticos, detectando líquido libre en espacios hepatorrenal, esplenorrenal y en fondo de saco de Douglas.
Ante dicho hallazgo, sospechamos que se trate de un shock hipovolémico por sangrado intraabdominal o ginecológico. Se solicita TAC abdómino-pélvico, detectándose en el mismo gran cantidad de hemoperitoneo, con coágulo centinela en pelvis que sugiere origen ginecológico (embarazo ectópico roto o rotura folicular).
Dado el rápido deterioro hemodinámico, con cifras de hipotensión persistentes y el empeoramiento clínico progresivo de la paciente, se ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para inicio de medidas de resucitación, canalización vía de acceso central y transfusión de hemoderivados. A su vez, dado que la prueba de imagen sugiere origen ginecológico del cuadro, se avisa a Ginecología para intervención quirúrgica emergente.
Se traslada rápidamente a la paciente al quirófano y se realiza laparotomía exploradora, con evacuación de hemopertioneo abundante y visualización de gestación ectópica en trompa izquierda, realizándose salpinguectomía izquierda, sin incidencias asociadas.
Juicio clínico: Abdomen agudo. Hemoperitoneo en el contexto de rotura de embarazo ectópico.
Posteriormente, permanece ingresada en planta durante una semana, presentando buena evolución clínica y recibiendo el alta domiciliaria.

CONCLUSIONES

La ecografía en Urgencias se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica fundamental en nuestro tiempo. Es una técnica rápida e inocua que sirve de complemento a la exploración física, influyendo en la toma de decisiones y ayudando a determinar si un paciente inestable requiere una intervención quirúrgica de emergencia.
La ecografía FAST consiste en la valoración de 4 puntos (pericárdico, perihepático, periesplénico y pélvico) para detectar imágenes hipoecoicas relacionadas con líquido libre a nivel pericárdico o intraabdominal. En dicho contexto, a pesar de que la paciente no fuera un politraumatismo, los puntos de exploración fueron determinantes para la detección de líquido libre.
Posiblemente también hubiera sido de gran utilidad seguir la sistemática del protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock), que establece un enfoque para diferenciar entre shock hipovolémico, cardiogénico, distributivo y obstructivo. Sin embargo, dada la anamnesis y la joven edad de la paciente, cabía pensar en la posibilidad de que se tratara de un shock hipovolémico desde el inicio.
Por tanto, en el caso de nuestra paciente, con signos evidentes de inestabilidad hemodinámica, la realización de la ecografía a pie de cama fue determinante para una actuación rápida y eficiente.

P. #488

ENTRE EL CORAZÓN Y LA PARED: UN DERRAME CON SORPRESA

José Rubén García Montes[1][2], Erick Rodolfo Corpeño Monge[2], Diego José Castrillon Rodríguez[2], José Gabriel Carpio Guayamo[3][2], Jorge Hernán Agrado Vanegas[4][2], Giannina Milagros Escalante Matos[1]

1. CS Illescas, Illescas, España
2. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
3. CS Torrijos, Torrijos, España
4. CS Nambroca, Nambroca, España

INTRODUCCIÓN

Paciente de 58 años con APP de Miopericarditis con ingreso en UCI. Acude por presentar dolor opresivo centro torácico en reposo que aumenta con el decúbito y mejora con la bipedestación . Acompañado de disnea de reposo. NO clínica de ICC. EF: TAS: 113.0 TAD: 71.0 FC: 84.CYC: No iy. AR: MV abolido en las bases.AC: no roce pericardico.
Fibrinógeno (Derivado) ** 1032.0 mg/dL, Proteina C reactiva ** 337.5 mg/L. Troponina T alta sensibilidad 14.70 ng/L. ECG :ST sin alteración. Se realiza ecografía clínica a pie de cama encontrando derrame pericardico en ventana subxifoideo de 18 mm anterior del ventrículo derecho, y de 14 mm posterior a ventrículo izquierdo, llama la atención los tabiques que presenta el interior del derrame, no colapso de cavidades derechas, Vena cava inferior dilatada sin colapso de menos del 50%, ademas presenta derrame pleural bilateral predominio derecho, visible en la ecografía pulmonar.

OBJETIVO

Diagnostico mediante Ecografía a pie de cama

MÉTODO

POCUS(Point-of-Care Ultrasound) o ecografía a pie de cama es una herramienta diagnóstica utilizada en tiempo real por médicos en el punto de atención del paciente, como urgencias, UCI o consultas rápidas. Se trata de un estudio ecográfico dirigido, realizado por el clínico que atiende al paciente, con el objetivo de obtener información rápida y precisa para la toma de decisiones.
Evaluación rápida de la función ventricular, derrame pericárdico y signos de taponamiento.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La pericarditis causa el 0,1 % de todos los ingresos hospitalarios y el 5 % de los ingresos en Urgencias por dolor torácico. E(1,2) Los síndromes pericárdicos incluyen la pericarditis, el derrame pericárdico (DP), el taponamiento cardiaco (TC) y la pericarditis constrictiva (PC).Para establecer el diagnóstico se deben cumplir dos de los siguientes cuatro criterios:Dolor torácico (85-90 %), roce pericárdico (< 33 %),Cambios en el ECG (hasta el 60 %), Derrame pericárdico (hasta el 60 % d).Según su tamaño como leve (< 10 mm), moderado (10-20 mm) o grave (> 20 mm). (3,4) (La pericarditis constrictiva se e trata de una inflamación crónica del pericardio, generando una fibrosis y calcificación que conlleva a la limitación del llenado ventricular. (5)

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente joven con increso reciente en UCI por miopericarditis a su llegada estable sin hipotensión, ECG sin elevación del ST sugestivo de patología, lo dejan en consulta de rápidos, a nuestra valoración el paciente sin ingurgitacion yugular, sin hipotensión y sin roce pericardico, ECG normal. Al realizar la ecografía clínica a pie de cama encontrarnos con los hallazgos de derrame pericardico moderado, con datos de fibrina en interior y posible aumento con respecto a informes previos, se realizó el diagnostico con dos criterios el de dolor torácico y derrame pericardico, se ingresa en cardiología.

P. #495

DOLOR ABDOMINAL CON IMAGEN CALCIFICADA EN RADIOGRAFIA

Esther Ballesteors Muñoz, Elena Carrasco Fernández, Cristina Onsurbe Belló

Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 46 años que consulta en Urgencias por cuadro de dolor abdominal que localiza en mesogastrio y en flanco y fosa iliaca derecha con vómitos aislados de forma intermitente, ya había consultado previamente por cuadros de similares características. Como antecedente personal de interés destaca que se encuentra en lista de espera par ser intervenido por una hernia paraumbilical.

En la exploración física se observa dolor en mesogastrio donde se palpa hernia paraumbilical sin datos de complicación y dolor sin defensa ni peritonismo a la palpación de flanco y fosa iliaca derechas.

Se realiza analítica sanguínea con todos los parámetros dentro de la normalidad y se realiza radiografía de abdomen donde en fosa iliaca derecha se observa imagen calcifica de 1 cm de diámetro, dado las dimensiones de la imagen en primer lugar pensamos que se trataba de partes blandas calcificadas en relación a inyección intramuscular, pero para confirmar la localización se decide realizar nueva radiografía con una proyección lateral donde se evidenció que la imagen era intraabdominal.

Tras medicación intravenosa la clínica del paciente desaparece pero aun así se decide realizar TAC de abdomen para filiar la imagen donde se describe como gran apendicolito en base apendicular, presentado apéndice distal con diámetro anteroposterior de 9 mm sin desdibujamiento de la grasa adyacente.

Con este diagnóstico se realiza interconsulta a Cirugía General que finalmente realiza intervención programada donde reparan la hernia paraumbilical y realizan apendicectomía.

CONCLUSIONES

En este caso podemos concluir que la realización de la radiografía simple de abdomen en Urgencias fue fundamental par a el diagnóstico del paciente y que gracias al diagnóstico de apendicolito en nuestro servicio pudo ser intervenido con un solo paso por quirófano de ambas patologías, la hernia paraumbilical y el gran apendicolito.

P. #679

DESTRUYENDO LOS MUROS DE LA OBVIEDAD: LA ECOGRAFÍA, LA FIEL ALIADA

Danae Moreno Alcaide, Pedro María Marcos Calles, Aida Calonge Tudanca, Alba Sasia Tomas, Oihane Orokieta Rincon, María Ángeles San Martín Díez

HU. Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 71 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes tipo 2, Fibrilación auricular (FA) diagnósticada hace 2 meses anticoagulada con Dabigatran y pericarditis aguda hace un año. En seguimiento en Cardiología ambulatoria por este motivo, con última consulta hace 2 semanas, en la que se encontraba asintomático. Acude a Urgencias derivado por su médico de atención primaria por edemas en extremidades inferiores.

Refiere aumento progresivo de edemas en EEII, aumento de perímetro abdominal y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos en la última semana. Asociando oliguria sin clara ortopnea, ni disnea paroxística nocturna.

A su llegada se encuentra eupneico en reposo, con saturación basal de 98% y tendente a hipotensión 100/67mmHg con frecuencia cardiaca de 100 lpm.

A la auscultación cardiopulmonar se encuentra arrítmico y presenta crepitantes bibasales hasta campos medios pulmonares. Presenta plétora yugular y edemas con fóvea hasta raíz de ambos muslos.

En el Electrocardiograma realizado llama la atención bajos voltajes y escaso crecimiento de onda R en precordiales. En la radiografía (Rx) de tórax presenta derrame pleural izquierdo y cardiomegalia importante, mayor que en Rx previas. Analítica destaca PCR 45 sin leucocitosis, proBNP 3478 con fracaso renal agudo con filtrado glomerular de 55 (previos de 90) creatinina 1,40 (previas de 0,7) y urea 91, sin anemia, ni alteración en la coagulación.

Ante estos hallazgos realizamos ecoscopia a pie de cama. Visualizamos derrame pericárdico severo en receso pericárdico superior de hasta 5cm y posterior a VI severo en eje largo, condicionando colapso de VD y parcial de VI. Impresionando así de derrame loculado. Vena cava inferior dilatada de 27mm que no colapsa.

En parénquima pulmonar bilateral destacaban líneas B en campos basales con derrame pleural moderado predominantemente izquierdo en ecoscopia.

Iniciamos sueroterapia intravenosa con suero salino fisiológico (SSF). Avisamos a Cardiología de guardia y se solicita TAC torácico para ver extensión completa de derrame pericárdico.

En el TAC, concluyen que presenta severo derrame pericárdico loculado de predominio en el receso pericárdico superior y periventricular que condiciona colapso parcial de ambos ventrículos, sin signos de pericarditis. Además, moderado derrame pleural bilateral y líquido libre intraabdominal.

Tras SSF 1000ml IV, el paciente presenta tanto mejoría clínica y como ecocardiográfica, por lo que ingresa en Cardiología pendiente de realizar pericardiocentesis evacuadora programada en 24 horas.

Tras la realización de esta técnica drenando 4L de derrame hemorrágico (se descarta infeccioso posteriormente), evoluciona favorablemente mejorando insuficiencia cardiaca de predominio derecho y fracaso renal agudo.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico quería destacar la importancia del apoyo de la ecografía a pie de cama en la exploración de los pacientes con disnea en el servicio de urgencias.
Inicialmente podría impresionar en este caso de un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva en un paciente con antecedentes de FA de reciente diagnóstico, previo a la realización de las pruebas complementarias. Con la ecografía evitamos el inicio de tratamiento diurético, lo que hubiera supuesto un empeoramiento del cuadro clínico del paciente con empeoramiento del colapso biventricular y consiguiente inestabilidad hemodinámica y riesgo de parada cardiorespiratoria.

P. #732

TAPONAMIENTO CARDIACO POR DERRAME PERICÁRDICO MALIGNO

Óscar Mitchell Salazar Trigoso
Hospital Universitario Mútua Terrassa, Terrassa, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años sin alergias medicamentosas conocidas. Presentó isquemia de extremidad inferior en los dos meses previos, tratada con anticoagulación y antiagregación.
Acude al servicio de Urgencias por dolor centrotorácico opresivo, de inicio progresivo de 48 horas de evolución, localizado en la región retroesternal, irradiado hacia el cuello y los hombros. Refiere disnea progresiva, palpitaciones y sensación de mareo. Niega otros síntomas.
En la exploración física está decaído, diaforético y cianótico. TA:85/50mmHg, FC: 120lpm, FR: 24rpm, SpO2 95% (VMK FiO2 35%). Presenta ruidos cardíacos apagados, ingurgitación yugular, signo de Kussmaul positivo, presencia de pulso paradójico y disminución del murmullo vesicular en bases pulmonares.
Pruebas complementarias:
- Electrocardiograma: Taquicardia sinusal, alternancia eléctrica y disminución del voltaje en las derivaciones periféricas.
- Ecocardiografía clínica a pie de cama: Derrame pericárdico moderado-grave (>4 cm en diástole). Colapso diastólico de la aurícula y ventrículo derechos. Signos de taponamiento cardíaco.
- Analítica sanguínea: Leucocitos 21.360/µL. D Dímero 14816 ng/mL, Troponina T 40.69ng/L, PCR 128 mg/L.

Se orienta el caso como taponamiento cardíaco y se procede a la estabilización del paciente con fluidoterapia para mejorar el gasto cardíaco y oxigenoterapia. Se procede a la pericardiocentesis urgente bajo guía ecográfica con extracción de 810mL de líquido hemático, con mejoría inmediata de los síntomas y de la situación hemodinámica. El análisis del líquido pericárdico muestra un exudado con evidencia de células malignas que se confirman como carcinoma pulmonar de célula no pequeña metastásico.
Evolución: El paciente presenta mejoría clínica significativa tras la pericardiocentesis. Permanece en observación en la unidad de cuidados intensivos durante 24 horas, sin complicaciones. Ingresa en Oncología donde se amplía estudio y se inicia quimioterapia con Pembrolizumab, falleciendo al mes siguiente.
Discusión:
El derrame pericárdico y el taponamiento cardíaco son condiciones que pueden tener múltiples causas desde infecciones, neoplasias (mesotelioma pericárdico o metástasis de cáncer de pulmón entre otras neoplasias), enfermedades autoinmunes hasta enfermedades metabólicas e idiopáticas.
El taponamiento cardíaco compromete el llenado cardíaco y constituye una emergencia médica que requiere intervención inmediata para salvar la vida del paciente. La evolución y el pronóstico dependen de la etiología subyacente y la rapidez con la que se instaura el tratamiento adecuado.
La neoplasia de células no pequeñas (NSCLC) es el tipo más común de cáncer de pulmón. Entre 5-10% de los pacientes con

NSCLC avanzado/metastásico desarrollan derrame pericárdico que ocurre cuando las células cancerosas se diseminan al pericardio acumulando líquido en el espacio pericárdico. El taponamiento cardíaco es una complicación grave, aunque menos frecuente (1-2%). El adenocarcinoma es el subtipo histológico de NSCLC más comúnmente asociado con derrame pericárdico.
La isquemia arterial aguda de extremidades inferiores reciente podría estar relacionada con la neoplasia. La asociación con el NSCLC metastásico no es común, aunque ocurre en ciertos contextos. Puede estar relacionada con estado de hipercoagulabilidad conocido como trombofilia asociada al cáncer. Los pacientes con NSCLC tienen un mayor riesgo de desarrollarlo. El adenocarcinoma de pulmón, en particular, está fuertemente asociado con un mayor riesgo de eventos trombóticos. En casos raros, metástasis tumorales en aurícula o el ventrículo izquierdos, pueden desprender fragmentos tumorales o coágulos que viajan a través de la circulación arterial, causando embolias y, por ende, isquemia aguda.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la importancia del diagnóstico temprano y el manejo urgente del taponamiento cardíaco, una condición potencialmente mortal que requiere intervención inmediata. La ecocardiografía clínica a pie de cama es la herramienta diagnóstica clave, y la pericardiocentesis es el tratamiento definitivo en la mayoría de los casos.

P. #776

VUELVE EL PACIENTE DE LA ORQUIEPIDIDIMITIS, ¿QUÉ HAGO?

Marta Morales Jiménez[1], María Vicente Herrero[1], Ana María Sanz García[1], Jorge Artuñedo Remesal[1], Esther Álvarez-Rodriguez[2]

1. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón, Villaviciosa De Odón, España
2. Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa, Leganés, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años hipertenso, dislipémico y diabético, que acude a Urgencias por dolor testicular derecho de dos meses de evolución que ha ido progresivamente aumentando. Además, refiere molestias en la micción y dolor con la eyaculación. Afebril en todo momento. No otra sintomatología en la anamnesis dirigida y no refiere relaciones sexuales de riesgo.
Es la 2ª vez que acude a Urgencias por este motivo ya que 2 meses atrás, al principio del cuadro, había acudido por los mismos síntomas. Entonces se le diagnosticó de orquioepididimitis, y fue tratado con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7 días. Ante la persistencia de los síntomas, su Médico de Atención Primaria había repetido el ciclo con ciprofloxacino sin éxito.
A su llegada a Urgencias, el paciente se encuentra normotenso, normoperfundido y afebril. Consciente y orientado. Bien hidratado y normocoloreado. En la exploración a nivel genital, no existen lesiones cutáneas. A la palpación del testículo derecho refiere molestia y se objetiva que ese testículo se encuentra un poco más elevado que el izquierdo. No edema, no calor ni eritema. No se palpan masas ni adenopatías inguinales. El resto de la exploración física es anodina.
En las pruebas complementarias, el paciente no presenta ninguna alteración en el hemograma ni elevación de reactantes de fase aguda; la bioquímica básica también es normal. El sedimento de orina es normal; aun así, se recoge un urocultivo que posteriormente nos informan como negativo.
Se decide solicitar una ecografía testicular de forma ambulatoria y se pauta tratamiento analgésico. En la ecografía ambulatoria se observan masas testiculares bilaterales compatibles con un proceso neoplásico, como primera posibilidad proceso hematológico; así como leve engrosamiento difuso e hipoecoico de ambos epidídimos de aspecto inespecífico, compatibles con epididimitis crónica
Se deriva al paciente a Urología donde se realiza una nueva analítica con todos los parámetros en rango, incluidos alfa-1-fetoproteina y beta-HCG; así como una tomografía computada toraco-abdominal-pélvica sin alteraciones significativas. En consenso con Hematología, se decide orquiectomía unilateral derecha. En la anatomía patológica se objetiva un linfoma B difuso de células grandes.
El paciente presenta una buena evolución tras la cirugía, sin incidencias reseñables. Por parte de hematología se inicia tratamiento con R-CHOP cada 21 días x 6 ciclos, así como profilaxis de afectación del sistema nervioso central. Además, se procede a una orquiectomía izquierda.

CONCLUSIONES

Los Servicios de Urgencia en muchas ocasiones actúan como "red de seguridad" en diagnósticos de patologías poco frecuentes cuando la evolución de los síntomas no termina de ser la adecuada. Su función de detección de esos casos y solicitud de la prueba ambulatoria más adecuada para descartar patologías más graves es fundamental y tiene un impacto sobre el pronóstico del paciente.
Existe un porcentaje de tumores testiculares no accesibles a la palpación que como urgenciólogos debemos tener en cuenta a la hora de seleccionar a los pacientes que precisan de más pruebas complementarias.
El diagnóstico de un linfoma B difuso de células grandes por afectación testicular es sumamente infrecuente

P. #827

DE LA INTERVENCIÓN A LA COMPLICACIÓN: EL TAPONAMIENTO CARDÍACO IATROGÉNICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Lidise Rocío Arbolaez León, María Ferrando Feliu, Paula María González Medina, Liuva Déniz Déniz

Hospital Comarcal de Vinaroz, Vinaroz, Castellón, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, sin alergias medicamentosas y sin hábitos tóxicos. Como antecedentes personales destacan Diabetes Mellitus II, dislipemia, neoplasia de mama derecha (no activa) y reciente ingreso hospitalario en contexto de Bloqueo Auriculoventricular Completo (BAV-C), que requirió colocación de marcapasos definitivo.
Procedimiento que resultó dificultoso y que requirió masaje cardiaco tras asistolia durante el mismo. Ecografía control al salir de UCI " Hematoma organizado al lado de la cámara, derrame pericárdico laminar. AD y VD no colapsado, sin signos de taponamiento cardiaco"
MOTIVO DE CONSULTA
La paciente acude a urgencias a los 4 días tras el alta hospitalaria por presentar disnea con empeoramiento progresivo hasta hacerse en reposo.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Frecuencia respiratoria: 32rpm, SpO2: 92%
Buen estado general. Normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. Consciente y orientada. Reactiva. Sin focalidad neurologica. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos audibles. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin hallazgos patológicos. Miembros inferiores sin edema ni signos de TVP.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- ECG: ritmo de marcapasos a 96lpm. BIRIHH. Voltajes disminuidos. No signos de isquemia aguda.
- Analitica sangúnea: Urea:11mg/dl, Creatinina: 0.54mg7dl, CK: 41, U/L, Troponina T Ultrasensible:24.20ng/L, Hemoglobina: 12.3 g/dL,Hematocrito:36.4%, SIna alteraciones a nivel de hemograma ni coagulacion.
- Se realiza ecocardio y TAC torácico en la que informan de perforación de VD con punta de electrodo en pericardio sin fuga de contraste activa. Derrame pericardico 1.6cm.

EVOLUCIÓN
Ante resultado de TAC torácico, la paciente ingresa en planta UCI, donde se mantiene estable hemodinámicamente, manteniendo TAM aproximada de 80 mmHg sin necesidad de drogas vasoactivas. Ligeramente taquicardica (90 lpm), con buena SpO2 (94-95%) con gafas nasales 2lpm. Buen ritmo de diuresis. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos ni roces audibles. Buena perfusión distal. Ecográficamente buena función final línea de derrame pericardico con hematoma organizado que no condiciona disfunción ventricular ni colapso auricular. Tras comentar con electrofisiología, refieren que dado que el marcapasos es normofuncionante, el electrodo distal del mismo debe estar alojado en miocardio y la perforación no ha debido de ser completa y que el derrame es secundario a irritación pericárdica, por lo que se pauta colchicina. Por ello se

decide manejo conservador y actitud expectante con control ecocardiográfico. La paciente presenta buena evolución clínica que permite el paso a planta de Cardiología a los 3 días.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes con disnea y/o dolor torácico. Debe ser un diagnóstico rápido ya que es una patología potencialmente grave. El diagnóstico de taponamiento se basa en la demostración de compromiso hemodinámico en presencia de derrame pericárdico moderado o severo. Existen 3 criterios diagnósticos: ingurgitación yugular, pulso paradójico e hipotensión arterial. Podemos encontrar voltajes bajos en el ECG y alternancia eléctrica del QRS. El tratamiento puede ir desde manejo conservador hasta la pericardiocentesis, en función de la urgencia del caso y disponibilidad de medios en cada centro.

BIBLIOGRAFIA
Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. (s.f.). Revista Española de Cardiología. https://www.revespcardiol.org/es-guias-practicaclinica-sociedad-espanola-articuloX0300893200093457 E. García Romo, V. Bonilla, V. Ponz, F. Luquero Bachiller, Protocolo diagnóstico y diagnóstico diferencial del taponamiento cardiaco. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume (1)(1), Issue 43, 20(1)3, Pages 259(1)-2595, ISSN 0304-54(1)2, https://doi.org/(1)0.(1)0(1)6/S0304 54(1)2((1)3)70666-8

P. #837

ECOGRAFÍA CLÍNICA: LA BRÚJULA QUE GUÍA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

Mauro Bosi, Pablo Olivares Carril, Flora García Sánchez
Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, España

HISTORIA CLÍNICA

La ecografía clínica es una herramienta fundamental en la evaluación inicial de pacientes en el servicio de Urgencias, permitiendo no solo confirmar sospechas diagnósticas, sino también identificar hallazgos inesperados que pueden modificar el enfoque clínico. En pacientes con múltiples comorbilidades, como los oncológicos o geriátricos, la detección precoz de condiciones subyacentes puede agilizar la toma de decisiones y evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos. Presentamos el caso de un paciente que consultó por dolor abdominal y fue diagnosticado incidentalmente de derrame pleural y lesiones neoplásicas pleurales.

Caso clínico:

Paciente varón de 91 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, sigmoidectomía por adenocarcinoma de colon sin recidivas en los últimos 10 años, linfoma difuso de células B grandes testicular tratado sin recurrencia en 15 años, y colelitiasis sintomática en tratamiento conservador. Consultó por dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, asociado a disnea progresiva en las últimas semanas y pérdida ponderal de 18 kg en un año.

Dado el antecedente de colelitiasis, se realizó una ecografía clínica abdominal para descartar complicaciones biliares. Si bien el estudio confirmó la presencia de colelitiasis sin signos de colecistitis, el uso de la ecografía extendida a la evaluación torácica permitió identificar, de manera fortuita, la existencia de derrame pleural derecho significativo y múltiples lesiones nodulares pleurales hiperecogénicas heterogéneas ipsilaterales, midiendo la mayor hasta 3.41cm en su diámetro mayor. Este hallazgo inesperado redirigió el enfoque diagnóstico del paciente, priorizando la evaluación pleuropulmonar.

El TC toraco-abdominal evidenció colapso pulmonar derecho con gran derrame pleural ipsilateral. Lesión pulmonar sólida, heterogénea de 6.5 cm en el lóbulo medio sin bronquio abierto en su interior y adenopatías subcarínicas. Calcificaciones pleurales bilaterales. Derrame pleural derecho con masas sólidas en su interior. Abdomen: Estenosis de segmento corto en colon transverso adyacente al ángulo esplénico, que presenta engrosamiento de la pared, sugerente de neoplasia de colon.

Se realizó toracocentesis diagnostica y terapéutica, obteniéndose liquido de aspecto serohemático, bioquímicamente compatible con exudado no complicado y cultivo negativo.

Posteriormente, se solicitaron marcadores tumorales cuyos resultados fueron: CEA 244ng/ml (V.N.<5ng/ml) y Ca19.9: 600.9U/ml (V.N.:<37U/ml),A pesar de ser inespecíficos, en el contexto clínico, son valores muy sugestivos de recidiva tumoral y enfermedad avanzada.

Tratamiento y evolución:

Dada la edad del paciente, sus comorbilidades y la sospecha de enfermedad oncológica avanzada, se decidió, en consenso con la familia, optar por un enfoque paliativo, evitando

procedimientos invasivos adicionales y priorizando el manejo sintomático.

CONCLUSIONES

La ecografía clínica demostró ser una herramienta clave no solo en la evaluación inicial del dolor abdominal, sino también en la identificación incidental de un hallazgo clínicamente relevante que modificó el abordaje diagnostico-terapéutico. Su disponibilidad, rapidez y capacidad de evaluación integral permiten mejorar la precisión diagnóstica y optimizar la toma de decisiones en la atención de pacientes complejos en el servicio de Urgencias.

P. #847

LA IMPORTANCIA DE MIRAR EN DETALLE

Beatriz Guerrero Barranco, Francisco Javier Ladera Fernández, Sandra Díaz Meño, Isabel Mora García
Hospital Poniente, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Natural de Marruecos, en España desde el 2016, barrera idiomática parcial. Vive con su hermano. Profesión: peluquería. Hábitos tóxicos: Ex - fumador desde los 40 años. Antes 20 cig/día /15 años. Otros AP:
- Obesidad, IMC de 38. 178 cm / 122kg.
- HTA. DLP.
Tratamiento domiciliario: Atorvastatina 20,Valsatan 320/ Amlodipino 10/ HTZ 25. Lansoprazol.
Acude en dos ocasiones a urgencias por cuadro de dolor torácico de características pleuríticas.
El paciente refiere que desde hace 3 meses, con dolor torácico de caracteríticas pleuríticas. Catalogado en inicio de dolor torácico mecánico aunque ya con mínimo derrame pleural izquierdo en radiografía de tórax. Refiere que el dolor cede de forma espontánea.
Hace una semana inicia nuevamente tras cuadro catarral dolor torácico de características pleuríticas por lo que acude. A su llegada se repite radiografía de tórax objetivando imagen en LSI compatible con masa más derrame basal. Inicialmente se propone ingresar como sospecha de masa pulmonar a estudio, con alta sospecha de cáncer de pulmón, pero dada la rápida progresión de la imagen se completa estudio con ecografía torácica a pie de cama que demuestra derrame pleural loculado de 3 EIC de altura y 5 cm de espesor máximo, por lo que previo al ingreso se completa estudio con TAC de Tórax que confirma la sospecha de empiema, describe moderado derrame pleural izquierdo loculado, con atelectasia pasiva del parénquima pulmonar subyacente. Mínimo derrame pleural derecho. Atelectasia subsegmentaria basal derecha. No se objetivan signos de masa. Por lo que se coloca tubo torácico 16 F con salida de líquido tipo exudado muy espeso. Se extrae 145 mL de líquido serohemático, y se deja conectado a pleur-evac, con oscilación en volumen corriente y antibioterapia iv.

CONCLUSIONES

El empiema torácico es una acumulación de pus en la cavidad pleural, que se desarrolla generalmente como una complicación de infecciones respiratorias, como la neumonía. Esta condición se caracteriza por la inflamación de la pleura (membrana que recubre los pulmones) y la presencia de material purulento debido a la respuesta inflamatoria ante una infección.
La causa más frecuente de empiema torácico es una infección bacteriana, que puede ser primaria o secundaria a una neumonía. Los patógenos más comunes incluyen Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus (incluyendo la cepa resistente a meticilina, MRSA), y Haemophilus influenzae. En algunos casos, el empiema también puede ser causado por otras bacterias, virus, o incluso hongos en personas

inmunocomprometidas.
El pronóstico depende de factores como la rapidez del diagnóstico, el tratamiento adecuado, la presencia de comorbilidades y la gravedad de la infección. En general, con un tratamiento adecuado, la mayoría de los pacientes puede recuperarse, aunque algunos pueden experimentar complicaciones a largo plazo, como reducción de la capacidad pulmonar.
El empiema torácico sigue siendo una enfermedad grave que requiere atención médica urgente para evitar complicaciones severas como la insuficiencia respiratoria o la sepsis.

P. #851

CUANDO LA INMULOGÍA TOMA EL CONTROL: ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Cristina López Mayoral
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y asma, acude a urgencias por cefalea holocraneal, astenia y febrícula de curso insidioso, acompañado de pérdida de 5-7 kilogramos, no intencionada, en menos de seis meses. Dolor periorbitario derecho, que se acentúa con los movimientos extraoculares. Naúseas sin vómitos, no cambios en hábito intestinal. No otra sintomatología.
Constantes vitales, auscultación cardiaca-pulmonar anodina. No focalidad neurológica. Se objetivan adenopatías laterocervicales bilaterales de 1 centímetro (cm) aproximadamente, no dolorosas y móviles. Se decide realizar analítica, destacando anemia moderada, velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada y anticuerpos antinucleares positivos.
Se realiza tomografía computarizada (TC) cráneal en Urgencias, objetivándose una lesión sólida extraaxial, bien definida en la región frontal derecha, de 4 cm de diámetro, con bordes circunscritos e hiperdensa en relación con parénquima cerebral circundante. La lesión provoca leve desplazamiento de estructuras, sin signos evidentes de compresión del ventrículo lateral ni desplazamiento de la línea media. No se observan signos de edema cerebral significativo. La imagen observada es compatible con un meningioma extraaxial localizado en región frontal derecha. No se observan signos de hipertensión intracraneal ni efecto masa. Se decide derivar preferente a consultas de Neurocirugía para valorar posibilidad quirúrgica, y posteriormente, a neurología. Tras ausencia de datos de alarma, se decide tratamiento conservador iniciando corticoides, así como seguimiento con resonancia magnética (RMN). Tras tratamiento con corticoides, la paciente presenta una mejoría clínica significativa. La cefalea y los síntomas visuales desaparecen, y los episodios de náuseas remiten. En el control con RMN se observa una disminución del tamaño de la lesión, lo que sugirió una respuesta inflamatoria más que un proceso tumoral. Se procedió a derivar a la paciente a consultas de alta resolución de Medicina Interna para ampliar estudios, concluyendo que se trataba de una enfermedad relacionada con Inmunoglobulina G4 (IgG4). Se objetivó elevación significativa de IgG4 (>135mg/dl). Se solicitó diagnóstico histológico que mostró un infiltrado difuso de células plasmáticas y más de 10 células IgG4 positivas por campo. Ante dichos hallazgos, se decidió continuar con tratamiento sintomático. Actualmente, buena tolerancia al tratamiento, estable clínicamente. Pendiente de nueva revisión en Medicina Interna, con TC y analítica de control.

CONCLUSIONES

La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 es un trastorno fibroinflamatorio crónico inmunomediado que a menudo se manifiesta con masas tumorales y/o agrandamiento indoloro de múltiples órganos. La etiología es desconocida, pero se cree que implica autoinmunidad debido a su naturaleza crónica e insidiosa, la destrucción de las proteínas propias por anticuerpos y la respuesta a la inmunosupresión. Es importante realizar un diagnóstico diferencial que nos vaya guiando al origen del cuadro. Las manifestaciones clínicas dependen de los órganos y sistemas afectados. La concentración sérica de IgG4 suele estar elevada, aunque existe un 30% que tienen valores normales. La evaluación de nuestra paciente, en urgencias, fue fundamental para identificar signos y síntomas de alarma (pérdida de peso, astenia, adenopatías). La detección, durante la exploración, de compromiso orbitario, llevó a realizar análisis y pruebas de imagen, revelando en un primer momento lesión compatible con meningioma. Sin embargo, la rápida resolución clínica y la regresión de la lesión con corticoides fueron indicativos de un proceso inflamatorio. Un buen enfoque en la recogida de datos, nos permitió llegar a un diagnóstico certero, gracias a la medición de las concentraciones séricas de IgG4 y al diagnóstico histológico, pudiéndose finalmente diagnosticar de una enfermedad relacionada con IgG4.

P. #854

UN GIRO INESPERADO EN URGENCIAS: DE NEURITIS VESTIBULAR A AFECTACIÓN DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO

Cristina López Mayoral

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por mareo con giro de objetos de horas de evolución desde hace 3 días. El mareo aumenta cuando se levanta de la cama, estando tumbada se encuentra mejor. Diplopia, sobre todo con versión izquierda. Imposibilidad para leer. Ha sufrido una caída nocturna a consecuencia de dicho mareo. No fiebre, cefalea leve sin nauseas ni vómitos, no otalgia/otorrea/otarragia, no acúfenos ni hipoacusia. Desde hace una semana clínica catarral, actualmente disfonía. Exfumadora desde hace 23 años (1 paquete/día). Hace años presentó varios cuadros de vértigos episódicos compatibles con vértigos posicionales paroxísticos benignos (VPPB).

Constantes vitales, auscultación cardiaca-pulmonar anodina. Otoscopia bilateral normal. La exploración otoneurológica objetivó nistagmo espontáneo horizontorrotatorio izquierdo grado III que cumplía leyes de Alexander, no aumentando con agitación cefálica. Seguimiento patológico con sacadas a la izquierda, supresión del reflejo oculocefálico patológico con sacadas a la izquierda al girar a la izquierda. Test de impulso cefálico (HIT) positivo derecho. Skew negativo. Romberg negativo, Barany y Fukuda lateraliza a la derecha 90 grados. Pares craneales, sensibilidad y fuerzas conservadas.

Inicialmente se planteó el diagnostico de síndrome vestibular agudo derecho, aunque el no empeoramiento con la agitación cefálica planteaba serias dudas sobre dicho diagnóstico.

Se decide realizar tomografía computarizada (TC) craneal en Urgencias, objetivándose una lesión hiperdensa en ángulo pontocerebeloso izquierdo que podría estar en relación con tumor versus material hemático. La paciente es valorada por servicio de Neurocirugía, quien ingresa a la paciente y solicita resonancia magnética (RMN) para correcta caracterización de la lesión, Angio-TC y TC toraco-abdomino-pélvico para descartar posible afectación metastásica. El angio-Tc y TC body no presentan hallazgos de interés. La RMN objetiva hematoma en la región floculonodular izquierda, sin poder descartar lesión subyacente, recomendando valorar control una vez disminuido el hematoma. Tras ausencia de datos de alarma, se decide tratamiento conservador iniciando corticoides, así como seguimiento con prueba de imagen. Tras tratamiento con corticoides, la paciente presenta una mejoría clínica significativa, la cefalea y la clínica vertiginosa desaparecen. En el control con RMN se observa restos de hemosiderina en el margen izquierdo del lóbulo floculonodular, secuela de hemorragia previa, sin nuevos signos de hemorragia. Se procedió a dar el alta a la paciente con seguimiento en consultas externas para control evolutivo. Actualmente, asintomática y estable clínicamente.

CONCLUSIONES

El síndrome vestibular agudo puede simular diversas patologías. La exploración neurológica detallada, incluyendo pruebas específicas para evaluar la función vestibular, la presencia de nistagmo, reflejos cerebelosos permitieron identificar signos sutiles que guiaron hacia la sospecha de una lesión central en lugar de una causa periférica. El hecho de no empeorar con la agitación cefálica pusieron en duda el diagnóstico, y la necesidad de apoyarse en pruebas de imagen complementarias. Este caso subraya la importancia de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, para evitar diagnósticos erróneos y asegurar el tratamiento adecuado.

P. #886

SONARSE NUNCA FUE TAN PELIGROSO. EL ENFISEMA ORBITARIO Y SUS COMPLICACIONES ASOCIADAS

Mónica Martín De Miguel[1], Jorge Avila Robustillo[2], Cristina Domínguez Lubillo[1], María Del Carmen Sánchez Beltrán[1], Teresa Agudo Villa[1], David Martín Crespo Posada[1]

1. Hospital Severo Ochoa, Madrid, España
2. Centro de Salud Jaime Vera, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años sin AP de interés que acude al centro de salud por inflamación espontánea del ojo izquierdo tras aumento de presión súbita al realizar Valsalva. Niega dolor. No refiere traumatismo ni caída, no contusión directa en el ojo.
En la exploración física se observa importante edema bipalpebral izquierdo con crepitación a la palpación, que impide la apertura ocular espontánea. No eritema cutáneo, no hematoma. Leve hiposfagma en ojo izquierdo, vision borrosa ojo izquierdo. No decalajes en rebordes óseos faciales. Exploración neurológica sin alteraciones. No epistaxis asociada.
Ante sospecha de enfisema se deriva a Urgencias hospitalarias donde es valorado por cirugía maxilofacial y oftalmología.
Se realiza TAC de órbita y se observa fractura desplazada de la lámina papirácea izquierda con ocupación parcial de celdilla etmoidales anteriores izquierdas y marcado enfisema de tejido celular subcutáneo en región fronto orbitaria izquierda (figs. 1, 2 y 3).

CONCLUSIONES

El enfisema orbitario es una complicación rara que puede aparecer al aumentar la presión de forma súbita en la vía aérea superior; en general esta asociado a traumatismos directos en región facial; no obstante también puede ocurrir de forma espontánea. 1
El mecanismo de producción suele estar asociado a la fractura de la lámina papirácea que implica paso de aire desde los senos etmoidales hacia la órbita y tejido celular subcutáneo.
Ante un paciente que consulta por edema e inflamación súbita del párpado sin antecedente de traumatismo es fundamental realizar una anamnesis detallada y exploración física cuidadosa. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde un simple aumento de volumen palpebral hasta la diplopía, dolor ocular o pérdida completa de la visión. En las fracturas de la pared interna suele aparecer equimosis y epistaxis. 2.
En general se trata de una patología benigna con resolución espontánea, no obstante en algunas ocasiones el edema orbitario puede asociar complicaciones como isquemia de la arteria central de la retina con compromiso del nervio óptico y pérdida de la visión. 3.
Por este motivo es fundamental llegar a un diagnóstico precoz: además de la anamnesis y exploración física, la radiografía convencional permite observar el enfisema y hasta en el 70% permite visualizar de forma directa la fractura. En casos en los que no sea visible la fractura o se precise cuantificar el enfisema será necesario realizar un TAC.
La mayoría de los casos se resuelven de forma espontánea sin

necesidad de tratamiento especifico; es importante evitar que el paciente realice en los 15 días posteriores al diagnostico cualquier acción que provoque un aumento de presión en la vía aérea superior (esfuerzo físico, sonarse la nariz o toser...) Únicamente se deberá realizar profilaxis antibiótica en los casos asociados a traumatismo penetrante, herida contaminada, inmunosupresión o antecedente de sinusitis. Los casos graves, en que se presentan síntomas visuales, pueden requerir la evacuación urgente del aire de la cavidad orbitaria por este motivo es fundamental la valoración urgente por parte del servicio de oftalmología.

P. #894

CUANDO RECONOCER A TIEMPO SALVA VIDAS

Carmen Rodríguez Cortegoso[1], Jimena Riesco Varas[1], Marta Gesto Domínguez[1], Enrique Del Toro Daza[2], Marcos Oliver Fragiel Saavedra[2], Carlota Clemente Clemente Callejo[2]

1. Hospital Clínico San Carlos, Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, España
2. Hospital Clínico San Carlos, Adjunto Urgencias, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 82 años con hipertrofia benigna de próstata, enfermedad renal crónica (ERC) grado IIIa, en seguimiento por cáncer de páncreas irresecable con derivación hepatoyeyunal y en tratamiento activo con quimioterapia (QT), que acude por hematuria y aumento de perímetro abdominal asociado a astenia y debilidad generalizada de varios días de evolución. Refiere hábito intestinal adecuado, sin fiebre ni otra clínica asociada.

En la exploración física destaca hipotensión, taquicardia y abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos disminuidos, sin dolor a la palpación y sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza gasometría venosa con acidosis metabólica, hiperglucemia de 544 mg/dL e hiperlactacidemia (7,8 mmol/L). Analíticamente, se objetiva fracaso renal agudo sobre ERC (Creatinina 3,38 mg/dL), hiperglucemia de 566 mg/dL y elevación de reactantes de fase aguda (Proteína C reactiva 128 mg/L) sin otras alteraciones de interés. Ante hallazgos en radiografía de abdomen (imagen 1) de gran globo vesical hasta unión pielouretreral derecha con presencia de gas, se decide colocación de sonda vesical (SV) destacando salida de abundante aire sin orina asociada.

Ante la alta sospecha de cistitis enfisematosa, se solicita TAC abdomen sin contraste (imagen 2) que muestra abundante aire en el interior de la vejiga, uréter y sistema pielocalicial derecho, sin fístula vesico-entérica, en posible relación con cistitis y pielitis enfisematosas, por lo que se decide cobertura empírica con meropenem. Se cursa ingreso en Oncología médica para continuidad de cuidados. Durante su ingreso presenta mala evolución clínica, decidiéndose priorizar medidas de confort.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso clínico de un paciente con cistitis enfisematosa, una patología rara y poco frecuente, caracterizada por la presencia de gas en el tracto urinario como resultado de una infección primaria. Asociada a diabetes mellitus (DM) en el 70-90% de los casos descritos, y predominante en mujeres (2:1) entre la sexta y octava década de la vida.

Nuestro caso clínico, se trata de un varón que presenta como factores de riesgo un debut de descompensación de DM, inmunosupresión asociada a corticoterapia de forma crónica y QT en contexto de sus antecedentes oncológicos.

El germen más típico aislado productor de gas es E.Coli (60-70%), entre otros menos frecuentes como Klebsiella pneumoniae (presente en el urocultivo de nuestro paciente) o Proteus mirabilis.

A pesar de ser una patología rara, es importante conocerla y tenerla en mente para sospecharla de forma precoz, ya que

cursa de forma rápidamente progresiva y cuyo reconocimiento es difícil por ser su diagnóstico estrictamente radiológico y no estar indicada a priori una prueba de imagen urgente en las infecciones del tracto urinario no complicadas. La presencia de gas vesical puede ser sospechada en la radiografía simple de abdomen. No obstante, debe considerarse el diagnóstico diferencial con otras causas de aire en pelvis a nivel extra o intravesical, como abscesos pélvicos, fístulas secundarias a procesos inflamatorios, neumatosis quística intestinal, gangrena gaseosa uterina, vaginitis enfisematosa, …

Hasta en la mitad de casos (53%), presentan síntomas inespecíficos como dolor lumbar, fiebre o síntomas urinarios irritativos, pero también puede cursar de forma asintomática. El tratamiento inicial se basa en el inicio precoz de antibioterapia empírica de amplio espectro, sondaje vesical y monitorización estrecha.

El pronóstico depende de un diagnóstico a tiempo y un tratamiento eficaz de forma precoz siendo las tasas de mortalidad de los pacientes que recibieron antibioterapia temprana del 7%. Sin embargo, en caso de evolución tórpida y complicaciones asociadas como pielonefritis enfisematosa, las tasas de mortalidad son de hasta el 75% a pesar de recibir manejo antibiótico adecuado, como era el caso de nuestro paciente finalmente fallecido, de ahí la importancia de un diagnóstico y manejo precoz.

P. #905

MASA ABDOMINAL COMO PUNTA DEL ICEBERG: LINFOMA DE BURKITT EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Cristina López Mayoral

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Niño de 5 años sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por vómitos y cefalea de horas de evolución. Fue valorado en Urgencias hace 3 días por paresia hemifacial derecha de segundos de duración con desviación de la comisura bucal a la izquierda y oclusión del ojo ipsilateral en probable relación con otitis externa, en tratamiento con corticoides y antibiotico otico.

En la exploración física presenta tensión arterial 140/85mmHg. Palidez cutánea. A nivel abdominal se objetivó abdomen no doloroso, poco depresible, palpándose una masa desde hipocondrio derecho hasta flanco derecho. Se solicita ecografía abdominal donde se presencia una extensa masa heterogénea centrada en flanco derecho que parece depender del riñón derecho con dilatación de vía excretora. La masa muestra áreas hipoecogénicas en probable relación con necrosis intralesional y moderada vascularización. Cruza la línea media hacia la izquierda, que sugiere como primera posibilidad diagnóstica un nefroblastoma.

Analíticamente destaca elevación marcada de deshidrogenasa láctica (LDH) de 1186UI/L con función renal normal, alfafetoproteina 1.3 ng/mL y enolasa 52.9 ng/mL.

Es valorado por servicio de nefrología (inicia tratamiento antihipertensivo) y oncología, quien amplia estudios de imagen para valorar extensión. La tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvico objetivó tumoración infiltrante de aparente dependencia renal, con probable infiltración de vena renal izquierda, ramas arteriales segmentarias, foco infiltrativo de vena cava inferior, duodeno y espacio subhepático. Afectación peritoneal, de carácter llamativo en pelvis menor. Extensión por canal inguinal izquierdo. Engrosamiento peri-portal. Lesión nodular en ángulo cardio-frénico derecho. Para estudio de parálisis hemifacial, se solicitó resonancia magnética (RMN) craneal, donde se observaron signos radiológicos de otomastoiditis derecha abscesificada. Signos de trombosis parcial del seno venoso transverso derecho y de trombosis oclusiva completa del seno sigmoideo derecho. El TC de peñascos reveló lesión ósea en el peñasco derecho con signos de lisis ósea, asociada a una ocupación por tejidos blandos de cavidades y celdillas mastoideas. Signos de erosión ósea en el canal de Falopio de la porción mastoidea del nervio facial, de la cortical externa mastoidea, con posibles signos de erosión ósea en la pared de la fosita sigmoidea. La tomografía por emisión de positrones (PET TAC) objetivó masa dependiente del riñón izquierdo compatible con tejido tumor viable, con importante extensión ganglionar infra y supra diafragmática, signos de carcinomatosis peritoneal muy extensa, y probable afectación metastásica en la base de cráneo.

Tras dichas pruebas se presenta caso en comité de tumores infantiles, decidiendose biopsiar la lesión del canal inguinal izquierdo y realizar drenaje transtimpánico de lesión mastoidea.

Finalmente se diagnosticó de Linfoma de Burkitt estadio IV con afectación del SNC (lesión mastoidea) sin infiltración a médula ósea ni LCR. Se inicia quimioterapia con triple terapia intratecal con las siguientes complicaciones: síndrome cerebeloso tras citarabinas, pancitopenia, mucositis, aislamiento en coprocultivo de Giardia Lamblia, neutropenia febril con sepsis clínica que requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).
Actualmente permanece ingresado para continuar evolución.

CONCLUSIONES

El linfoma de Burkitt es una de las neoplasias más comunes en pediatría y puede manifestarse con variabilidad clínica. El enfoque multidisciplinar es esencial en el manejo de estos pacientes para un enfoque eficaz.
La presentación clínica de dolor de cabeza, paresia hemifacial y masa abdominal en un niño debe generar una alta sospecha de malignidad. Un diagnóstico temprano es clave, ya que el tratamiento agresivo puede mejorar significativamente pronóstico, incluso en estadíos avanzados.
La exploración física detallada es fundamental para identificar la presencia de datos de alarma que nos sugieran ampliar estudios con pruebas de imágenes más específicas.

P. #916

ASCITIS INCIDENTAL A ESTUDIO

Patricia González Cuadrado, Sergio Obregón Muñoz, Pumeyawa Judilibt Guarulla Campos, Alba Hernando Mate, Germán Pablo Lalomia, Pablo Alonso Chacón

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se expone el caso de una mujer de 54 años que acude al Servicio de Urgencias por segunda vez en una semana por distensión y dolor abdominal, asociando episodios de diarrea con estreñimiento desde hace un mes. Refiere relacionar el inicio de la clínica con el fallecimiento de un familiar. Previamente hábito intestinal con tendencia a diarrea. No pérdida de peso ni de apetito. No náuseas ni vómitos. No clínica miccional. No fiebre.
Entre los antecedentes de la paciente destaca colon irritable diagnosticado hace años, fumadora, bebedora ocasional, en tratamiento con sertralina tras un duelo patológico.
En su primera visita al Servicio de Urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de alarma en la exploración y con una analítica de sangre sin signos de alarma. Se decide alta médica con seguimiento por su médico y se recomienda al alta ciclo de rifaximina y buscapina.
Acude de nuevo por aumento de distensión abdominal. A la exploración, consciente, eupneica en reposo. Tensión arterial 121/81mmHg, a 115lpm y saturación de oxígeno del 100%. Afebril. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible ligeramente globuloso. No se palpan masas ni megalias. Doloroso a la palpación en epigastrio. No signos de irritación peritoneal. No oleada ascítica. Ruidos hidroaéreos presentes.
Se realiza electrocardiograma con taquicardia sinusal a 120lpm sin otros hallazgos. En la analítica destaca una gasometría venosa con una acidosis metabólica compensada. Una proteína C reactiva de 65mg/L y un lactato deshidrogenasa de 279U/L. Leucocituria. Resto de analítica sin hallazgos. Radiografía de tórax sin hallazgos.
Ante la insistencia del aumento del perímetro abdominal de la paciente se decide realizar ecografía a pie de cama objetivándose líquido libre en receso hepatorrenal, esplenorrenal y espacio de Douglas. Se comenta el caso con radiología de guardia y se decide ampliar el estudio con un TAC abdominal, donde se confirma líquido ascítico de moderada-severa cantidad en cavidad abdominal sin observarse claras imágenes sospechosas de malignidad en tejido blando ni segmento óseo. Se comenta el caso con Medicina Interna y dado el buen estado clínico de la paciente se decide, conjuntamente con la misma, realizar el estudio de forma ambulatoria en consulta de diagnóstico rápido. Se amplía estudio de imagen y se analiza muestra del líquido ascítico con diagnóstico de carcinoma seroso de alto grado de origen ovárico. Finalmente se pierde el seguimiento de la paciente, ya que decide continuar con el estudio de extensión y tratamiento en otro centro.

CONCLUSIONES

La ecografía a pie de cama es una técnica cada vez mas utilizada en todos los Servicios de Urgencias y Emergencias. Esta técnica se está convirtiendo en una pieza fundamental para poder diagnosticar y dirigir patología potencialmente crítica. Está ampliamente avalada en urgencias en pacientes politraumatizados, permitiendo una primera aproximación e incluso valorando junto con los signos y síntomas clínicos la posibilidad de acudir al servicio de radiodiagnóstico para ampliar la información o directamente al quirófano. Pero esto, es sólo la punta del iceberg. El manejo de la ecografía en urgencias y su reconocimiento puede agilizar enormemente el diagnóstico de gran cantidad de patologías (respiratorias, cardiológicas, abdominales, sistema venoso profundo...). El beneficio de disponer de ecógrafos y personal formado en el Servicio de Urgencias puede proporcionar una gran ventaja agilizando diagnósticos y en algunos casos evitando otras pruebas complementarias. En este caso el hallazgo de líquido libre en la ecografía realizada en urgencias permitió iniciar el estudio de una ascitis incidental.

P. #939

BENDITA ECOGRAFÍA...

Esther Acosta Acosta, Alba Aparicio Gasch, Nuria Arroyo Reino, Carlos Azofra Macarron, María Barquilla Calderón
SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 67 años, hipertenso, dislipemico y fumador de 20 cigarrillos/día de larga data, que acude al Centro de Salud (CS) por presentar dolor abdominal en mesogastrio irradiado a fosa iliaca izquierda (FII) de 24h de evolución. El paciente, refiere 12h de dolor con intensidad EVA10/10 acompañado de nauseas, sin otra sintomatología por aparatos. A la llegada al CS, presenta TA 200/110 mmHg, FC 110 lpm, Sat O2 basal del 98%. Destacando en exploración física, una masa abdominal pulsátil dolorosa a la palpación con pulsos femorales bilaterales presentes.
Desde el CS solicitan Soporte Vital Avanzado (SVA) con médico, ante la sospecha de ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. Le administran 50 mg captopril oral y 2 gr metamizol iv con lo que mejora la sintomatología.
A la llegada del SVA, el paciente continúa hipertenso (196/102 mmHg), taquicárdico (110 lpm) con dolor Eva 3/10.
Impresiona de mal estado general, palidez mucocutánea generalizada, ligeramente deshidratado, eupneico en reposo. Consciente y orientado en las tres esferas, atento y colaborador. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos. Abdomen: RHA+, blando, depresible, dolor a la palpación de forma generalizada de mayor intensidad en mesogastrio y en fosa iliaca izq. Masa blanda, pulsátil de unos 4x5 cm, localizada en región periumbilical. EEII: pulsos femorales bilaterales presentes, de menor intensidad femoral izquierdo. Pulsos poplíteos dudosos, no se palpan pulsos pedios.
ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, intervalo PR normal, eje eléctrico dentro del cuadrante de la normalidad. Complejo QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización.
Se realiza ECOGRAFÍA a pie de cama (ecógrafo de Atención Primaria), observando imagen aneurismática de 5x4 cm con doble luz. Lo que nos aportó mayor información al diagnóstico de sospecha: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL DISECANTE.
Se realiza alerta hospitalaria activando CÓDIGO AORTA a través de mesa de coordinación de enfermería del Servicio de Urgencias Extrahospitalario, mientras se canaliza segunda vía periférica de grueso calibre para administrar 12,5 mg urapidil y 4 mg ondasentrom iv. Se realiza traslado en colchón de vacío (para evitar las vibraciones del vehículo) al centro útil más cercano realizando transferencia en box vital, sin incidencias.
EN HOSPITAL: Angio-TC Abdominal: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 5,4 x 6 x 11,5 cm, con signos radiológicos de inestabilidad. Enfermedad ateromatosa difusa. Es trasladado de forma urgente a quirófano para cirugía abierta y colocación de bypass aorto-iliaco derecho y AFC I.

CONCLUSIONES

La ecografía a pie de cama en el ámbito extrahospitalario se ha convertido en una herramienta fundamental para la toma de decisiones clínicas en escenarios de alta incertidumbre. Su uso en el servicio de urgencias y emergencias permite una evaluación rápida y dirigida, facilitando el diagnóstico precoz de patologías tiempo dependientes.
El caso presentado evidencia cómo la ecografía realizada en el punto de atención puede modificar significativamente la estrategia terapéutica y el destino del paciente, mejorando así la eficiencia en la atención y potenciando la seguridad del paciente. Su integración sistemática en la práctica asistencial representa un avance hacia una medicina de urgencias más precisa, resolutiva y basada en evidencia.

P. #941

NO PUEDO VER DOCTOR

Olga Revilla Poza
Hospital Can Misses, Ibiza, España

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS
Paciente varón de 44 años que refiere traumatismo frontal contra el suelo hace un mes. Comenta que tuvo un "desmayo" mientras estaba comiendo con posterior caída desde una silla, hacia el suelo. Desde entonces referiere presentar dimisnución de la visión con hemiapnosia bilateral temporal con desviación a la derecha con la bipedestación y cefalea en región temporal derecha ocasional.
Comenta revisión óptica sin pérdida de la agudeza visual hace una semana.
Exploración física:
Paciente consciente y orientado con beg, nh y nc. Hemodinámicamente estable.
NRL: Glasgow 15. Pupilas anisocóricas (derecha levemente más midríatica que izquierda) y reactivas. Campimetría alterada con hemiapnosia bilateral (temporal). No nistagmus. Resto de pares craneales normales. Fuerza 5/5. Sensibilidad conservada. Marcha conservada. Marcha en talones y puntillas normales. Disdiadococinesia normal. Romberg normal. No signos meníngeos.
OJOS: Anodinos.
Pruebas complementarias:
Inicialmente se realiza:
- TAC cerebral donde se observa masa selar sólida.
- Campimetría, donde se observa la hemianopsia bitemporal
- Analítica sanguínea: Hemoglobina14 g/dl, leucocitos 7050, neutrófilos3120, linfocitos 2800, plaquetas 248000. Coagulación dentro de los límites de la normalidad. Bioquímica: glucosa 88 mg/dl, urea 36 mg/dl, creatinina 0.96 mg/dl, CK 277, Na 140 mmol/L, K 4 mmol/L, PCR <0.1

Dado los resultados se decide ingreso para estudio. Durante el mismo se realiza RMN donde se confirma masa selar de 48 x 41 x 33 mm, sólida, de margenes regulares y con aspecto homogéneo con moderado realce difuso tras la administración de contraste. No áreas evidentes de necrosis ni degeneración. Crece preponderadamente hacia la derecha produciendo desviación de carótida cavernosa, a la cual rodea por encima y por debajo, pero sin englobarla totalmente. Así mismo, a nivel superior produce efecto masa sobre quiasma óptico y sobre el sistema ventricular, que se observa distorsionado en el plano coronal.
Conclusión: LOE selar de 48mm altamente sugestiva de macroadenopa hipofisario aunque afecta a seno cavernoso derecho, desplazando carótica, no parece englobarla completamente
Así mismo se amplía analítica sanguínea con hormonas y se descarta diabetes insípida: Hb A1c 41 mmol/ml, prolactina 16.61, PTH 66.20, testosterona 5.58 ng/mL, ACTH 19, cortisol 4.9microg/dl, HGH 0.09 ng/dl, IGF-1 80.7
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA
- Macroadenoma hipofisario productor de gonadotropinas.

EVOLUCIÓN:
El paciente fue intervenido en el hospital de referencia, pendiente de nuevas citas en el hospital con oftalmología y neurología.

CONCLUSIONES

- Ante hemianopsia bilateral temporal descartar patología intracraneal que comprima el quiasma óptico.
- Un tumor intraparenquimatoso no se trata de una emergencia, sin embargo, puede dar clínica de urgencia como producir crisis comiciales, alteraciones de consciencia o alteraciones neurológicas.
- Ante su sospecha es preciso realizar prueba de imagen.

P. #952

DE LA INTERVENCIÓN A LA INFECCIÓN: ABSCESO HEPÁTICO POST COLANGIOPANCREATOGRAFÍA

Blanca Medrano Madariaga, Enrique Del Toro Daza
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años, con colelitiasis sintomática y episodios previos de pancreatitis leves biliares y colangitis secundaria a coledocolitiasis. Acude nuevamente al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, tipo cólico, con fiebre de hasta 38°C y malestar general sin nauseas ni vómitos, coluria ni acolia, ni otra sintomatología digestiva de interés. Como antecedentes a destacar, se ha realizado una CPRE (colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica) para extracción de coledocolitiasis, hace un mes sin incidencias inmediatas.
A la exploración física, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, pero destaca dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin claros datos de irritación peritoneal. No ictericia.
Se solicita análisis de sangre inicial, con elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos 17900/uL con desviación izquierda y PCR de 62 mg/L), así como colestasis muy leve con valores de bilirrubina dentro de los rangos de la normalidad.
Ante estos hallazgos, se realiza ecografía abdominal urgente a pie de cama donde se evidencian múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas, hipoecogénicas, levemente irregulares compatibles con abcesos hepáticos dado los antecedentes personales del paciente. Se solicita posteriormente TAC (Tomografía Computarizada) abdominal que confirma el diagnóstico
Se inicia cobertura empírica con tigeciclina y metronidazol, y se ingresa al paciente en la planta de hospitalización para continuación de cuidados.

CONCLUSIONES

La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es una técnica ampliamente extendida, orientada al tratamiento de la vía biliar y el páncreas. Si bien, se realiza de forma rutinaria en centros de tercer nivel, no es un procedimiento exento de complicaciones, como pueden ser la pancreatitis, la colangitis, la hemorragia post-esfinterotomía o incluso la perforación duodenal. Por tanto, ante un paciente con antecedentes de una CPRE reciente, debemos incluir estas patologías en el diagnóstico diferencial. Como factores de riesgo que aumentan las complicaciones post-CPRE, destacan típicamente el sexo femenino, un IMC menor de 20, los antecedentes previos de complicaciones post-CPRE, y las vías biliares complejas o no dilatadas.
En este caso presentamos, un paciente con colangitis complicada con abscesos intrahepáticos tras CPRE. Para el diagnóstico es crucial la combinación de historia clínica, pruebas analíticas y pruebas de imagen. La clínica consiste en marcada fiebre con signos de bacteriemia, dolor en hipocondrio derecho y malestar general. Analíticamente, sólo destaca aumento de reactantes de

fase aguda, colestasis, pero habitualmente con niveles normales de bilirrubina.
La ecografía hepática es actualmente la primera técnica diagnóstica para la detección y caracterización de la mayoría de las lesiones del hígado, especialmente en la detección de lesiones focales o en el seguimiento de enfermedades hepáticas crónicas. No solo se utiliza el modo B, sino también el Doppler color y más recientemente la ecografía con contraste. Habitualmente, es necesario completar el estudio con un TAC abdominal con contraste que permite diferenciar la patología infecciosa de otras etiologías, principalmente la tumoral.
La imagen ecografía de absceso hepático se caracteriza por nódulos, anecogénicos o hipoecogénicos, con cierto realce perilesional, de tamaño variable, en ocasiones con gas en su interior, y según el tiempo de evolución pueden presentar septos. El abordaje inicial se base en antibioterapia de amplio espectro, incluyendo cobertura de anaerobios, reservado el drenaje (habitualmente percutáneo) o la cirugía en caso de mala evolución o abcesos de gran tamaño.
Con todo esto siempre debemos tener en cuenta la importancia de la anamnesis y la exploración física detallada para poder hacer un correcto diagnóstico diferencial. Ante toda lesión ocupante de espacio, el enfoque clínico inicial y la orientación hacia malignidad o benignidad debe guiarse mediante la anamnesis, la historia clínica y la exploración física, ayudándonos siempre de nuestro conocimiento en el patrón ecográfico de cada una de ellas.

P. #957

EL MISTERIO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA ELEVADA SIN FOCO APARENTE Y LA AYUDA DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

Irene Milagro Valls Pascual[1], María Albero Albero[1], María Brotons Seguí[1], Julia De Lara Terán[2], Sara López Espinosa[1], Isabel Díaz Aguilar[1]

1. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, España
2. SESCV, Elda, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedentes médicos: hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia renal crónica moderada, parkinsonismo degenerativo, gammapatía oligoclonal y miocardiopatía dilatada con trasplante cardiaco en el 2007 e implantación de desfibrilador automático implantable (DAI).
TRATAMIENTO ACTUAL: furosemida 40 miligramos (mg), bisoprolol 2.5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, lorazepam 1 mg, ácido micofenólico 360 mg, levodopa/benserazida 200/50 mg, deflazacort 6 mg y ciclosporina 25 mg.
ANAMNESIS
Mujer de 75 años que presentó cuatro días antes en el domicilio un cuadro presincopal con recuperación espontánea. Es traída al servicio de Urgencias porque desde ese momento, presenta mayor debilidad, pérdida de apetito, tendencia a la somnolencia sin fiebre ni clara focalidad. La paciente podía deambular con ayuda, pero en las últimas horas, no consigue ponerse en pie.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Constantes estables, a su llegada con taquicardia: tensión arterial 120/80 milímetros de mercurio, saturación de oxígeno 93% (similar a previas registradas), temperatura timpánica 36,4° y frecuencia cardiaca 111 latidos por minuto.
Regular aspecto general, consciente y orientada en tiempo y lugar, eupneica en reposo.
Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico panfocal, no descrito previamente, con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal ni puntos dolorosos.
Sin focalidad neurológica respecto situación basal, no rigidez de nuca.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Análisis de sangre (AS): empeoramiento de su urea y creatinina basales, proteína C reactiva 19,1 miligramos/decilitro (mg/dL) (valores normales (VN) < 0,5 mg/dL), procalcitonina 1,6 nanogramos/mililitro (ng/mL) (VN < 0,5 ng/mL), linfopenia aislada con 0,37 Miles/microlitro de linfocitos absolutos (VN < 4,9 miles/ L).
Análisis de orina: sin alteraciones. Se cursa urocultivo.
Antígenos de virus respiratorios negativos para COVID y Gripe.
Radiografía de tórax: índice cardiotorácico levemente aumentado, no infiltrados, no pinzamiento de senos costofrénicos, material de esternotomía y DAI. Similar a previas.
Ante la ausencia de foco infeccioso y los resultados del AS se decide recoger hemocultivos a pesar de no haber presentado

fiebre.
EVOLUCIÓN
La paciente permanece en observación donde se inicia tratamiento con antibioterapia empírica, ceftriaxona 2 gramos intravenosos y sueroterapia.
Se reinterroga a la paciente y familiares sobre clínica infecciosa las semanas previas y como único antecedente describen dos extracciones dentales 3 semanas antes por caries. Pensando en el diagnóstico diferencial con los datos disponibles, se decide hacer una ecocardiografía a pie de cama observándose en la ventana apical de cuatro cámaras una imagen compatible con vegetaciones sobre la válvula mitral.
Se ingresa a cargo de Cardiología manteniendo el tratamiento antibiótico para control evolutivo.
SEGUIMIENTO
En los hemocultivos a las 48 horas se obtiene resultado positivo para: Streotococcus gordonii en la botella aerobia sensible a ceftriaxona, por lo que se mantuvo el tratamiento durante 28 días por vía intravenosa en el ingreso y al alta con la asistencia del servicio de hospitalización domiciliaria. Se repitió la ecocardiografía por parte de Cardiología al día siguiente confirmando el diagnóstico que se había llevado a cabo en el servicio de Urgencias de endocarditis. Durante el ingreso la paciente evolucionó de manera favorable tanto clínicamente, mejorando su estando general como analíticamente y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

De este caso destacamos la importancia de un buena anamnesis y exploración física que fue lo que nos orientó, junto con la ecografía, a encontrar el diagnóstico de una paciente que estaba limitada para poder expresarse y a la que no se le encontraba ningún claro foco que nos pudiese indicar qué le estaba pasando. La ecografía nos ha permitido, una vez más, confirmar un diagnóstico que un hospital comarcal sin cardiólogo de guardia, se habría demorado más de 24 horas, pudiendo así iniciar un tratamiento con antibioterapia ya orientado lo antes posible y poder mejorar su pronóstico vital.

P. #970

"DOCTORA, MI CUELLO ESTÁ HINCHADO". A PROPÓSITO DE UN CASO

Miriam López Cainzos, María Antonia Huerga Fernández, Laura Pérez Del Amo, Irene Mate Martín, Raquel Martín López, Saúl Escudero Álvarez
CAULE, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de neumomediastino espontáneo en un hombre joven de 21 años y como único desencadenante un episodio de tos nocturna el día previo. Consulta por afonía, dificultad para la deglución y crecimiento brusco del diámetro del cuello con examen físico compatible con enfisema cervical. La evaluación inicial incluyó estudio radiológico de torax y columna cervical y posteriormente un TC de cuello/torax/abdomen que nos permitió confirmar la patología. Tras los hallazgos en las pruebas complementarias, la exploración compatible y el informe radiológico, el paciente fue derivado a la UCI donde evolucionó favorablemente.
Se discute la fisiopatología y rasgos radiológicos del neumomediastino espontáneo, lo que nos permite realizar un diagnóstico diferencial de esta patología de manera rápida y precisa estabilizando al paciente desde su llegada a la urgencia.

CONCLUSIONES

El neumomediastino espontáneo es una condición rara, de causa no claramente definida y que no se asocia con patologías pulmonares subyacentes. En su diagnostico diferencial podemos sospechar parotiroiditis, inflamación de los ganglios linfáticos o infección de las glándulas salivales entre otros, que contando con una buena anamnesis y exploración podemos descartar rápidamente y encauzar las pruebas complementarias.
Su evolución suele ser autolimitada, por lo que el enfoque diagnóstico en estos pacientes se centra en descartar enfermedades subyacentes. En este contexto, la radiografía de tórax es útil como primer paso, seguida de una tomografía computarizada (TAC) cervical y torácica, las cuales son suficientes para un manejo clínico adecuado.

P. #976

MÁS ALLÁ DE UNA SIMPLE HERIDA

Nuria Pérez Ortiz, Patricia Alva García, María Jesús Estévez Rueda

Hospital Unicersitario Ramón y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia actual:
Paciente de 66 años, natural de Rumanía, barrera idiomática, sin antecedentes de interés, traída en ambulancia tras ser encontrada en la vía pública con herida en cuello. Testigos han oído disparos.
Exploración física
Paciente estable clínicamente, afebril.
Erosión superficial en región posterior de cuello < 1cm. Dolor a la palpación en región
perilesional.
Exploración neurológica: despierta, reactiva, barrera idiomática, pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales sin alteraciones, moviliza 4 extremidades, marcha normal .Glasgow 15.
Evolución:
Se realiza radiografía de cuello objetivándose proyectil en región posterolateral derecha de cuello a nivel de C1-C2.
Posteriormente se completa estudio con TAC cervical urgente: Cuerpo extraño (proyectil) ubicado en espacio perivertebral posterior derecho de aproximadamente 1.3 x 1.2 cm, sin aparente afectación de estructuras viscerales.
Presenta las siguientes relacionarse locorregionales:
- Se encuentra 4 mm posterior a la cortical posterior de apófisis trasversa de C2, sin datos de
fractura .
- En cuanto las relaciones con estructuras vasculares encuentra 1.2 cm posterior a la vena
yugular interna derecha y 4 mm inferior al segmento V3 de la arteria vertebral homolateral. Se
encuentra en proximidad (3 mm) estructuras venosas occipitales posteriores.
- Burbujas aéreas próximas al proyectil, en espacios grasos intermusculares y trabeculación de
la grasa adyacente en relación con cambios inflamatorios secundarios.
- Mínimo engrosamiento de planos cutáneos y trabeculación del tejido celular subcutáneo en
región cervical posterior derecha, sin solución de contigüidad de los planos. Podría corresponder con el punto de
entrada.
Conclusión:
Proyectil en espacio perivertebral posterior derecho sin aparente afectación de estructuras
viscerales. El proyectil parece encontrarse alojado en el espesor del músculo oblicuo mayor de la cabeza derecho.
Es valorada por Neurocirugía que explica a la paciente con intérprete rumana de forma telefónica hallazgos radiológicos y procedimiento quirúrgico para retirada de proyectil cervical.
Bajo anestesia general se realiza disección muscular tubular y extracción de cuerpo extraño impactado en la musculatura cervical (proyectil).
El postoperatorio transcurre sin incidencias, la herida quirúrgica no presenta datos de complicación. La paciente se va de alta a las 48 horas.
Diagnóstico principal :
Proyectil impactado en región cervical

CONCLUSIONES

Traumatismo penetrante de cuello es aquella lesión que involucra el platisma, si el platisma está intacto la herida se considera superficial.
Representa el 5-10% de todos los casos de trauma que se presentan en el Servicio de Urgencias y dan como resultado una mortalidad significativa.
Las lesiones en cuello son potencialmente letales dada la presencia de estructuras vasculares y aerodigestivas.
El protocolo inicial debe incluir asegurar la vía aérea permeable y seguir el ABCDE(ATLS).
Posteriormente habrá que valorar si el paciente se encuentra inestable si precisa intervención quirúrgica urgente o si esta se puede demorar, ya que en casos seleccionados se decide por mantener una actitud conservadora.
Nuestro caso, se trata de una mujer con lesión cutánea cervical sin clara puerta de entrada. El proyectil no afectaba a ninguna estructura visceral y la paciente no presentó focalidad neurológica en ningún momento.

P. #984

ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL NEUMOPERITONEO

María Ángeles Viñas Gimeno, Guadalupe Huerta Rubio, Rosa Martín Ivorra

Hospital Universitario Y Politécnico La Fe, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 90 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor y distensión abdominal intensa asociando escasa cantidad de deposiciones. Como antecedentes más relevantes está intervenida hace más de 10 años por cuadro de obstrucción intestinal secundaria a bridas.
En la exploración abdominal la paciente presentaba distensión abdominal generalizada con dolor a la palpaciónde forma difusa. A nivel de los parámetros hemodinámicos básicos presentaba PAM 60, PAS 85, PAD 58, Sat. basal 98%, FC:98, taquioneica y afebril
En la analítica destacaba una proteina C reactiva discretamente elevada asociando leucocitosis con desviación izquierda.
Se realizó una ecografía clínica en esta paciente observando haustras dilatadas, signo de vaivén o to and fro así como el signo de las teclas del piano, todo ello sugestivo de una obstrucción intestinal. No obstante, en hemiabdomen izquierdo pudimos ver líneas hiperecoicas en forma de V (ring down artefact) que corresponden al aire libre intraperitoneal pudiendo llegar a la siguiente conclusión: la paciente estaba perforada. Por todo ello, se solicitó interconsulta inmediata a cirugia general y tras realización de TAC abdominal con contraste de forma urgente para confirmar diagnóstico, la paciente fue intervenida de forma urgente.

CONCLUSIONES

Las haustras dilatadas, el signo de las teclas del piano y el signo del vaivén (to and fro) son signos muy sensibles y específicos de una obstrucción intestinal. Sin embrago, cuando observamos un neumoperitoneo (perforación de víscera hueca) observamos el artefacto en forma de V (ring down artefact) . Este signo aparece como líneas horizontales; artefactos producidos por el cambio de impedancia acústica por la aparición de airel ibre intraperitoneal.
La ecografía clínica en Urgencias es una herramienta indispensable en nuestros Servicios, pues no ayuda a tomar una decisión terapéutica de forma más precoz y precisa de cara a nuestros pacientes. La evidencia de esta técnica es clara y no podemos concebir la medicina de Urgencias y Emergencias sin su utilización. El neumoperitoneo es una urgencia quirúrgica y su diagnóstico en tiempo es vital para aumentar la supervivencia del paciente. La ecografía aporta una aproximación diagnóstica fundamental en este tipo de patologia por lo que es muy importante conocer los signos ecográficos para detectar a pie de cama esta patologia ya que el principal beneficio es el aumento de supervivencia del paciente.

P. #989

CASO CLÍNICO: ROTURA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL A NIVEL CERVICAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE INESTABILIDAD DE LA MARCHA

Sonia Sánchez Sánchez, Elena Tejero Sánchez, Paloma Pardo Rovira, Olga Rubio Casas, María Luisa Navarro Marmol, Raquel Lozano Díaz

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

HISTORIA CLÍNICA

ENFERMEDAD ACTUAL.
Varón de 34 años, que acudió a URGENCIAS por cuadro de dolor cervical de dos semanas de evolución tras esfuerzo brusco y aparición de mareo e inestabilidad de la marcha y cefalea progresivos. Valorado por su médico de atención primaria, ha estado tomando AINES sin mejoría.
ANTECEDENTES PERSONALES:
No alergias conocidas. No hábitos tóxicos. Intervenido en 2008 derivación ventriculoperitoneal (DVP) por hidrocefalia postraumática. No tto. habitual. SB: monitor de boxeo.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
Consciente y orientado en las tres esferas. Región cervical, sin hematomas ni deformidad. Apofisalgia difusa. NRL sin focalidad, salvo marcha insegura sin otros de interés.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
-RX Cervical 2p (hecha hacía una semana por circuito de Atención Primaria): defecto en la integridad del catéter DVP a nivel C3-C4, identificando un fragmento suelto a nivel C5. Amento de partes blandas en región latero-cervical derecha.
-TAC craneal: llamativa dilatación del cuarto ventrículo y ausencia generalizada de surcos a nivel supra e infratentorial.
JUICIO CLÍNICO: Mareo e inestabilidad de la marcha en probable relación con rotura de DVP a nivel cervical y aparición hidrocefalia en el contexto.
Nos ponemos en contacto con el S° de Neurocirugía correspondiente a nuestro hospital, y dado que no hay datos de alarma, se da de alta al paciente para consulta en este servicio al día siguiente.

CONCLUSIONES

En pacientes con derivación ventriculoperitoneal se debe sospechar la presencia de una complicación asociada si aparecen síntomas neurológicos que no presentaba previamente. Las principales causas son las mecánicas: obstrucción próximal, obstrucción distal y la desconexión o rotura o migración del catéter. También pueden causar malfunción la infección del sistema o el fallo funcional.
Entre los síntomas que pueden aparecer estan la cefalea, el mareo, naúseas y vómitos, alteraciones visuales, dolor abdominal, crisis comiciales, malestar, etc..
Para el diagnóstico : Radiografías del trayecto valvular, TAC craneal y analítica con marcadores de infección (PCR y procalcitonina).
En el caso de este paciente, al estar estable se derivó de forma ambulatoria para valoración por Neurocirugía.
La otra reflexión sobre este caso, es que cuando solicitamos

estudios complementarios hay que revisarlos, porque la radiografía se solicitó una semana antes desde primaria y no fue vista por ningún médico.

P. #994

APLICACIÓN DE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN LA DETECCIÓN DE NEUMONÍA EN URGENCIAS

Carlos Pardo Rodríguez[1], Lorea Gómez Berasategi[1], Mario Fernández Rodríguez[2], Ion Koldobika Iribar Diéguez[1]

1. Hospital Comarcal de Bidasoa, Hondarribia, España
2. Hospital Universitario Donostia, San Sebastián-Donostia, España

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un varón de 46 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por fiebre de hasta 39°C de cinco días de evolución, acompañada de dolor abdominal, diarrea sin productos patológicos, tos con escasa expectoración, anorexia y náuseas postprandiales.

En la exploración física, el paciente se encuentra consciente, orientado y normocoloreado. Presenta una presión arterial de 128/85 mmHg, frecuencia cardiaca de 116 lpm, temperatura de 39°C y saturación de oxígeno del 100%. La auscultación cardiopulmonar revela crepitantes en el campo medio del hemitórax derecho, sin otros hallazgos patológicos significativos en el resto de la exploración.

Ante la sospecha de infección respiratoria, se realiza una ecografía pulmonar a pie de cama, que muestra una imagen de hepatización del parénquima pulmonar en la región correspondiente a la auscultación anómala, sugiriendo consolidación neumónica.

Se completan estudios analíticos con hemograma, bioquímica y pruebas microbiológicas, con hallazgos inespecíficos: leucocitosis leve (4,90 *10^3/µL) con predominio de neutrófilos (73,5%), plaquetopenia moderada y una ligera hiponatremia (132 mEq/L). La antigenuria para neumococo y legionella resulta negativa, al igual que los test rápidos para SARS-CoV-2, influenza A/B y virus respiratorio sincitial.

A pesar de la validación ecográfica del diagnóstico, se realiza una radiografía de tórax, que confirma la presencia de un foco de infiltrado intersticial extenso en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Se establece el diagnóstico de neumonía atípica y se inicia tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico y azitromicina intravenosas, junto con antipiréticos. El paciente evoluciona favorablemente y, dada su estabilidad clínica y la puntuación baja en las escalas de gravedad (CURB-65: 0, FINE: 46, Clase I), se decide su manejo ambulatorio con antibioterapia oral.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la utilidad de la ecografía clínica en el diagnóstico de patologías respiratorias en el ámbito de urgencias. La ecografía pulmonar permitió identificar de manera rápida y precisa la consolidación neumónica, correlacionando perfectamente con la auscultación.

A pesar de contar con este hallazgo ecográfico concluyente, se realizaron pruebas complementarias que podrían haberse evitado. Ni la medición de leucocituria ni la radiografía de tórax fueron determinantes en la toma de decisiones clínicas, ya que el diagnóstico quedó establecido con la combinación de clínica, auscultación y ecografía. La ecografía pulmonar, además

de ser una técnica no invasiva y de bajo costo, proporciona información inmediata, optimizando los tiempos de diagnóstico y tratamiento, lo que permite reducir la necesidad de pruebas complementarias innecesarias y minimizar la exposición a radiaciones ionizantes.
Este caso subraya la necesidad de potenciar el uso de la ecografía clínica en urgencias, promoviendo su integración en la evaluación inicial de pacientes con sospecha de neumonía.
Si quieres que haga ajustes o agregue más información, dime y lo modifico.

P. #1002

ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA COMÚN DERECHA DEBUT COMO SHOCK HEMORRÁGICO E ISQUEMIA DE MIEMBROS INFERIORES

Rafael Paez Camacho, María Andreina Finol Almarza
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Los aneurismas de la aorta ilíaca común son entidades poco frecuentes representando un 0.4 a 1.9% de la patología aneurismática. Sin embargo, es una patología de gran significancia que puede desencadenar en la muerte. A diferencia del síndrome aórtico agudo común, no cursa con dolor torácico, ya que, está más en relación con la aorta abdominal y los pacientes muestran síntomas de compresión de estructuras y hemorragias. Actualmente, existen múltiples técnicas de reparación de este cuadro, desde cirugía abierta hasta procedimientos endovasculares. Es de gran importancia para los médicos de urgencias conocer esta patología para realizar el diagnóstico oportuno. Varón de 85 años sin alergias medicamentosa, sin FRCV, con antecedentes de trombocitopenia de origen inmune en tratamiento con Eltrombopag con buena respuesta. Traído por equipo médico por un cuadro de síncope en su domicilio en la madrugada. Fue valorado inicialmente en domicilio calificandose como un posible síndrome coronario agudo con cambios en el EKG, se le administró una carga de aspirina y 25 mg de demerol. Durante la valoración domiciliaria, el paciente se encontraba despierto, pálido, con frialdad distal y con cifras de TAS<100 mmHg. Fue reevaluado por equipo especializado, quienes decidieron administrar 5 UI de insulina y trasladarlo a hospital de referencia. A su llegada, se encontraba en mal estado general, consciente y orientado, frío e hipoperfundido, con lividece en miembros inferiores. TA de 60/40 mmHg, FC de 86 lpm, SpO2 de 94% a/a y temperatura de 35.5. A la auscultación se encontraba rítmico sin soplos, con murmullo vesicular con hipoventilación global. Abdomen algo globuloso y distendido. Miembros inferiores sin edemas, sin signos de TVP. Ausencia de pulsos pedios y presencia de lividece cutáneas en ambas piernas. En el EKG presentaba ritmo sinusal a 86 lpm, sin hallazgos importantes. En la gasometría venosa presentaba acidosis metabólica con pH de 7.19, PCO2 de 50.6, HCO3 de 17, hemoglobina de 10.3g y lactato de 10. Se tomaron muestras para analíticas completas, en las que el paciente no presentaba plaquetopenia. Se administró antibioticoterapia y 1000ml de suero fisiológico a goteo rápido, mejorando la TA a 110/50mmhg, persistiendo frialdad cutánea, acrocianosis y lactato elevado. No se contaba con ecografía en el momento por lo que, se decidió realizar ANGIO TC de Aorta observando rotura de aneurisma de la ilíaca común derecha de aproximadamente 22x14 cm con hematoma retroperitoneal y aneurisma fusiforme de la ilíaca común izquierda de 9.2 cm y sacular en la pared derecha distal de la aorta, que medía 17 mm. Se trasladó al paciente a observación donde se intensificó fluidoterapia y se transfundió concentrado de hematíes. Se alertó a cirugía cardiovascular, quienes decidieron cirugía urgente de colocación de endoprótesis aorto-bifemoral. El paciente pasó a recuperación en la sala de RPQ donde se mantuvo hemodinámicamente

estable sin necesidad de soporte vasoactivo. TA en rango 140/80 mmHg. Posteriormente pasó a cargo del servicio de medicina interna.

CONCLUSIONES

Los aneurismas de las arterias ilíacas representan una mínima parte de la patología aneurismática de la aorta descendente. Sin embargo, es una afección que cuando se presenta en tamaño significativo, se corre riesgo de rotura y comprometen no solo la irrigación de los miembros inferiores sino también la vida de los pacientes. Es una causa de shock hipovolémico que, si no se toman medidas de manera rápida, puede desencadenar en la muerte rápidamente.
Por otro lado, existen técnicas que permiten el diagnóstico oportuno en urgencias, como la ecografía abdominal, que siempre debemos tener presente y a la mano. Finalmente, existen múltiples técnicas de resolución de estos cuadros, como lo es la cirugía abierta y endovascular, que ofrece menos complicaciones operatorias y postoperatorias.

P. #1003

ASAS INTESTINALES FLOTANDO, ¿QUÉ ESTA PASANDO?

Ana Arcos Atienzar[1], Sandry Margarita Prieto De La Rosa[2], Carmen Monroy Gómez[2], Cristina Patricia Morales Manso[3], Cristina Estrella Mohíno Laguna[3], Andrés Machado Reyes[2]

1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España
2. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
3. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

: Paciente de 92 años con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, hipotiroidismo e ictus aterotrombótico en Diciembre 2021. Con respecto a la situación basal, presenta KATZ G, dependiente para todas las actividades de la vida diaria, encamada, y con doble incontinencia. A nivel neurológico presentaba un deterioro cognitivo leve y vivía con su hermana en domicilio.
Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por deterioro del estado general, anorexia y pérdida de apetito en el último mes. En días previos ha presentado deposiciones diarreicas normocoloreadas y sin productos patológicos, con cese de las mismas hace 2 días, acompañándose en las últimas horas de un vómito fecaloideo y anuria. Niega fiebre ni clínica respiratoria.
Exploración física: Tensión arterial 99/69 mmHg, frecuencia cardiaca 104, Saturación O2 93% ambiental, frecuencia respiratoria 25.
Regular estado general, consciente pero con imposibilidad de valorar orientación por falta de colaboración, deshidratación mucocutánea y palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: distendido sin palpación de masas ni megalias con dolor a la palpación generalizada, sin peritonismo. MMII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Ulcera por decúbito en ambos talones, sin datos de sobreinfección.
Tras valoración de la paciente, procedemos a solicitar pruebas complementarias y pautar analgesia.
Pruebas complementarias:
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal. No infiltrados ni consolidaciones. No pinzamiento de senos costofrénicos. No signos de neumoperitoneo.
- Radiografía abdomen: gran dilatación de asas de intestino delgado, con "asas en pilas de monedas" y presencia de aire entre asas, sugestivo de perforación intestinal.
- Analítica sanguínea: leucocitos 12100 (segmentados 91%), hemoglobina 11,8, plaquetas 15000. Coagulación: fibrinógeno 617, resto normal. Bioquímica: urea 74, creatinina 1,71, iones sin alteraciones, PCR 45, procalcitonina 2,3. Gasometría venosa: Ph 7,47, PCO2 31, lactato 42, bicarbonato 22.

Ante los datos de sepsis con inestabilidad hemodinámica, se debería solicitar hemocultivos, pautar antibioterapia de amplio espectro y solicitar TAC abdominal para filiar la posible perforación, pero dada la situación de la paciente junto con el deseo expreso de la misma a morir, se consensua con la paciente

y familiar manejo conservador, con tratamiento sintomático y control de síntomas.

CONCLUSIONES

La perforación gastrointestinal constituye una situación clínica urgente que requiere un diagnóstico y tratamiento urgente. La radiografía de abdomen es una gran aliada que no se debe infravalorar, dado que constituye una técnica de imagen rápida y sencilla y ayuda al diagnóstico inicial y tratamiento rápido. En este caso, se visualiza gran cantidad de aire entre las asas intestinales sugiriendo una perforación de tiempo de evolución o de gran tamaño. Gracias a esta técnica se pudo administrar tratamiento y decidir las directrices a seguir teniendo en cuenta el deseo de la paciente y familiares.

P. #1011

ECOCARDITIS: ICTUS POR ÉMBOLOS SÉPTICOS SECUNDARIOS A ENDOCARDITIS INFECCIOSA MITRAL

Blanca Gómez Del Río, Ana María Martínez Virto, Manuel Luís Gómez Blanco, Elena Romero Gismera, Beatriz García-Borregon Domonte

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 74 años con antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC), síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) con CPAP, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tipo enfisematoso, deterioro cognitivo mixto (vascular y degenerativo frontotemporal), síncopes neurogénicos en estudio y enfermedad de pequeño vaso en resonancia magnética cerebral.

Acude al servicio de urgencias tras ser encontrado en el suelo por sus familiares, sin evidencia de traumatismo craneoencefálico (TCE). Presentaba un cuadro de varias horas de evolución consistente en debilidad de extremidades izquierdas, por lo que fue trasladado por los servicios de emergencias extrahospitalarias con activación de código ictus.

A su llegada, mal estado general, presentando hipotensión sistémica (85/40 mmHg), taquicardia (109 lpm), fiebre de hasta 39ºC y hemiparesia izquierda.

En la analítica destacaba un deterioro de la función renal (creatinina 2.12 mg/dL, filtrado glomerular 30 mL/min), junto con elevación de reactantes de fase aguda (PCR 170 mg/L, PCT 1.52 ng/mL). No se detectó coagulopatía.

Dado el contexto clínico, se realizó tomografía computarizada (TAC) basal y angioTAC de troncos supraaórticos (TSA) y polígono de Willis, sin hallazgos de patología intracraneal aguda ni oclusiones de gran o mediano vaso intracraneal susceptibles de trombectomía.

Ante la sospecha de infección, se completó el estudio con radiografía de tórax (descartándose neumonía), sistemático de orina (normal) y ecocardiografía transtorácica (ETT), que evidenció la presencia de una masa en la aurícula izquierda sobre la válvula mitral, altamente sugestiva de endocarditis infecciosa. La resonancia magnética cerebral detectó un infarto en el territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha, explicando la hemiplejia izquierda, disartria e hipoestesia, con una puntuación en la escala NIHSS de 11 puntos.

Los hemocultivos obtenidos confirmaron la presencia de Staphylococcus aureus meticilin sensible (SAMS).

Tras la valoración por Neurología, se decidió no administrar tratamiento reperfusor debido al origen embólico del ictus. Se consensuó con UCI y Cardiología el ingreso en la unidad de enfermedades infecciosas de Medicina Interna, dado su estado hemodinámicamente estable. Se desestimó el tratamiento quirúrgico en ese momento debido a la reciente aparición del ictus y el compromiso multiorgánico incipiente.

El paciente evolucionó con deterioro progresivo, desarrollando un cuadro de fracaso multiorgánico con afectación hemodinámica, renal, hepática y neurológica.

CONCLUSIONES

El presente caso ilustra una de las complicaciones más graves de la endocarditis infecciosa: la embolización séptica cerebral. La endocarditis sobre válvula mitral con vegetaciones de gran tamaño, especialmente aquellas causadas por Staphylococcus aureus, presenta un elevado riesgo de embolización sistémica. En el contexto de este paciente, la presencia de fiebre, malestar general y sepsis con un foco infeccioso valvular sugiere que el ictus fue secundario a la migración de fragmentos embólicos infectados desde la válvula mitral hacia la circulación cerebral, con afectación del territorio de la ACM derecha.

El manejo de estos casos es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar. Si bien el tratamiento antimicrobiano es la piedra angular, la decisión sobre la intervención quirúrgica debe considerar el riesgo embólico frente a la estabilidad del paciente y la posibilidad de secuelas neurológicas. En este paciente, la presencia de ictus reciente y el deterioro multiorgánico desaconsejaron la cirugía valvular en la fase aguda.

Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de la endocarditis infecciosa como causa subyacente de ictus embólico. La combinación de imagen cardiaca, estudio microbiológico y valoración neurológica son clave para un adecuado manejo. La endocarditis infecciosa sigue siendo una entidad con elevada morbimortalidad, especialmente cuando se complica con embolismos sépticos cerebrales, lo que subraya la necesidad de un enfoque integral y precoz en estos pacientes.

P. #1012

LA SOMBRA DEL AIRE: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL ENFISEMA SUBCUTÁNEO

Joaquín López Miota[1][2], Ester García Solivelles[1], Lucía López Martínez[1], Cristina Gasós García[1], Laura Lafuente Muñoz[1]

1. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España
2. Consultorio Auxiliar San Antonio de Benageber, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años acude al servicio de urgencias hospitalarias derivado del centro de salud por "dolor en espalda y crepitantes en zona abdominal y espalda" tras alta hospitalaria hace 72 horas.

Desde hace 24 horas aumento de edematización tisular en flanco derecho que relaciona con intervención quirúrgica. Esta mañana inicia de dolor lumbar izquierdo sin origen filiado.

Niega sensación distérmica ni alteración urinaria. No nauseas ni vómitos.

Antecedentes médicos:

- No reacción alérgica a medicamentos.
- No diabetes mellitus.No hipertensión arterial ni dislipemia.
- No antecedentes patológicos de interés.

Antecedentes quirúrgicos:

- Vasectomía noviembre 2018.
- Nefrectomía derecha simple octubre 2024 por hidronefrosis derecha grado IV muy severa por probable estenosis obstrucción de la unión pieloureteral.Hipertrofia compensadora de riñón izquierdo en este contexto (alta hace 72 horas).

Tratamiento: Alterna paracetamol 1000mg y metamizol 575mg desde alta hospitalaria para control de dolor postoperatorio.

Exploración física:

-TA:105/62 mmHg;T°: 36.5°C ;FC: 65 lat/min; Sat.02: 100 %.

-Buen estado general. Eupneico en reposo. Consciente y orientado. Normohidratado. Normocoloreado.Lenguaje espontáneo.

-Auscultación cardiaca:rítmica sin soplos ni roces audibles.

-Auscultación pulmonar:murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. No se aprecia tiraje costal.

-Abdomen: blando y depresible, se aprecia edematización tisular en flanco derecho. Dolor a la palpación leve en todo el abdomen, focalizado en flanco derecho. Se aprecia crepitación en todo el abdomen. Blumberg negativo. Murphy negativo. Rovsing negativo. No signos peritonitis.

-Analítica de sangre (a destacar): Hemoglobina:13,20 g/dL; leucocitos: 9,20 x10^9/L;índice de Quick:73 %; ácido láctico: 1,50 mmol/L; creatinina: 1,06 mg/dL; proteína C reactiva:112,2 mg/L.

- Ecografía clínica a pie de cama(imagen 1): se aprecian múltiples artefactos hiperecogénicos,lineales y verticales que nacen en la grasa subcutánea del abdomen, posibles artefacto en forma de V (o ringdown artefact), que unido a la reflexión de los ultrasonidos incidentes (elevada impedancia acústica por el aire) impide evaluar la materia situada más allá de estos, orientando a un posible enfisema subcutáneo (ES).El artefacto descrito en el ES es conocido en la literatura como línea E.
- Tomografía computarizada toracoabdominopélvica tras la administración de contraste intravenoso(imagen 2):

Se observa neumoperitoneo, localizado en región subfrénica

anterior y región anterior del abdomen, aunque existen burbujas aéreas ampliamente distribuidas por todo el abdomen. Burbujas en la vía biliar intrahepática. Aumento de partes blandas, también con burbujas aéreas en región de fosa renal derecha, que se extiende por la fascia lateroconal derecha hasta la pelvis, en relación con cambios postquirúrgicos.
Se acompaña de ES, ampliamente distribuido por la línea media abdominal hasta los testículos. Discreta cantidad de líquido interasas en fosa iliaca izquierda y en pelvis.
Resto de aparatos sin alteraciones.
Conclusión:Neumoperitoneo extenso, es posible que se deba a la técnica quirúrgica o si no descartar perforación de víscera hueca. ES ampliamente extendido.
Tras observación conjunta del cirujano y urólogo de guardia, se diagnostica de neumoperitoneo no quirúrgico, y se ingresa en planta para observar la evolución.

CONCLUSIONES

El neumoperitoneo es una acumulación de aire en la cavidad peritoneal, relacionada la mayoría de las veces con perforación de víscera hueca, requiriendo una intervención quirúrgica. En un 10-15% de los casos resulta debido a otro tipo de etiología (neumoperitoneo no quirúrgico). La causa más frecuente de neumoperitoneo no quirúrgico es la postquirúrgica, esperándose una resolución espontánea de la misma con el paso de los días. Respecto al ES, su diagnóstico suele realizarse con la exploración física (crepitantes en piel) y prueba radiológica (habitualmente radiografía o tomografía computarizada). Poder usar la ecografía clínica, técnica inocua y accesible tanto en medio hospitalario como extrahospitalario, para confirmar nuestra sospecha como en el caso descrito, ayuda a aumentar la velocidad en la toma de decisiones en beneficio del paciente.

P. #1034

DOLOR ABDOMINAL; CAUSAS MENOS FRECUENTES: INFARTO RENAL

Elena Martínez Carracelas[1][2], José Joaquín Giménez Belló[1], Raquel Sánchez Pérez[3], María Del Mar Mayor Serrano[3], Pablo Gómez Torres[1][4], Juan Francisco Botía González[1][2]

1. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España
2. Centro de Salud Cieza Oeste, Cieza, España
3. Centro de Salud Murcia- San Andrés, Murcia, España
4. Centro de Salud Cieza Este, Cieza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 47 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal. Tras haberse intervenido hace diez días de cirugía de hemorroides ha presentado progresivamente dificultad para la defecación hasta imposibilidad completa desde hace seis días. Esta es la tercera asistencia en Servicio de Urgencias. Hasta el momento, en tratamiento con diferentes productos laxantes y procinéticos, sin éxito.
En las atenciones anteriores se objetivó distensión abdominal y timpanismo, con dolor difuso sin localización específica, sin signos de irritación peritoneal.
Actualmente, presenta: tensión arterial 126 mmHg; afebril, frecuencia cardiaca 80 lpm, saturación de oxígeno 98%. Eupneico. La exploración física revela una auscultación cardiopulmonar normal y, centrada en hallazgos abdominales, destaca un peristaltismo conservado, aspecto distendido, cierto timpanismo, dolor abdominal ahora más centrado en flanco derecho con puño-percusión izquierda negativa, derecha dudosa, sin signos de irritación peritoneal.
A pesar de escuchar ruidos peristálticos, puesto que es la tercera atención y la progresión es hacia empeoramiento clínico, se decide ampliar estudio.
Pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea normal. Análisis sistemático de orina, normal. Lactato 1.4 mg/dl. Electrocardiograma normal.
Se realiza Rx de abdomen en bipedestación: sugestivo de niveles hidroaéreos. Ante esto, se decide consensuado con radiología, realizar una tomografía computerizada (TC) abdominal con contraste, que se informó como:
"Sin signos que sugieran obstrucción intestinal, tampoco neumoperitoneo ni colecciones organizadas. Hipodensidad del parénquima renal derecho, de la región interpolar, con respeto capsular sugestivo de infarto renal."
Se procedió a ingreso en Medicina interna con tratamiento anticoagulante y posteriormente se realizó estudio de trombofilia, determinando que el único antecedente de interés pudo ser el sedentarismo post-hemorroidectomía. No se hallaron antecedentes familiares.

CONCLUSIONES

El infarto renal es una entidad poco frecuente, caracterizada por una interrupción aguda del flujo sanguíneo en las arterias renales o sus ramas. Es una entidad con baja incidencia, y su

diagnóstico suele estar infravalorado, lo que conlleva un retraso en su identificación, estimado entre 1 y 6 días según diversas series.
Este retraso diagnóstico se debe, en gran parte, a la amplia variedad de diagnósticos diferenciales asociados al dolor en flanco unilateral. Entre las principales entidades a considerar destacan el cólico nefrítico y la pielonefritis. Además, en ciertos casos, puede confundirse con cuadros de abdomen agudo, endocarditis o incluso síndrome coronario agudo.
El diagnóstico de infarto renal debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo para eventos tromboembólicos, especialmente aquellos con antecedentes de patologías cardioaortoembólicas. Los hallazgos analíticos que apoyan esta sospecha incluyen un aumento de la lactato deshidrogenasa (LDH) (presente en el 90,5 % de los casos), elevación de la proteína C reactiva (PCR), leucocitosis y la presencia de micro o macrohematuria. A diferencia del cólico nefrítico y la pielonefritis aguda, el infarto renal es la única de estas patologías en la que se observa un incremento significativo de la LDH.
El estudio por tomografía computarizada (TC) es fundamental para el diagnóstico. Ante la sospecha de cólico nefrítico, se recomienda una TC sin contraste para la detección de litiasis. Sin embargo, en el caso del infarto renal, esta prueba no permitirá visualizar la lesión a menos que se utilice contraste, lo que la convierte en la herramienta diagnóstica más efectiva para esta entidad.
En nuestro caso comparte con lo descrito su dificultad para filiar y el consecuente retraso diagnóstico, destacando la normalidad en pruebas analíticas (tanto determinación de lactato, sistemático de orina normal), como clínicas (puñopercusión dudosa, ausencia de claro antecedente trombofílico).
Ante estos casos podemos concluir que en situaciones de difícil correlación clínico-analítica pero persistencia o empeoramiento clínico está justificada la ampliación de estudio con pruebas de imagen. El infarto renal se diagnostica principalmente con TC contrastado.

P. #1045

A PROPÓSITO DE UN CASO: ¿LA HISTORIA SE REPITE?

Irene Mate Martín, Daniel López Puente, Guadalupe Isabel Guzmán Caro, Miriam López Cainzos, Raquel Martín López, Inés Domínguez Zotes

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales: Mujer de 88 años, hipertensa con insuficiencia aórtica moderada y con antecedente de episodio previo de vólvulo sigmoideo en 2022.
Enfermedad actual: Acude al servicio de urgencias por distensión y molestias abdominales de 12 horas de evolución asociadas a náuseas sin vómitos y disminución del tránsito intestinal.
Exploración física: Estabilidad hemodinámica. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. A destacar abdomen distendido con percusión timpánica y dolor a la palpación inicialmente localizado en flanco derecho. Sin defensa ni signos de peritonismo.
Pruebas complementarias: Radiografía abdominal en serie obstructiva donde se aprecian restos fecales en asas de colon izquierdo, así como, dilatación de asas con niveles hidroaéreos. Analítica sanguínea con función renal e iones normales, PCR 0.6, Procalcitonina 0.07, leucocitos 4100, Neutrófilos 75%, Hemoglobina 14, plaquetas 173000 y coagulación normal.
Evolución y desenlace: Se realiza interconsulta a Digestivo que indica colonoscopia urgente tras preparación con enemas. Durante el procedimiento, se progresa hasta aproximadamente 60-70 cm, identificando abundante contenido fecal y diverticulosis en sigma, sin evidencia clara de
vólvulo de sigma. No obstante, la exploración no puede avanzar más allá debido a la presencia de heces sólidas que obstruyen la luz colónica y a la intolerancia de la paciente.
Ante esta limitación, se solicita TC abdominal con contraste, que confirma la presencia de vólvulo de ciego, evidenciado por una dilatación cecal de hasta 9 cm con engrosamiento mural, así como contenido fecal y gas en su interior. Se observa el signo del "remolino" cranealmente a la dilatación y una imagen en "pico de pájaro" en el asa distal del colon ascendente, acompañado de rarefacción de la grasa adyacente y dilatación de los vasos mesentéricos.
Ante la imposibilidad de realizar desvolvulación endoscópica y los antecedentes de episodios previos, se decide ingreso en Cirugía General para intervención quirúrgica urgente, realizándose desvolvulación con éxito. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento postquirúrgico con faja abdominal y control de la herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

Los vólvulos son una causa de obstrucción intestinal producida por la torsión de un segmento del colon sobre su mesenterio, lo que puede comprometer el flujo sanguíneo y llevar a isquemia, necrosis y perforación si no se trata a tiempo. Los vólvulos más frecuentes son los del sigma y el ciego, aunque también pueden afectar al colon transverso.
Este caso ilustra la importancia de diferenciar entre vólvulo de

sigma y de ciego, ya que su manejo puede ser distinto. Mientras que el vólvulo de sigma suele resolverse con descompresión endoscópica, el vólvulo de ciego raramente responde a este enfoque y generalmente requiere tratamiento quirúrgico.
Radiológicamente, ambos tipos de vólvulo pueden presentar dilatación de los segmentos intestinales afectados, lo que dificulta la diferenciación. Sin embargo, el vólvulo de sigma suele mostrar una dilatación del colon en forma de "U" invertida que asemeja un "grano de café", mientras el vólvulo de ciego muestra una distensión de la región cecal que recuerda un "pico de pájaro" y puede asociarse a desplazamiento del colon ascendente. Dada la similitud radiológica, el TC es la herramienta diagnóstica más útil para confirmar el diagnóstico, ya que permite una evaluación más precisa de la
anatomía intestinal, la torsión del mesenterio y el grado de isquemia.
Por tanto, es crucial realizar un diagnóstico diferencial preciso para diferenciar entre vólvulo sigmoideo y vólvulo de ciego, y para excluir otras patologías obstructivas y tumorales que puedan presentar imágenes radiológicas similares. Entre las condiciones que deben considerarse se incluyen el megacolon tóxico, las neoplasias colónicas, la enfermedad diverticular complicada y las adherencias intestinales. Cada una presenta características radiológicas distintivas, por lo que el uso de TC es fundamental para confirmar el diagnóstico, identificar complicaciones y guiar la terapéutica.

P. #1083

¿UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL VISITAS?

Marina Del Bosque Sánchez, María Berenguer Pérez, Carlota Clemente Callejo, Adrián Joaquín Barrajón Masa, Enrique Del Toro Daza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años, natural de Perú, sin antecedentes personales de interés, acude al servicio de urgencias (SU) por dolor abdominal difuso de 3 semanas de evolución, de predominio en epigastrio, sin náuseas ni vómitos ni fiebre. Asocia únicamente heces acólicas la última semana. Ha sido valorada anteriormente en otro hospital y en su médico de atención primaria sin respuesta al tratamiento farmacológico con omeprazol y analgesia de segundo escalón.
A la exploración física, estable hemodinámicamente, destaca piel pálida, abdomen con ruidos hidroaéreos conservados, blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo, sin signos de irritación peritoneal.
Analíticamente destaca anemia microcítica y alteración del perfil hepático con patrón de colestasis sin elevación de bilirrubina, y marcada elevación de LDH (6883 U/L). No presentaba elevación de reactantes de fase aguda, ni leucocitosis ni neutrofilia. Se completa el estudio con ecografía abdominal a pie de cama (imagen 1) en la que se objetivan múltiples lesiones hepáticas hipodensas, por lo que se realiza TC abdomino-pélvico que muestra múltiples lesiones hipodensas con halo periférico sugerentes de metástasis, además de hallazgos sugerentes de neoplasia primaria de colon.
Con todo lo anterior, se solicita ingreso en Medicina interna para continuidad de estudio y tratamiento dirigido.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de visita a los servicios de urgencias. Hasta el 80% de los pacientes diagnosticados de dolor abdominal mejoran o quedan libres de dolor en las siguientes dos semanas.
Se debe realizar una anamnesis completa, centrándose así en la ubicación del dolor, características, síntomas acompañantes y tiempo de evolución. Una exploración física completa con inspección, auscultación y palpación por cuadrantes es primordial. Se deben realizar estudios complementarios (analítica de sangre completa con perfil abdominal y reactantes de fase aguda) en aquellos pacientes que la historia clínica y la exploración física no establezcan la causa del dolor, así como en aquellos que presenten síntomas o signos de alarma.
Entre los datos de alarma más destacados se encuentran la fiebre, cambio color de las heces, dolor persistente que no mejora tras analgesia, pérdida de peso, signos de irritación peritoneal, …
La ecografía de abdomen a pie de cama es una prueba no invasiva, sin radiación ionizante, dinámica y disponible a pie de cama que nos puede dar un diagnóstico aproximado, rápido y nos ayuda en la toma de decisiones en los SU. Entre las indicaciones en la patología abdominal se encuentran

las alteraciones analíticas (alteración del perfil abdominal, elevación de reactantes de fase aguda y/o LDH), la no mejoría tras el tratamiento pautado y la localización del dolor.
Dentro de las lesiones focales de naturaleza líquida debemos tener en cuenta el quiste congénito hepático, la enfermedad poliquística hepatorrenal, pseudoquiste parasitario, absceso hepático, hematomas hepáticos y enfermedad metastásica quística. Las lesiones metastásicas suelen presentar un aspecto ecográfico quístico complejo, es decir, con una pared irregular y engrosada, refuerzo acústico y con presencia variable en su interior de ecos, septos, niveles, …
Así sucede en el caso presentado que, a pesar de la edad de la paciente, se objetiva una alteración analítica marcada (patrón de colestasis y LDH elevada), que junto con la clínica (dolor persistente tras varias consultas en los SU) y exploración física nos llevan a realizar ecografía abdominal en la que se objetivan lesiones múltiples hipodensas multifocales. En primera instancia nos hace descartar patología benigna y nos acercan hacia un diagnóstico de malignidad, que se confirma tras la realización de una prueba más específica.

P. #1099

BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL A NIVEL INTERESCALÉNICO, ALGO MÁS QUE APRENDER

Francisca Rico Rodríguez[1], Diego Alejandro Camargo Espitia[2], Luis Ayala Jiménez[2], Álvaro Ortega Guerrero[2], Germán Valdés Zafra[2], Carlos Ávila Zurita[2]

1. Doctorado Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud, Universidad de Málaga. Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga, España
2. Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 64 años sin alergias medicamentosas, hipertenso, sin otros antecedentes de interés, que acude a las urgencias de un hospital comarcal, trasladado por dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) tras sufrir amputación de brazo izquierdo mientras trabajaba con su tractor. Paciente consciente y orientado, eupneico, frecuencia respiratoria 14 rpm, Saturación basal O2 99%, tendente a la hipertensión, tensión arterial 165/93 mmHg, frecuencia cardíaca 98 lpm en rimto sinusal, con dolor intenso Eva (escala visual analógica) 8/(1)0, con muñón a nivel de hombro izquierdo, sin sangrado activo. A su llegada a urgencias, pasa a sala de cuidados críticos, donde se monitoriza, se canaliza vía periférica y se extrae muestra para analítica y pruebas cruzadas. Puesto que el quirófano de urgencias se encuentra ocupado en ese momento con una cesárea urgente, se decide realizar un bloqueo del plexo braquial a nivel interescalénico para optimizar el control del dolor.
Se coloca al paciente en decúbito supino, con la cabeza lateralizada hacia la derecha. Bajo condiciones de asepsia, se coloca sonda lineal en zona laterocervial izquierda, transversa al cuello, llegando a identificar los tres troncos, superior, medio e inferior, situados entre el músculo escaleno medio y el músculo escaleno anterior. Se realiza bloqueo ecoguiado y con neuroestimulador del plexo braquial a nivel interescalénico, con abordaje en plano, con 10 ml de levobupivacaína 0.125% sin incidencias.
Tras realización del bloqueo, el paciente refiere mejoría clínica evidente inmediata con Eva 2/10.

CONCLUSIONES

La analgesia locorregional es una herramienta adicional a tener en cuenta en el manejo del paciente en urgencias, buscando un óptimo control del dolor y evitando los efectos adversos de los opioides. No obstante, no está exento de complicaciones, teniendo en cuenta que cada bloqueo específico tiene sus posibles complicaciones, que debemos conocer y saber tratar. En el caso descrito, el bloqueo del plexo braquial a nivel interescalénico ofrece una analgesia en la zona del hombro, pero puede conllevar una parálisis frénica ipsilateral, entre otras complicaciones. La realización de bloqueos ecoguiados y con neuroestimulador permie disminuir las dosis de anestésico local administrada bajo visualización directa, evitando complicaciones o efecto secundarios de los mismo.
Es un reto en urgencias el obtener un control del dolor agudo, especialmente en los pacientes que han sufrido un traumatismo

de alta energía que previsiblemente pueden llegar a tener un dolor inicial muy intenso. Dicho control del dolor agudo repercute en la prevención del dolor crónico y del dolor neuropático, beneficios indirectos en nuestro paciente.

P. #1119

ENSANCHAMIENTO MEDIASTÍNICO EN URGENCIAS: DE LA DISNEA A LA SOSPECHA ONCOLÓGICA

Carmen García Rosado, Andrea Gallardo Jiménez, Marina Vera Del Río, Ana Rocío Villalón Sánchez, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 65 años que acude a urgencias por disnea de 10 días de evolución, sin expectoración ni dolor torácico. Sensación que se relaciona con los esfuerzos y ligero hinchazón de miembros inferiores. No refiere cuadro catarral ni otros síntomas infecciosos. En la exploración física, se destaca hipoventilación de las bases pulmonares, distensión abdominal y presencia de edemas con fóvea hasta el tercio medio de las extremidades inferiores. Ante estos hallazgos, se solicita una radiografía de tórax y una analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría, que no muestran alteraciones significativas.

En la radiografía de tórax realizada, se aprecia un ensanchamiento del mediastino, con probable ocupación del mediastino anterior y discreto derrame pleural bilateral. En la exploración dirigida, se palpan adenopatías supraclaviculares pétreas, no móviles, probablemente patológicas. Este hallazgo fue lo suficientemente relevante como para realizar una ecografía en urgencias a pie de cama, donde se identifican conglomerados adenopáticos bilaterales con contenido heterogéneo, sugiriendo una etiología maligna.

Dado el cuadro clínico y radiológico, el paciente se ingresa para continuar estudio. Durante este periodo se realiza una tomografía computarizada (TAC), revelando la presencia de una masa hepática sospechosa junto con adenopatías en diversas localizaciones, entre ellas la trama bronquial izquierda, no visible en la radiografía previa y sugiriendo la probable disnea por la que consultaba el paciente. A lo largo del seguimiento, el paciente mostró un deterioro clínico progresivo, se confirmó la neoplasia avanzada y el paciente fallece tras varias semanas de ingreso debido a fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES

El ensanchamiento mediastínico en urgencias puede corresponder a una amplia variedad de diagnósticos, desde infecciones hasta procesos neoplásicos, por lo que una evaluación clínica detallada es esencial. En este caso, la combinación de una anamnesis exhaustiva, exploración física dirigida, y pruebas de imagen como la radiografía de tórax y la ecografía a pie de cama, fueron fundamentales para orientar el diagnóstico hacia una enfermedad grave, en este caso, de neoplasia avanzada.

La palpación de adenopatías supraclaviculares y el uso de la ecografía en el servicio de urgencias proporcionaron información clave para la detección precoz de la patología subyacente, facilitando el diagnóstico diferencial y evitando retrasos diagnósticos. El uso racional de la imagen, como la tomografía computarizada, permitió confirmar la presencia de una masa hepática y adenopatías metastásicas, lo que subraya

la importancia de una intervención temprana para optimizar el manejo y pronóstico del paciente.
Este caso pone de manifiesto la importancia de integrar los hallazgos clínicos, radiológicos y ecográficos para detectar enfermedades graves en un entorno de urgencias, mejorando la precisión diagnóstica y favoreciendo un manejo oportuno.

P. #1214

LA ECOGRAFÍA COMO ALIADA EN EL DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Jorge Hernán Agrado Vanegas, Gabriel José Carpio Guayamo, José Rubén García Montes, Erick Corpeño Monge, Diego Castrillon Rodríguez

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años con antecedentes de base de neoplasia de colon derecho-ciego, Hemicolectomía derecha laparoscópica hace 2 años. Acude a urgencias por un cuadro de estreñimiento y dolor abdominal de 48 horas. Sin tránsito para gases. No vómitos. En la exploración abdomen distendido, doloroso en marco cólico, signo de rebote positivo, RHA positivos aumentados. Los resultados de la analítica: Proteina C reactiva 3.0 mg/L Amilasa 33 U/L, Lactato (gases) 7 mg/dL, Leucocitos15.1 x10^9/L (Neu 12.4 x10^9/L .Fibrinógeno (Derivado) * 620.0mg/dl
Objetivos
Clasificar y ordenar los posibles diagnósticos diferenciales de la obstrucción intestinal
Tras confirmar diagnóstico, determinar el plan y/o estrategia para el abordaje de cuadro clínico
Explicar estrategias dietéticas para disminuir posibles recidivas. Además de signos de alarma al alta médica.
Método:
Se realiza ecografía clínica a pie de cama con sonda lineal, encontrando unas asas de intestinales distendidas de colon descendente, con aumento del peristaltismo, con edema de pared, con sospecha de obstrucción intestinal mecánica, ante la sospecha se pide TAC abdominal para definir tratamiento quirúrgico.
En la radiografía de abdomen: se objetiva niveles hidroaéreos, ausencia de gas distal y dilatación de asas intestinales proximalmente.
Discusión
Estamos ante un cuadro de una obstrucción mecánica secundario probablemente a bridas de la intervención de hace 2 años.
Indicamos dieta absoluta, sueroterapia 1500cc Sol. 0.9% y 1500cc Sol. Glucosada 5% distribuidos en 24 horas, colocación de sonda nasogástrica y analgesia endovenosa. En las siguientes 12 horas en vista de no mejoría de cuadro clínico, empeoramiento de distensión abdominal, taquipnea, diaforesis, y tendencia a hipotensión arterial, además de hallazgos en el TAC de obstrucción intestinal mecánica a nivel de colon descendente se decide intervenir para resolución.
La obstrucción intestinal es un cuadro clínico producido por la dificultad del tránsito del contenido intestinal a través del tracto digestivo de manera completa.Hay varias pruebas de diagnóstico disponibles para ayudar a realizar el diagnóstico. Estos incluyen radiografías simples, ecografía (us.), tomografía computarizada (CT) (1,2,3,)
Actualmente no hay evidencia de que US pueda hacer interpretaciones en áreas como el punto de transición de la obstrucción o la etiología. La ecografía tiene una sensibilidad de 95 % y una especificidad de 84 % para diagnosticar la

obstrucción del intestino Sus hallazgos incluyen asas intestinales dilatadas y aumento del grosor de la pared intestinal (>3 mm) con peristaltismo aumentado o disminuido. Se recomienda que la ecografía sea la modalidad de imagen inicial para los pacientes que presentan sospecha de obstrucción intestinal y que la radiografía simple solo se utilice como una investigación complementaria. (4,5,)

CONCLUSIONES

Se sabe que la ecografía clínica a pie de cama por personal entrenado es una buena técnica para la sospecha clínica de obstrucción intestinal mecánica, aunque todavía no hay estudio concluyente que identifiquen que es superior al TAC para evaluar el punto de obstrucción. en nuestro paciente llamaba la atención la imagen de peristaltismo aumentado con contenido en interior desplazamiento continuo.

P. #1243

LA ECOGRAFÍA, UNA HERRAMIENTA MÁS EN CONSULTA

Marina Vera Del Río, Ana Rocío Villalón Sánchez, Laura Del Paso Cañigueral, Juan Diego Aragón García, Celia Calzado Rodríguez, María Teresa Serrato Llamas

Hospital de La Serranía de Ronda, Ronda (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 60 años. Artritis psoriásica en tratamiento con Guselkumab cada 2 meses.
Refiere dolor en el dorso del pie derecho de un mes de evolución, que empeora en reposo y mejora con la deambulación y a la elevación del mismo. Niega golpes o caídas. Comenta que el dolor comenzó en zona del gemelo derecho de manera súbita tras el sueño: "me acosté bien y a la mañana siguiente noté el dolor". Lo define como punzante, prácticamente continuo, desde la región externa del tobillo hasta el dorso del pie. No cede con Paracetamol 650 mg cada 8 horas, Naproxeno 550 mg cada 12 horas y Prednisona 30mg en pauta descendente.
A la exploración física, auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos y sin soplos, murmullo vesicular conservado y sin ruidos. Abdomen sin hallazgos patológicos. En miembros inferiores, no hay presencia de edemas. En el pie derecho, relleno capilar aumentado > 2 segundos, con hallazgo de cordón varicoso indurado en dorso del pie y doloroso a la palpación del mismo. Signo de Homans y de Olow negativos para trombosis venosa profunda. Se realiza analítica de sangre, donde se obtiene Dímero-D en 886 ng/mL, resto sin hallazgos significativos.
Ante los resultados clínicos y analíticos, se decide realizar una ecografía clínica a pie de cama, con sonda lineal, estudiando el sistema venoso profundo de miembro inferior derecho desde la unión del cayado de la safena interna con la vena femoral común, hasta la bifurcación poplítea: se observa el sistema venoso profundo de miembro inferior derecho permeable y colapsable, sin signos ecográficos de trombosis venosa profunda en la actualidad. El cordón indurado doloroso que refiere el paciente, correspondía ecográficamente a una vena superficial aumentada de calibre, con contenido ecogénico, con ausencia de compresibilidad, y con ausencia de flujo en el estudio doppler, lo cual era compatible con una tromboflebitis superficial.
Por último, se pauta Fondaparinux 2.5 mg 1 inyección al día durante 45 días, y derivamos al paciente a cirugía vascular para valoración detallada.

CONCLUSIONES

La Tromboflebitis Venosa Superficial es la formación de un coágulo de sangre en una vena superficial del miembro superior o inferior o, con menor frecuencia, en una o varias venas del tórax o las mamas (enfermedad de Mondor). Las varices venosas representan el factor de riesgo principal en el miembro inferior, sobre todo en mujeres. El diagnóstico se basa en la anamnesis y el examen físico, por lo que en estos casos es especialmente interesante el uso de la ecografía clínica en consulta. Supone una herramienta que nos ayuda a detectar de forma rápida y con una curva de aprendizaje aceptable, la presencia de

contenido ecogénico que no se comprime en el interior del vaso, compatible con una trombosis. Además, es interesante el uso del modo Doppler para valorar la presencia o ausencia de flujo sanguíneo en patologías como las trombosis venosas superficiales como profundas.

P. #1244

UTILIDAD DE LA ECOCARDIOSCOPIA EN URGENCIAS

Pedro Alejandro Gonzales Flores, Oswaldo Franco Ybarcena Álvarez, Sebastián Melgar Torena, Nuria Pomares Quintana

Hospital de Mollet, Mollet Del Vallès, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes
Paciente de 46 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida (FE 45%) a raíz de miocarditis el 2020 y obesidad. Profesión: Camionero.
Medicación habitual:
Enalapril/hidroclorotiazida 20/12.5 mg 1 vez al día, simvastatina 20 mg 1 vez al día, acido acetilsalicílico 100 mg 1 vez al día, empaglifozina 10 mg 1 vez al día.
Anamnesis:
Paciente explica cuadro de disnea de esfuerzo de aproximadamente 3 semanas de evolución. No explica dolor torácico, no explica fiebre ni sintomatología catarral. Paciente manifiesta que últimamente ha estado más sedentario de lo habitual.
Exploración física:
TA 110/65 mmHg FC 106/min FR 16/min T 36,4 SpO2 93% (AA)
Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado, con algunos crepitantes bibasales.
Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Soplo sistólico II/VI foco mitral. Edemas de miembros inferiores.
Neurológico: Conciente y orientado. No signos meningeos ni de focaización.
Exploraciones complementarias:
Analítica: Hb 13,4 g/dL, Leucocitos 8760/mm3, Dimero D 0.9 mg/dL, Glucosa 120 mg/dL, Urea 32 mg/dL, Creatinina 1,1 mg/dL, Proteina C reactiva 1,24 mg/dL, NT-ProBNP 3890 pg/mL, Sodio 134 mmol/L, Potasio 4,1 mmol/L.
Gasometría arterial (AA): pH 7,34 PaCO2 32 mmHg PaO2 64 mmHg HCO3 28 mmol/L
Radiografía de torax: Aumento de tamaño de la silueta cardiaca. Redistribución de flujo.
Electrocardiograma: Ritmo sinusal. FC 100/min PR 0.16 QRS 0.10 Bloqueo de rama derecha del haz de Hiss.
TAC torácico: Se descarta tromboembolismo pulmonar.
Orientación diagnóstica:
1. Insuficiencia cardiaca (IC) descompensada.
2. Hipoxemia.
Evolución
El paciente solicita el alta voluntaria, debido a su profesión. Se le aconseja que debe permanecer en urgencias.
Se le realiza ecocardioscopia para completar la exploración integral y se visualiza una vegetación móvil en valvula aórtica que ocasiona una insuficiencia aórtica al menos moderada, con una FE 40%.
Se orienta caso como Endocarditis subaguda de válvula aórtica. Reinterrogando, el paciente explica procedimiento dental 5 meses antes.
Se examina cavidad oral y se objetiva boca séptica (diversas

piezas dentales afectas de caries).
Se toman hemocultivos y se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 g IV c/24 horas y ampicilina 1 g c/8h y se inicia tratamiento deplectivo con furosemida 20 mg c/8h.
Se decide ingreso en la unidad de semicríticos y se contacta con hospital de tercer nivel para valorar posible cirugía valvular.
Dos dias después del ingreso se realiza ecografía transesofágica que objetiva una FE de 40%, con una vegetación de 2x1 cm en velo no coronario de válvula aórtica que ocasiona insuficiencia aórtica moderada.
Paciente es intervenido, colocándole prótesis aórtica mecánica.
Comentario:
La incidencia de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa es una enfermedad infrecuente con una incidencia anual de 3,1-3,7/100000 hab. Los estreptococos viridans son los microorganismos mas prevalentes y se asocian a presentación subaguda sobre válvula nativa.
La necesidad de cirugía se considera en vegetaciones > 10 mm.
El presente caso muestra la evolución tórpida y subaguda de la endocarditis, a diferencia de la endocarditis aguda que cursa con fiebre y rápido deterioro del paciente, el presente caso muestra disnea progresiva y ausencia de fiebre.

CONCLUSIONES

1. Se ha de proceder a una exploración física completa de todo paciente que llegue a urgencias, incluyendo cavidad oral.
2. La ecocardioscopia debe formar parte de la evaluación integral de los pacientes ingresados, sobretodo con sospecha de patología cardiaca.
3. Se han de considerar múltiples causas en pacientes jóvenes con IC descompensada.

Bibliografía:

1. Constán E, Gonzalez L, Pertejo L, Rivera R. Endocarditis infecciosa subaguda en paciente con comunicación interventricular. Cardiocore. 2017; 52(4): 165-167
2. Gonzalez J, Gonzalez M, Torres B, Sarabia C. Caso clínico: Endocarditis mitral subaguda complicada en el anciano. Enferm Cardiol. 2014 (62): 49-53.

P. #1246

ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS: UN ALIADO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Beatriz Ordóñez Amboage[1], Daniel Requejo González[1], Omaicar De La Cruz Vechionacci López[1], José Manuel Rodríguez Luna[2], Juan Bosco González Del Valle[3], Olga Morales Encuentra[1]

1. Hospital Santiago Apóstol, Miranda De Ebro, España
2. Centro de Salud Miranda Oeste, Miranda De Ebro, España
3. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años que acude por disnea progresiva de 1 mes de evolución. Hoy se realizaba radiografía de tórax, tras la realización de la misma la derivan a urgencias por presentar disnea en reposo. Refiere que a inicios de enero al llegar de viaje de Costa Rica inicia con cuadro catarral tratada con antiobioterapia por atención primaria remitiendo la tos productiva pero persistiendo la disnea progresando a mínimos esfuerzos por lo que desde atención primaria solicitan estudio radiológico y realizan interconsulta a cardiología (no valorada aún). Niega fiebre, niega dolor torácico . El día 29/01/2025 le realizan ecografía abdominal en la que detectan derrame pleural derecho y derrame pericardico. Vive sola en domicilio, supervisada por las hijas. La hija menciona que, durante el último mes, ha permanecido en casa la mayor parte del tiempo, pasando largas horas acostada y sin salir.
A su llegada, la paciente se encontraba consciente, orientada y colaboradora, con lenguaje conservado. En la exploración cardiovascular presentaba taquicardia a 150 lpm con arritmia, ingurgitación yugular. En la evaluación respiratoria, se observó hipoxemia leve con saturación de oxígeno del 89% en aire ambiente, mejorando con oxigenoterapia con FiO2 0.28. Se auscultaron crepitantes en bases pulmonares y se detectaron edemas en extremidades inferiores hasta el tercio medio.
Los estudios de laboratorio evidenciaron elevación moderada del NT-proBNP (886 pg/mL), dímero D elevado (1988 ng/mL) y troponina T ultrasensible discretamente aumentada (18.9 pg/mL). La gasometría arterial mostró una leve hipoxemia con adecuada compensación metabólica.
Ante los hallazgos clínicos y analíticos, se realizó ecografía a pie de cama (POCUS), identificándose dilatación del ventrículo derecho, vena cava inferior sin colapso y derrame pleural derecho, lo que sugirió una sobrecarga de presión en el circuito pulmonar y aumentó la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP). Como confirmación diagnóstica, se realizó un angio-TC de tórax, el cual evidenció un defecto de repleción en la arteria intermediaria y en arterias segmentarias del lóbulo inferior derecho, confirmando la presencia de TEP. Se observaron signos de hipertensión pulmonar con dilatación de la arteria pulmonar y de las aurículas, además de derrame pleural bilateral predominante en el lado derecho y derrame pericárdico moderado.
Se inició anticoagulación a dosis terapéuticas y digoxina para el control de la frecuencia cardíaca. Se decidió su ingreso en el

servicio de neumología para monitorización y seguimiento.

CONCLUSIONES

La ecografía a pie de cama (POCUS) es una herramienta fundamental en urgencias, permitiendo identificar rápidamente signos indirectos de TEP, como dilatación del ventrículo derecho y ausencia de colapso de la vena cava inferior, lo que facilita una orientación diagnóstica temprana y reduce el tiempo hasta la confirmación por imagen..
La sospecha clínica combinada con la ecografía a pie de cama mejora la eficiencia en urgencias, permitiendo priorizar estudios de imagen avanzados como el angio-TC en pacientes con alta probabilidad de TEP, optimizando los recursos y reduciendo el tiempo hasta el inicio del tratamiento adecuado.

P. #1250

LA CUIDADORA ENFERMA

Irene Gafarot Pérez, Joana Andreu Mondon, Antonio Haro Bosch
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

13/9: Mujer de 74 años sin antecedentes relevantes consulta por dolor cervical y escapular derecho de características mecánicas que relaciona con sobreesfuerzo durante movilizaciones y curas a su marido, quien ha fallecido recientemente. Además, refiere tos seca de 3 semanas de evolución.
En EF destaca dolor paravertebral derecho. AR MVC y satO2 98%. Se orienta como dolor mecánico y viriasis y se decide iniciar analgesia, acetilcisteina y derivación a rehabilitación.
4/10 y 6/11: Reconsulta por persistencia del dolor. Se deriva a fisioterapeuta y se inicia relajante muscular.
22/11: Reconsulta por dolor y refiere mareo de nueva aparición con inestabilidad cefálica y disminución de agudeza visual Se deriva a oftalmología y se solicitan Rx de columna cervical, siendo normales.
14/12: Reconsulta por mareo y visión borrosa. Se solicita TAC cranial ambulatorio y ecografía de hombro.
18/12: Consulta a urgencias hospitalarias por sensación de mareo acompañada de debilidad. Además explica la pérdida de su familiar reciente. Se realiza ECG normal. Se solicita rx de tórax que la paciente rechaza por largo tiempo de espera. Se orienta como debilidad en contexto de depresión reactiva a pérdida de familiar.
22/12: Consulta de nuevo a urgencias hospitalarias por misma clínica. Se realiza TC cranial que objetitva lesiones metastásicas cerebrales, una con gran efecto masa y desviacion de la linea media.
Se realiza rx tórax que objetiva opacidad parahiliar derecha que condiciona desviacion de tráquea ipsilateral por probable componente atelectásico de LSD.
La paciente ingresa en el hospital, siendo diagnosticada de ADK pulmonar (LSD) EIV con M1 bipulmonares, hepáticas, óseas líticas politópicas (calota, vertebrales predominio dorsal y lumbar, fémures, ilíacos, isquion derecho y hemisacro izq, arcos costales y escápula derecha), SNC en forma de M1 múltiples (n>30) supra-infratentoriales y carcinomatosis leptomeningas intracraneales.
12/2 La paciente es éxitus.

CONCLUSIONES

Ante una algia reiterada se deben solicitar pruebas de imagen y hacer una exploración completa y exhaustiva. En este caso, un dolor aparentemente mecánico era el primer síntoma de una neoplasia pulmonar, que se hubiese evidenciado en la rx torácica si se hubiese realizado precozmente. Por otro lado, especial atención cuando existe patología psiquiátrica, como puede ser un síndrome ansioso-depresivo o un duelo, ya que puede quedar enmascarada patología orgánica grave. Finalmente, remarcar la importancia en urgencias de revisar la historia clínica compartida ya que eso nos permite tener una visión íntegra del cuadro clínico que ha llevado al paciente a consultar.

P. #1263

INSOMNIO, CEFALEA Y ALUCINACIONES. DISGNOSTICO DE TUMOR CEREBAL

Beatriz Rivas Carnero, Sandra Del Valle Velasco, Beatriz Díaz Fernández, Nuria Hierro Vallejo, José Ignacio Santos Plaza, Naiara Cubelos Fernández

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

INTRODUCIÓN
Los tumores primarios del sistema nervioso central representan el 2% de todos los tumores, siendo los más frecuentes los gliomas (hasta 50%). Estos tumores son más frecuentes en hombres, llegando a una incidencia de 3.7/100.000 habitantes frente a 2.6/100.000 en mujeres.
Según la OMS la supervivencia media de estos pacientes depende del grado del tumor, siendo de entre diez a doce meses en tumores grado IV y llegando hasta los 7 años en los grado I.
CASO CLINICO
Varón de 43 años, sin antecedentes personales de interés, acude acompañado por su mujer al Servicio de Urgencias derivado desde atención primaria por cuadro de desorientación temporal asociado a amnesia de horas de evolución, cefalea frontal opresiva de 15 días de evolución que no cede con analgesia habitual. Durante la anamnesis, su acompañante refiere que el paciente sufre insomnio de meses de evolución, que relaciona con carga laboral. Además, refiere que ha tenido dos episodios de confusión, en las que el paciente refiere que ha ocurrido situaciones (cenas con amigos o llamadas de teléfonos con compañeros de ella) que ha comprobado no han sucedido. Paciente afebril, niega clínica catarral u otros síntomas durante este tiempo.
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Constantes: TA 142/64 mmHg, T 36 °C, FC 81 lpm, SatO2 100%.
EF: Normoperfundido, normocoloreado, normohidratado. Eupneico en reposo.

- Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos
- AP: murmullo vesicular conservados, sin ruidos sobreañadidos
- Exploración neurológica: Glasgow 15, lenguaje fluente, sin afasias ni disartrias, pupilas isocóricas y normorreactivas, orientado en persona y espacio, pero no en tiempo, campimetría por confrontación simétrica y sin déficit. No nistagmo. Fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos rotulianos conservados. Marcha normal.

Pruebas complementarias:
Analítica de sangre: leve leucocitosis 11.400/uL y leve aumento de la PCR 12,5 mg/dL con resto de hemograma, coagulación bioquímica dentro de parámetros normales.
Rx Tórax: índice cardiotorácico normal, sin condensaciones ni derrames.
TC cerebal: Se observa hipodensidad mal definida con efecto masa que implica a región mesencefálica, bitalámica, hipotalámica y tercer ventrículo (no visible por estar englobado la lesión), sobre la que se observa una imagen de realce pseudonodular parasagital derecho y que condiciona una obliteración de acueducto mesencefálico de Silvio, con signos de hidrocefalia supratentorial aguda (hipodensidad de sustancia blanca periventicular por edema transependimario).
EVOLUCIÓN DEL CASO
El paciente fue ingresado a cargo del Servicio de Neurocirugía. Se completo estudio con RM cerebral con contraste. Se decidió implantación de una derivación ventrículoperitoneal como primera medida terapéutica. Se tomaron muestras de líquido cefalorraquídeo en quirófano, con bioquímica normal y citología negativa. Posteriormente se programó realizar biopsia cerebral para estudio de masa, por sospecha de glioma, a la espera de resultados anatomopatológicos.
Juicio clínico: Tumor cerebral primario

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

- Los tumores cerebrales se clasifican en primarios como los gliomas (incluyen los astrocitomas, glioblastomas u oligodendroliomas), los meduloblastomas, meningiomas, Shwannomas vestibulares y linfomas cerebrales; y secundarios a otros tumores (metástasis)
- Los síntomas son muy diversos (desde cefalea, alteraciones en la personalidad o el ánimo, debilidad, inestabilidad, falta de concentración e incluso convulsiones).
- La resonancia magnética en la prueba gold standard para el diagnóstico de imagen, sin embargo, en urgencias se usa el TC como primera prueba de imagen. En ocasiones es preciso realizar punción lumbar para el análisis del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico de confirmación se realiza a través de una biopsia del tumor.
- El tratamiento de los tumores cerebrales se basa en cirugía, radioterapia y quimioterapia, aunque con frecuencia se recurre a una combinación de los tres dando mejores resultados.
- Suele ser preciso tratamiento para aliviar la presión intracraneal como son las derivaciones, que podrán ser temporales (hasta la extirpación del tumor) o permanentes.

P. #1266

SÍNDROME DE WÜNDERLICH POR ROTURA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL

Marta Morera Harto, Marta Castejón Rabinad, Teresa Mahave Carcelén, José Peinado Pérez, Javier Ordovás Sánchez, Saida Macho Fillat

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 45 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude al servicio de urgencias por dolor lumbar intenso, de inicio súbito, localizado el flanco derecho y con irradiación a hipogastrio.
El dolor comenzó estando en reposo, y se acompañó de mareo y sudoración. Negaba historia de traumatismo previo. No refería fiebre, hematuria ni clínica miccional.
A su llegada a urgencias presentaba hipotensión (tensión arterial: 85/50 mmHg), taquicardia (frecuencia cardiaca: 125 lpm), taquipnea (frecuencia respiratoria: 24 rpm), palidez cutánea y sudoración.
En la exploración abdominal destacaba intenso dolor y defensa a la palpación en flanco derecho, con puñopercusión renal derecha positiva.
Dada la inestabilidad hemodinámica, se inició administración de fluidoterapia intravenosa con suero salino fisiológico y se realizó evaluación con ecografía E-FAST (Extended Focused Assesment with Sonography in Trauma), que reveló líquido libre en el espacio de Morrison y en el retroperitoneo derecho, sugiriendo hemorragia activa.
En la analítica sanguínea destacaba una hemoglobina de 7.2 g/dL (con descenso significativo con respecto a determinaciones previas), sin alteraciones en la función renal.
En la ecografía abdominal reglada se objetivó una masa heterogénea en el polo superior del riñón derecho con signos de sangrado. Y en la ampliación del estudio de imagen mediante TAC se confirmó la presencia de una lesión renal heterogénea de 8 cm compatible con angiomiolipoma roto, con extravasación activa de contraste y gran colección hemática perirrenal (hematoma retroperitoneal).
Ante estos hallazgos, se contactó de inmediato con el servicio de urología y el de cirugía vascular, y se realizó embolización urgente de la arteria renal aferente al angiomiolipoma, logrando el control del sangrado.
En los días siguientes, el paciente presentó mejoría clínica y hemodinámica, y el TAC de control evidenció la reducción del hematoma y la ausencia de resangrado.

CONCLUSIONES

El angiomiolipoma renal es un tumor benigno compuesto por vasos sanguíneos dismórficos, músculo liso y tejido adiposo. Aunque generalmente es asintomático y suele diagnosticarse de forma causal, cuando mide más de 4 cm tiene riesgo de sangrado espontáneo.
El síndrome de Wünderlich es un cuadro de shock hipovolémico producido por un sangrado espontáneo (no traumático) en el espacio subcapsular y/o perirrenal. Aunque la etiología de este síndrome es diversa, en más del 50% de los casos se debe a patología tumoral, siendo el adenocarcinoma y el angiomiolipoma los tumores más relacionados.
Este caso pretende recordar una patología que, aunque es poco frecuente, debe entrar dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo.

P. #1269

DOCTORA, NO PUEDO MÁS CON ESTE DOLOR DE BARRIGA

Josefina Hinojal Jiménez, Marta Vacas Gordillo, Irene De La Oliva Rodríguez, Miriam Huertas Barros, Eva Villena Arriola, Celia Carmona Méndez

H.U. San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 75 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal de 10 días de evolución. No presenta antecedentes personales de interés ni tratamiento domiciliario. El paciente refiere que hace una semana acudió a este Servicio de Urgencias por mismo motivo, dándose de alta con tratamiento sintomático dada la normalidad de las pruebas complementarias y de la ausencia de signos y síntomas de alarma en dicho momento. En la anamnesis el paciente comenta que el dolor abdominal se había acentuado en los últimos días localizándose en el bajo viente e irradiándose a genitales. Asocia febrícula y estreñimiento desde hace unos cinco días junto con urgencia miccional y aumento de la nicturia. Además comenta hiporexia en los últimos días.

Atendido en la consulta del área de polivalente, el paciente presenta buen estado general, consciente orientado y alerta. Entra andando por su propio pie, acompañado. Presenta cierta palidez mucocutánea. Hemodinámicamente estable. En la exploración física destaca un abdomen globuloso y distendido. Doloroso a la palpación generalizada siendo muy intenso en fosa iliaca derecha y en mesogastrio. Diastasis de rectos. Defensa abdominal a la palpación pero no signos de irritación peritoneal. Ante la sospecha de dolor abdominal inespecífico refractario a tratamiento analgésico con febrícula y signos de alarma asociados, decidimos realizar analítica completa (hemograma, bioquímica y coagulación además de sistemático de orina y urocultivo) y solicitamos prueba de imagen.

En la analítica único valor a descartar lactato deshidrogenada de 659 UI/L, con resto de parámetros dentro de la normalidad. Sin embargo en el TC de abdomen se observa a una masa a nivel ileocecal sugerente de neoplasia con extensión ganglionar, hepática, renal y pulmonar, estadío IV.

Ante los hallazgos se decide contactar con Digestivo quienes informan al paciente y a su familiar del diagnóstico completo de enfermedad avanzada y deciden realizar alta domiciliaria con con un plan diagnóstico a realizar por consultad externas de manera urgente.

Tres días después, el paciente acude de nuevo a las urgencias por vómitos incoercibles, estreñimiento y dolor abdominal intenso de unas 40 horas de evolución. Se pasó a área de observación. Tras realizar las distintas pruebas complementarias oportunas el paciente acabó siendo intervenido de urgencia por obstrucción intestinal secundaria a neoplasia de ciego estenosante.

CONCLUSIONES

Este es un caso al que, desafortunadamente, nos enfrentamos a menudo en las urgencias. Es por esto que resulta interesante extraer algunas conclusiones para poder mejorar la calidad asistencial y poder instaurar tratamientos de manera más precoz, aumentando así la supervivencia.

Algunas de estas conclusiones son, por ejemplo,¡ la importancia de la anamnesis y exploración clínica preguntando e indagando sobre signos y síntomas de alarma; la utilidad de solicitar las pruebas complementarias oportunas; el interés de explicar signos por los que volver a acudir a urgencias...

También es fundamental mencionar lo importante que es el trabajo multidisciplinar para mejorar la calidad de vida del paciente.

P. #1277

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS: DETECCIÓN PRECOZ DE COLECISTITIS ENFISEMATOSA

Sergio Ortega Pérez, José María Conchilla Parrilla, Yolanda Maldonado Balbín

Centro de salud de Torredelcampo, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 55 años que acude a urgencias del centro de salud por cuadro de dolor en epigastrio y vómitos de 10 días de evolución. La paciente refiere episodios de dolor de tipo cólico, con exacerbaciones postprandiales, sin fiebre ni ictericia. En las dos consultas previas en urgencias hospitalarias se realizaron analíticas y radiografías sin hallazgos significativos: hemograma dentro de la normalidad, enzimas hepáticas y bilirrubina sin alteraciones, destacando solo una Proteína C Reactiva (PCR) de 113,8 mg/L. El dolor cedía con analgesia de primer escalón, lo que llevó a su alta sin diagnóstico definitivo.
Dada la persistencia del cuadro y la falta de un diagnóstico concluyente, se decide realizar una ecografía en la consulta de urgencias del centro de salud. En la exploración se observa vesícula biliar distendida con litiasis de 2 cm endoluminal, engrosamiento de la pared vesicular (3.3 mm) y múltiples imágenes puntiformes en su espesor con artefacto de reverberación, hallazgos sugestivos de colecistitis aguda enfisematosa/gangrenosa. Estos hallazgos, sumados a la persistencia de los síntomas, motivan la derivación urgente a hospital con informe ecográfico para confirmación diagnóstica y manejo quirúrgico.
A su llegada al servicio de urgencias hospitalarias, se repite la analítica con resultados similares a previos. Ante la ecografía realizada en consulta, se solicita valoración por radiología, que confirma el diagnóstico de colecistitis enfisematosa. La paciente ingresa en el servicio de Cirugía General para tratamiento y programación de intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

1. La ecografía en urgencias se consolida como una herramienta diagnóstica clave en la detección precoz de patologías potencialmente graves, permitiendo una toma de decisiones más rápida y precisa.
2. La colecistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente pero de alto riesgo, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.
3. La sospecha clínica fundamentada en la evolución del paciente y el uso de herramientas complementarias, como la ecografía en el punto de atención, permiten reducir los tiempos de diagnóstico y optimizar el manejo terapéutico.
4. La integración de la ecografía en urgencias y la valoración global del paciente pueden prevenir errores diagnósticos y mejorar los desenlaces clínicos.
5. No todo diagnóstico debe basarse exclusivamente en la analítica. La clínica, el juicio médico y el uso de pruebas complementarias como la ecografía son esenciales para evitar errores diagnósticos y mejorar la calidad asistencial.

P. #1315

COMO ME DUELEN LOS RIÑONES

Vanessa Heras Fernández, Myriam Barcina Rodríguez, María De Los Ángeles López López, María Dolores Tuñon Leiva, Beatriz Martínez Villena

Hospital Príncipe Asturias, Alcala Henares, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una paciente de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con olmetec 40mgr diarios. Acude a servicio de urgencias por cuadro de unos 10 días de evolución de debilidad generalizada, sensación distérmica, desorientación y dolor a nivel de hemiabdomen derecho.
A su llegada a urgencias se encuentra febril con temperatura de 37.4C, tensión arterial 157/64, frecuencia cardiaca 100. En la exploración física se encuentra despierta, alerta y colaboradora con ligera palidez cutánea y deshidratación de mucosas. Abdomen blando y depresible con dolor a nivel de hemiabdomen derecho sin signos de irritación peritoneal.
En las analíticas extraídas presenta leucocitosis de 12.600, fracaso renal agudo con creatinina de 1.28 mg/dl, PCR:151. Gasometria venosa con pH de 7.4 y bicarbonato 25.8. En la orina destacan 10-15 leucocitos por campo, hematíes en orina negativos.
Se realiza ecografía pie de cama donde se objetiva gran masa de bordes mal definidos de 72x46 a nivel de tercio medio/inferior del riñón derecho. Presenta ecogenicidad heterogénea con áreas hipoecogénicas en su interior.
Dados los hallazgos y la afectación del estado general se solicita TAC abdominal que describe a nivel del borde de lateral del tercio medio e inferior del riñón derecho una lesión exofítica, multiloculada y de densidad predominantemente líquida que presenta septos finos en su interior no hipercaptantes. Se encuentra en íntimo contacto con una imagen hiperdensa de 10 mm en grupo calicial medio. Mide aproximadamente 41 x 85 x 54 mm. No asocia dilatación de la vía excretora, litiasis en otros niveles ni imágenes sugestivas de abscesos. Hallazgos están en relación con lesión quística renal Bosniak IIF como primera opción, sin poder descartar otras alternativas como pielonefritis xantugranulomatosa o menos probablemente neoplasia renal (¿carcinoma de células renales sarcomatoide?).
Se solicita valoración por Urología que tras valorar caso e imágenes consideran que se trata de una pielonefritis xantogranulomatosa como primera opción y deciden mantener antibioterapia con cefixima 200mg cada 12 horas y programan nefrectomía simple derecha.

CONCLUSIONES

La pielonefritis xantogranulomatosa (PX) es una forma de infección urinaria alta crónica, con una incidencia menor al 1 %, que se describe como un desorden inflamatorio e infeccioso renal, con curso crónico y severo, caracterizado por un granuloma que invade y destruye el parénquima renal comprometiendo el sistema excretor.
Existen varias hipótesis sobre la posible causa de PX que incluyen la presencia de litiasis renal, asociado a 80% de los casos, obstrucción del tracto urinario e infecciones recurrentes, que

de un 30-40 % de los casos son causados por Escherichia Coli y Proteus Mirabillis. Sin embargo, la causa exacta es desconocida. Tiene baja prevalencia, pero en el 70 % de los casos afecta a mujeres de mediana edad.
La nefrectomía total es el tratamiento de elección, con la excepción de pacientes con compromiso bilateral, en los cuales se debe realizar la nefrectomía parcial.
Me gustaría recalcar la importancia del uso de la ecografía en urgencias para individualizar con más precisión la sintomatología de cada paciente.

P. #1333

TAPONAMIENTO CARDIACO DE PROBABLE ORIGEN TUMORAL

Patricia Martínez Galán, Minerva Pérez Herreros, Pilar María Grajal Mota, María José Alarcón Gallardo, Rebeca Soto Olarte, Lucía Peña Puente

Riojasalud, Logroño, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 69 años con antecedentes de diabetes tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, enfermedad renal crónica (ERC) y deterioro cognitivo leve-moderado por demencia frontotemporal, dependiente parcial para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que acude a urgencias por síncope recuperado después de cenar.
A su llegada a urgencias se encuentra somnoliento (su mujer refiere que ha tomado 50 mg de trazodona en la cena), hipotenso con 89/59 mmHg, taquicárdico a 102 latidos por minuto, eupnéico, saturación O2 94 % y afebril. Refieren deterioro de su estado basal desde hace dos semanas, con dificultad para caminar, tendencia al sueño, mayor mutismo. Refiere que hacen un registro de tensiones y suele tener 80/50 mmHg de media en las últimas semanas.
En la exploración física, destaca hipotensión, ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar con tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, algo apagados, y escasos crepitantes en bases. Abdomen anodino y extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.
Dada hipotensión y antecedente de síncope, se inicia fluidoterapia a la espera de pruebas complementarias.
La radiografía de tórax muestra signos de redistribución vascular y aumento de índice cardiotorácico. En analítica sanguínea se objetiva creatinina 1,72 mg/dl, urea 66 mg/dl, troponina T 17,4 ng/l, hemoglobina 12 g/dl, plaquetas 190.000, leucocitos 11.400, PCR 104 mg/l dímero D 1433 µg/l. Se realiza también un ECG que muestra un ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización y un TAC cerebral sin hallazgos de patología aguda intracraneal.
El paciente sigue somnoliento, con tendencia a la hipotensión a pesar de fluidos, ahora con saturación de 92 %. Por ello, descartándose otras causas y con elevación de dímero D para la edad, se decide solicitar TAC de arterias pulmonares cuyo resultado arroja severo derrame pericárdico, lesión de bordes irregulares paramediastínica apical derecha de aproximadamente 32 mm y de carácter sólido que podría corresponderse con lesión neoformativa, adenopatías parahilares bilaterales y en el espacio prevascular, lesión de gran tamaño en la base pulmonar derecha de aproximadamente 41 x 18 mm, así como múltiples lesiones nodulares en ambos lóbulos superiores y segmentos superiores de ambos lóbulos inferiores, hallazgos que sugieren el diagnóstico de M1.
Se realiza en urgencias ecocardiograma que confirma taponamiento cardiaco.
En este momento se explica a los familiares los hallazgos en las pruebas complementarias, para determinar cuál será la mejor actitud a seguir, teniendo en cuenta las comorbilidades y calidad de vida del paciente. Finalmente se opta por realizar ingreso en

Unidad de Medicina Intensiva para realizar pericardiocentesis paliativa y posterior traslado a planta para estudio y tratamiento si procede.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardiaco es una entidad caracterizada por un estado de inestabilidad hemodinámica secundario al acúmulo de líquido en el pericardio. Presenta una frecuencia relativamente baja, aunque con una elevada morbimortalidad.
Es importante tenerlo en mente en pacientes inestables clínica y/o hemodinámicamente, e integrar todos los datos obtenidos en la anamnesis, historia clínica y pruebas complementarias. El ecocardiograma es la técnica de imagen que nos permite confirmar el diagnóstico. El tratamiento definitivo es el drenaje de dicho líquido.
En este caso, se trata de un paciente que acude por síncope, somnoliento por toma de trazodona, con hipotensión mantenida durante semanas, que no colabora en la anamnesis por lo que éste no fue la sospecha inicial. Una vez confirmado el diagnóstico, la situación clínica y basal del paciente nos hizo plantearnos las posibilidades terapéuticas. Finalmente, en consenso con la familia, conocedora en todo momento de la situación de gravedad, se decidió realizar pericardiocentesis evacuadora y el paciente fue derivado a Unidad de Cuidados Paliativos.

P. #1341

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA O CELULITIS, EL DUELO INCESANTE

Jorge Hernán Agrado Vanegas, José Rubén García Montes, Gabriel José Carpio Guayamo, Diego Castrillón Rodríguez, Erick Corpeño Monge

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 79 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión,
síndrome de apnea-hipoapnea del sueño, EPOC grave y fumador activo, en
tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular, acude a urgencias tras
sufrir una caída que provocó un gran hematoma en el miembro inferior
derecho. Debido al hematoma, se suspendió el tratamiento anticoagulante
durante siete días. A su llegada, presenta dolor, edema y calor en la pierna afecta, lo que sugiere un diagnóstico diferencial entre celulitis y trombosis venosa profunda (TVP).
En la analítica, el paciente presentaba un INR de 1.8, lo que indica
infradosificación del acenocumarol. El dímero-D elevado a 1282 ng/mL y la
PCR de 94 mg/L aumentan la sospecha de TVP o proceso inflamatorio, pero no permiten un diagnóstico diferencial claro. La procalcitonina de 0.10 ng/mL, al ser normal, descarta una infección bacteriana grave pero no una celulitis leve.
En este contexto, la ecografía por compresión a pie de cama (POCUS del
inglés Point of Care Ultra Sound) en 2 puntos, 3 puntos o completa dependiendo de la curva aprendizaje del explorador clínico es crucial
para diferenciar entre TVP y celulitis. Los signos ecográficos son pérdida de
compresibilidad venosa, imagen ecogénica en interior venoso (no
patognomónica de TVP), ausencia de flujo doppler (no 100% de TVP).
En caso de celulitis, la ecografía muestra signos de inflamación en los tejidos, como acumulación de líquido, engrosamiento del tejido subcutáneo y el patrón de “empedrado”, todos presentes en este caso.
Mediante POCUS se descartó TVP al presentar compresibilidad venosa en 2
puntos proximal y distal, sin imagen ecogénica en el interior venoso y buen
flujo doppler , además se encontró imagen de hematoma en la extremidad explorada con signo de explorado en territorio del hematoma.

CONCLUSIONES

La ecografía clínica a pie de cama no solo descarta la TVP, sino que también

es esencial para evaluar la seguridad de reanudar el tratamiento anticoagulante
mientras se monitoriza la reabsorción del hematoma y el progreso clínico,
guiando así el tratamiento adecuado y previniendo complicaciones graves.

P. #1364

CÓLICO RENAL: ¿ES SIEMPRE LO QUE PARECE?

Isabel Polo Pérez, Catalina Arantzazu Parra Madrid, José De Juan Carpintero

hospital, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Dolor abdominal.
Antecedentes personales
No alergias medicamentosas conocidas
Sin antecedentes médico-quirúrgicos
Sin tratamiento habitual.
Enfermedad actual
Mujer de 47 años que consulta por lumbalgia derecha tipo cólico que irradia a región inguinal ipsilateral de inicio hace 6 horas.
No nauseas ni vómitos.
No síntomas miccionales.
Inicio de menstruación hoy.
Afebril.
Seguimiento en urología por infecciones del tracto urinario de repetición.
Exploración física:
Buen estado general.
-Auscultación cardiovascular: Tonos rítmicos sin soplo, murmullo vesicular conservado
-Abdomen: Blando y depresible, no doloroso, sin masas ni organomegalias, ruidos hidroaéreos conservados, sin signos de irritación peritoneal, puñopercusión renal derecha positiva.
Se administra Metamizol intravenoso con mejoría de la sintomatología.
Pruebas complementarias:
Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Orina con 200 hematíes
Ecografía no reglada en consulta: No se observa líquido libre abdominal, riñón derecho con quiste renal tabicado y engrosamiento de pared de 40*44 mm en polo superior sin dilatación de vía excretora, riñón izquierdo sin alteraciones, vejiga replecionada.
Al alta desde el servicio de Urgencias se recomienda tratamiento sintomático, medidas higiénico dietéticas, realización de prueba de imagen reglada y derivación al servicio de Urología de manera preferente
Seguimiento: En el servicio de Urología se solicita Ecografía abdominal reglada con hallazgos similares, así que se decide desde el servicio de radiología solicitar UROTAC para catalogar lesión hallada en ecografía.
Resultado URO TAC: Ambos riñones de tamaño y morfología conservada, microlitiasis de 2mm en GCM sin repercusión sobre la vía excretora, nefrograma simétrico, correcta repleción de ambos uréteres. Se identifica quiste en polo superior de riñón derecho, con un fino tabique en su interior, no polos sólidos, calcificación grosera en su pared, BOSNIAK IIF .
Tras realización de URO-TAC, se solicita nueva Ecografía de control a los 6 meses con analítica y seguimiento por parte de Urología.
La paciente actualmente se encuentra asintomática.
En nuestro caso al tratarse de un quiste BOSNIAK IIF tiene un riesgo de malignización del 5-10% y requiere seguimiento

periódico cada 6 meses. con este caso pretendemos mostrar que no siempre es todo tan evidente como aparenta, a pesar de presentar una clínica clásica así como una pruebas complementarias compatibles, la realización de una ecografía en la consulta propició un cambio en el diagnóstico así como en el manejo posterior, resultando en una patología potencialmente benigna pero que requiere de un seguimiento periódico.

CONCLUSIONES

El cólico renal supone un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (hasta un 3,5% de las consultas), aunque susceptible de complicaciones, en la mayor parte de las ocasiones se trata de casos banales con un diagnóstico clínico y tratamiento sintomático.
La etiología del cólico renal no siempre son los cálculos renales, una prueba incruenta y accesible como es la ecografía puede hacernos ver otras causas de cólico renal como pueden ser los quistes renales, habitualmente se encuentran como hallazgos casuales, aunque un pequeño porcentaje pueden presentar sintomatología (dolor por compresión de vía excretora, hematuria por rotura/estallido, o síndrome similar a pielonefritis aguda por sobreinfección de su contenido).
Para diferenciar entre quistes simples y complejos, se emplea la clasificación de BOSNIAK, la cual establece cinco categorías según su riesgo de malignidad:
I: Quiste simple benigno, sin necesidad de tratamiento (riesgo <2%).
II: Puede contener tabiques, sin necesidad de tratamiento ni seguimiento claro (riesgo 5-10%).
IIF: Múltiples septos delgados, requiere vigilancia periódica (riesgo 10-50%).
III: Masas quísticas indeterminadas, con 50% de riesgo de malignidad.
IV: Carcinomas quísticos de células renales, con 92% de riesgo de malignidad.
Este caso subraya la importancia de la ecografía en la evaluación del cólico renal, permitiendo detectar patologías no esperadas y optimizar el manejo clínico.

P. #1365

TUBERCULOSIS ABDOMINAL, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Leyre C Urueña Zamora, Andrea Baztán Ubani, Arantxa Bezunartea Pascual
HUN, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

CASO CLÍNICO
Paciente de 20 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por fiebre de 39ºC de dos semanas de evolución y dolor abdominal. Refiere aumento del perímetro abdominal. El cuadro se inició con tos y odinofagia, resueltas. Ha tomado paracetamol 1 g cada 8 horas sin mejoría del dolor. Presenta náuseas, no vómitos. Últimamente se encuentra más estreñido. No síntomas miccionales No sudoración nocturna.
No ha realizado viajes al extranjero recientemente. Ambiente epidemiológico negativo. Relaciones sexuales sin anticoncepción de barrera (pareja estable desde hace año y medio).
EXPLORACIÓN FÍSICA
TAS: 92 mm Hg. TAD: 60 mm Hg. Pulso: 111 x'. Temperatura axilar: 38,9 °C. Sat.O2: 100 %.
Regular estado general. Buen estado de hidratación.
Tórax: Auscultación cardiaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar: hipoventilación en en ambas bases.
Abdomen: Distensión abdominal, oleada ascítica. Doloroso a la palpación profunda generalizada, más acentuada en Fosa iliaca y flanco izquierdos. D. Blumberg positivo.
Espalda: Sucusión renal negativa.
Exploración neurológica: Consciente y orientado temporoespacialmente. Lenguaje normal. No rigidez.
No adenopatías cervicales, axilares o inguinales
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Se realiza analítica sanguínea donde se objetiva: leucopenia con linfopenia (3,8 x10^9/L Linfocitos - 0,5 x10^9/L y proteína C reactiva, g: 137,8 mg/L. La radiografía de tórax no muestra hallazgos significativos.
Se hace una ecografía a pie de cama objetivándose abundante líquido ascítico. Se realiza paracentesis diagnóstica ecoguiada.
Desde urgencias y ante el hallazgo de una masa abdominal, se completa el estudio con una ecografía reglada: "Se observa una masa heterogénea en espacio mental que se extiende a hipocondrio y flanco izquierdo, con captación de señal Doppler que obliga a descartar proceso tumoral. No se puede descartar proceso infeccioso tipo Tuberculosis". El resultado citológico fue de sedimentos con 90% linfocitos de pequeño tamaño , 5% macrófagos, 5% PMN, los linfocitos son de naturaleza T predominantemente CD3 positivos. Se aisló en el cultivo del líquido posteriormente Mycobacterium tuberculosis en el cultivo del líquido.
MANEJO DEL PACIENTE
Se decide ingreso en medicina interna
JUICIO CLÍNICO
Tuberculosis abdominal

CONCLUSIONES

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad informó que en 2022 la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 7,83 casos por 100.000 habitantes, con un ligero repunte respecto al año anterior. La tuberculosis abdominal es aproximadamente el 5% de todos los casos de tuberculosis. Puede ser consecuencia de una reactivación de tuberculosis latente. por diseminación hematógena de una tuberculosis activa y menos frecuentemente por ingestión de micobacterias.
El diagnóstico de tuberculosis es todo un reto desde el servicio de urgencias, sobre todo cuando se presentan en localizaciones atípicas como es nuestro caso y requiere de un alto índice de sospecha Las pruebas complementarias son de importantes para orientar el estudio, descartar otras patologías y complicaciones. En nuestro caso, la paracentesis diagnóstica ecoguiada fue la prueba fundamental para el diagnóstico definitivo.

P. #1431

CUANDO UNA SIMPLE CAÍDA NO ES TAN SIMPLE: EL PAPEL DEL EXAMEN E-FAST EN EL TRAUMA TORACOABDOMINAL

Héctor Poderoso López, María Belén Perales Martínez, Julio César Vázquez Páez

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 53 años que acude al servicio de Urgencias por caída accidental en su domicilio al levantarse de la cama para ir al cuarto de baño. Presenta traumatismo costal en región izquierda, sin pérdida de conocimiento ni otra sintomatología asociada.
A su valoración, la paciente presenta buen estado general y se encuentra eupneica en todo momento, con buena mecánica ventilatoria y saturación de oxígeno del 99% basal, aunque con tendencia a la hipotensión. A la exploración, muestra auscultación cardiaca rítmica y sin soplos y auscultación pulmonar con crepitantes secos bibasales, sin otros ruidos sobreañadidos.
Mientras la paciente se encuentra en la sala de espera, llaman del laboratorio para informar sobre un valor crítico de hemoglobina de 9.3 mg/dl, por lo que se decide realizar e-FAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma), donde se observan imágenes anecoicas a nivel torácico, periesplénico, perihepático y pélvico compatibles con líquido libre en cavidad pleural izquierda y cavidad abdominal, además del hallazgo de una imagen hipoecoica heterogénea en el parénquima esplénico sugestiva de rotura de víscera sólida.
Ante estos hallazgos, se traslada a la paciente al box vital y se decide solicitar una tomografía computarizada (TC) con administración de contraste intravenoso (fase arterial y portal), en la que se observa lesión compatible con hematoma esplénico intraparenquimatoso que se comunica con un extenso hematoma extraparenquimatoso. Además de lo anterior, se observa líquido libre perihepático, en ambas gotieras parietocólicas y en pelvis. Asociado a esto, la paciente presenta fracturas de arcos laterales de las costillas 9° a 12° izquierdas con doble trazo de fractura en la 10°, con imagen subyacente compatible con mínimo hemotórax izquierdo dado el contexto clínico.
En este contexto de paciente con laceración esplénica grado III (AST), se decide manejo conservador en UVI con posterior traslado a planta y se realiza angioTC de control sin embolismos ni sangrados activos a las 48 horas. La paciente evoluciona favorablemente sin necesidad de cirugía.
Finalmente, dada la estabilidad clínica y analítica, se decide alta a domicilio con medicación analgésica y antitrombótica y recomendaciones sobre realizar reposo relativo durante 6 meses, evitar deportes de contacto y coger peso, evitar inmovilización y sedestación prolongada y detección de signos de alarma.

CONCLUSIONES

La ecografía en urgencias es una herramienta de gran valor para el diagnóstico precoz de la rotura esplénica y otras lesiones intraabdominales en pacientes con traumatismo cerrado, en especial en casos dudosos en los que no está clara la indicación de otras intervenciones, permitiendo una rápida toma de decisiones y mejorando el pronóstico de los pacientes.

P. #1466

POCUS, UNA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA CLAVE EN LAS PRIMERAS HORAS DEL EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Andrea González Morante, Cristina Hidalgo Collazos
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de obesidad moderada y sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. Es trasladada desde el área de ginecología por disnea y desaturación de instauración bruscas durante la realización de una histeroscopia diagnóstica por estudio de metrorragias. Nos refieren que durante el procedimiento se han infundido aproximadamente 11 L de suero fisiológico utilizado como medio de distensión en cavidad uterina, obteniéndose un balance hídrico de +5500 ml.
La paciente llega al box vital con buen nivel de consciencia, taquipneica, sin tolerar el decúbito supino, portando una mascarilla con reservorio a 15L manteniendo una SatO2 96%. Exploración física: Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar con crepitantes bilaterales hasta campos superiores. Sin edemas en miembros inferiores.
Mediante ecocardioscopia a pie de cama se estimó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada, sin valvulopatías groseras. No se visualizó sobrecarga de cavidades derechas aunque sí dilatación y ausencia de colapso de la vena cava inferior y venas suprahepáticas. Tampoco se objetivó derrame pericárdico. La ecografía clínica pulmonar mostró un patrón de líneas B en todos los campos pulmonares, sin derrame pleural.
Así mismo, se realizó un análisis de sangre urgente que fue rigurosamente normal, con función renal preservada, sin alteraciones iónicas y con marcadores cardiacos incluyendo proBNP negativos. Electrocardiograma en ritmo sinusal sin otras alteraciones. Radiografía de tórax sin alteraciones.
Ante estos hallazgos concluimos que se trataba de un cuadro de edema agudo de pulmón originado por un síndrome de congestión intravascular sistémica secundario a la absorción excesiva del líquido de distensión empleado durante la histeroscopia, por lo que se inició tratamiento diurético con control estricto de diuresis bajo monitorización continua con progresiva mejoría clínica, hemodinámica y ecográfica.

CONCLUSIONES

La disnea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias. En un porcentaje no desdeñable de casos, puede resultar difícil establecer su etiología después de una valoración clínica inicial basándonos en la historia clínica y la exploración física. Su origen puede ser potencialmente grave, por lo que un diagnóstico etiológico precoz es esencial para iniciar el tratamiento adecuado.
En menos de 15 minutos, mediante una exploración ecográfica completa podemos ser capaces de obtener un diagnóstico etiológico en un gran número de casos, a menudo antes que pruebas complementarias como la radiografía de tórax o estudios analíticos. La presencia de líneas B bilaterales en

ecografía pulmonar, por ejemplo, tiene una alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar insuficiencia cardíaca aguda. En este caso la ecografía clínica fue la única herramienta que nos sirvió para corroborar el diagnóstico de presunción, dada la escasa rentabilidad de la radiografía de tórax y biomarcadores en las primeras horas del edema agudo de pulmón.
La incorporación de la ecografía clínica, ejecutada directamente por el médico responsable a pie de cama, ha revolucionado el diagnóstico de la disnea en diversos entornos clínicos, incluyendo urgencias, hospitalización y cuidados intensivos. Entre sus ventajas cabe destacar su utilidad en: el diagnóstico diferencial con otras patologías (enfermedad tromboembólica, taponamiento cardiaco, neumonía), estimación indirecta no invasiva de la presión venosa central (grado de congestión sistémica) o la monitorización de la respuesta al tratamiento.
Está comprobado que el uso sistemático de la ecografía mejora significativamente la toma de decisiones clínicas, especialmente en escenarios críticos o en pacientes con presentaciones clínicas complejas. Como urgenciólogos debemos continuar integrando esta valiosa herramienta en nuestra práctica clínica diaria como complemento a la anamnesis y exploración física para un diagnóstico etiológico precoz y optimización del tratamiento.

P. #1536

DISNEA EN EL CONTEXTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO

José Miguel Molina Rodríguez, Osbelin Cristina Salazar Salazar, Cristina López Mayoral, Ekaterina Liubchik, Nieves Gil Gómez, Juan González Abreu

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Sensación de disnea.
Paciente mujer de 77 años con antecedentes patológicos de lupus eritematoso cutáneo. Hipertensión arterial, hiperuricemia, hipercolesterolemia, apnea del sueño y ginecológicos de una cesárea previa. Que acude a urgencias por sensación de falta de aire, sin otra sintomatología respiratoria asociada.
A la exploración física presenta: Temperatura corporal: 36.3 °C , tensión arterial: 149/81 mmHg, Frecuencia cardíaca: 102 lpm, Saturación de O2 Basal: 94%.
Auscultación cardíaca (AC) : Rítmica sin soplos, con taquicardia. Auscultación pulmonar (AP): Murmullo vesicular conservado (MVC) sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: cicatriz longitudinal en hipogastrio de cesárea previa, ruidos hidroaéreos conservados, blando y depresible, globuloso, con circulación colateral más abundante en región epigástrica, molestias a la palpación difusas pero no doloroso, no signos de irritación peritoneal, ascitis moderada a tensión con oleada ascítica positiva.
Miembros inferiores: edemas con fóvea en hasta 2/3 inferiores bilateral, no signos de trombosis venosa profunda (TVP).
Se solicita ecografía abdominal con resultados: En zona anexial izquierda se visualiza una tumoración heterogénea de 48 por 39 por 38mm, multitabicada, de predominio sólido, con importante vascularización central, sugestivo de tumoración ovárica izquierda sospechosa y ascitis importante.
Se ingresa para estudio de extensión a cargo de medicina interna.
Se realiza paracentesis con los siguientes resultados:
Líquido translúcido amarillo.
Estudio bioquímico pH en líquido 7.41 (7.35 - 7.6),
GLUCOSA EN LÍQUIDO: 83 mg/dL
PROTEÍNAS TOTALES EN LÍQUIDO: 4.5 g/dL.
LDH EN LÍQUIDO: 254 UI/L
ALBÚMINA EN LÍQUIDO: 2.8 g/dL
GRADIENTE ALBÚMINA PLASMA-LÍQUIDO: 1.4 g/dL
ADA EN LÍQUIDO: 9.6 U/L (0 - 30)
Estudio celular :
HEMATÍES: Aislados
CÉLULAS NUCLEADAS: 890 /mm3
GLUCOSA EN PLASMA: 100 mg/dL (74 - 106)
ALBUMINA EN PLASMA 4.2 g/dL (2.9- 5.2)
CEA EN LIQUIDO ASCITICO 2.78 ng/mL (0 - 5),
CA 125 EN LIQUIDO ASCITICO 23807.2UI/mL,
CA 15.3 EN LIQUIDO ASCITICO 96.1 UI/mL (0 - 32),
CA 19.9 EN LIQUIDO ASCITICO *1331.97 UI/mL (0 - 37)
Marcadores tumorales en sangre:
ALFA FETO PROTEINA 1.7 ng/mL, ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO 2.7 ng/mL, CA 125: 2680.6 UI/mL, CA 15.3 50.4 UI/mL, CA 19.9 *37.4

UI/mL
16/08/2023 07:54: HE-4 *2074 pmol/L (0 - 121)
Tras resultados se realiza TAC abdominopélvico: Hallazgos sugestivos de carcinomatosis peritoneal con afectación de la serosa colónica,
más evidente en hemicolon derecho y apéndice. Adenopatías infra diafragmáticas y probablemente también supra diafragmáticas ángulos cardiofrénicos, posible afectación tumoral de pleura diafragmática de predominio derecho y posibles metástasis pulmonares aunque dado su tamaño micronodular habría que valorar evolutivamente.
Juicio Clínico: CARCINOMA OVÁRICO IZQUIERDO.
Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca. Hepatopatía crónica. Derrame pleural.
Se realiza por parte de ginecología resección de pieza tumoral a nivel de peritoneo parietal anterior y aspirado de líquido ascítico.
Se deriva a la paciente a Consulta de Ginecología Oncológica.

CONCLUSIONES

La disnea y la ascitis son síntomas comunes en pacientes con cáncer de ovario avanzado y carcinomatosis peritoneal. La ascitis puede ejercer presión sobre los pulmones, causando disnea. Además, la carcinomatosis peritoneal, que implica la diseminación de células cancerosas en la cavidad peritoneal, puede empeorar estos síntomas al bloquear los vasos linfáticos y aumentar la acumulación de líquido. La relación entre estos síntomas y las condiciones subyacentes es crucial para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

P. #1539

ANEMIA: LA PUNTA DEL ICEBERG

María Cardells Peris[1], Andrea Cantos López[1], Laura I. Tarrat Alcalde[1], Óscar Fernando Tapia Tepud[1], M. Teresa Benavent Company[1], Carolina Pérez Benito[2]

1. Hospital Francisco de Borja, Gandia, España
2. Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC), Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 84 años que acude a urgencias hospitalarias (SUH) tras valoración por atención primaria en el día de ayer por astenia, disnea NYHA IV, de inicio brusco desde hace 12/24 horas, junto con sensación de opresión, dolor a nivel precordial, que describe como pinchazo. Los familiares comentan que está muy débil e incluso presentando disnea en ciertos momentos. No se muestran síntomas catarrales recientes. Se asocia orina con restos rojizos sin identificar claramente hematuria. No presenta fiebre.
Valorado en el SUH hace 48 horas acudió por de dolor torácico tipo pinchazos donde se le administraron 2 bolsas de hemoglobina, por anemia severa, desde entonces ha tenido episodios de palpitaciones.
Entre sus antecedentes destaca, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, síndrome de apnea obstructiva del sueño, con CPAP nocturna, angiodisplasia de colon. En estudio por anemia hace cinco años se evidencia adenocarcinoma de colon con progresión en los últimos cuatro meses con metástasis a nivel hepático de nueva aparición.
A la exploración inicial, destaca taquicardia, con tensiones en torno a 100/50 mmHg, resto sin alteraciones, evidenciándose taquicardia sin evidencia de ondas p, con imagen de bloqueo completo de rama derecha.
El paciente pasa a la sala de observación ante la sospecha de reagudización de la anemia, con descompensación cardiaca. A nivel hemodinámica presenta tendencia a la hipotensión, con taquicardia mantenida, por eso mismo se decide no administrarle el bisprolol, por riesgo de descompensación hemodinámica, y se pauta la digoxina 0,5 mg en 100mL de SS, en 15 min, se le solicita gasometría arterial, dado que el paciente presenta fluctuaciones de la saturación entorno a 97-85 %, para valorar el estado de la p02, con resultado de 75,5 mmHg, sin oxígeno, hemoglobina de 7,4%, pese a trasfusión reciente (hace 48h), lactato de 2.8 mmol/L, con relleno capilar alargado >2s, con discreta deshidratación cutánea.
Se le solicita analítica que destaca: NT-Prop 7,366 pg/mL, con dímero D 1.049 ng/mL, dado el inicio subagudo, de la disnea, se decide realizar ecografía a pie de cama para detectar complicaciones y el angioTC para descartar tromboembolismo pulmonar, para descartar posible descompensación,
Antes de valorar transfusión, se realiza ecografía pulmonar y cardiaca exploratoria que descarta la presencia de líneas B pero, a nivel cardiaco, se evidencia derrame pericardio. Se realiza angioTC que confirma los hallazgos ecográficos.

CONCLUSIONES

El caso ilustra un complejo cuadro de insuficiencia cardíaca, anemia severa y progresión oncológica con derrame pericárdico, haciendo plantear un diagnóstico diferencial entre, anemia severa con hipoperfusión tisular, descompensación cardíaca secundaria a progresión oncológica. taquiarritmia supraventricular o fibrilación auricular paroxístic, tromboembolismo pulmonar subagudo, o síndrome anémico por sangrado digestivo crónico o hemólisis, o pericarditis neoplásica con derrame pericárdico, por ello la ecografía clínica es esencial para descartar o diagnosticar procesos agudos.

P. #1594

ME LO DIJO SOR MARÍA. SOSPECHA ECOGRÁFICA DE NEOPLASIA ABDOMINAL

Antonio Fernández Rosillo[1][2], Marina Narváez Piña[1][2], Carmen Paúl Ríos[3][2], Elvira María Sánchez Fernández[4][2], Ana Bonmatí Seva[5][2]

1. UDMAFYC Distrito Málaga - Guadalhorce. Centro de Salud Colonia de Santa Inés - Teatinos, Málaga, España
2. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España
3. UDMAFYC Distrito Málaga - Guadalhorce. Centro de Salud Tiro Pichón, Málaga, España
4. UDMAFYC Distrito Málaga - Guadalhorce. Centro de Salud Coín, Coín, España
5. UDMAFYC Distrito Málaga - Guadalhorce. Centro de Salud Cártama-Estación, Cártama-Estación, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 72 años que acude a consulta por clínica de semanas de evolución de epigastralgia irradiada en cinturón, alteración del tránsito intestinal (con diarrea y estreñimiento alternantes) y pérdida de 15kg de peso en los últimos 3 meses.
Como antecedentes personales de interés hipertensión arterial, hipertiroidismo y diabetes mellitus tipo II desde 2007. En tratamiento con enalapril-hidroclorotiazida, simvastatina, metformina y dapagliflozina.
A la anamnesis, la paciente destaca desajuste de su patología diabética, pasando de control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7.4% a 9.5% en menos de un año, con necesidad de insulinización para control.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Abdomen blando, depresible. Se palpa tumoración a nivel supraumbilical, indurada, de unos 2x1cm.
Se realiza ecografía clínica a pie de cama (POCUS), donde se observa imagen hipoecogénica, de borde no definido, polilobulada, irregular, con vascularización central, de 12.7 mm x 25 mm en zona centroabdominal, localizada en plano subcutáneo, no adherido a plano muscular.
EVOLUCIÓN
Se solicita tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis con contraste, con hallazgo de neoformación en cuerpo pancreático así como múltiples imágenes metastásicas en parénquima hepático, bazo e implantes peritoneales. Llama la atención nódulo umbilical de 2.5 cm, siendo estos hallazgos secundarios a carcinomatosis peritoneal. Se detecta defecto de repleción en arteria lobar superior derecha y lobar inferior izquierda, secundarios a tromboembolismo pulmonar bilateral.
La paciente es incluida en Comité de Tumores para decisión terapéutica.

CONCLUSIONES

1. El uso de la POCUS en la práctica clínica de las Urgencias Hospitalarias ayuda a completar la exploración física, pudiendo realizar orientaciones diagnósticas más precisas y disminuir el tiempo de incertidumbre.
2. Es necesaria una formación en POCUS como competencia trasversal en Urgencias, puesto que su dependencia de operador hace asimétrico su acceso a los pacientes.

P. #1621

LA IMPORTANCIA DEL POCUS EN DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA POTENCIALMENTE MORTAL

Guilherme Artur Preto Berdeja[1], Rubén Pérez García[2]

1. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España
2. Universitario Rio Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:
Dolor abdominal de inicio súbito e intensidad máxima.
Anamnesis:
Enfermedad Actual: Paciente varón de 70 años, con antecedente personal de dislipemia conocida, que acude al servicio de urgencias refiriendo cuadro de dolor abdominal de inicio brusco, de aproximadamente una hora de evolución, localizado en hipogastrio. El dolor es descrito como de intensidad máxima en la escala visual analógica (EVA) de 10 sobre 10, sin irradiación. Ausencia de sintomatología digestiva o miccional asociada. Refractario a analgesia con morfina previa a la consulta. Resto de antecedentes personales pendientes de confirmación o ampliación en la historia clínica, incluyendo alergias, hábitos tóxicos, tratamientos previos y antecedentes quirúrgicos.
Antecedentes Personales: Resto de antecedentes personales a completar.
Exploración Física:
Constantes Vitales:
Tensión Arterial: Cifras tensionales estables.
Frecuencia Cardíaca: Taquicardia (100-110 lpm).
Temperatura Corporal: Afebril.
Exploración General:
Auscultación Cardiopulmonar: Normal.
Abdomen: Abdomen agudo, dolor intenso a la palpación superficial en hipogastrio.
Pulsos Periféricos: Conservados y simétricos.
Pruebas Complementarias y Evolución:
Electrocardiograma (ECG): Taquicardia sinusal a 110 lpm, sin otras alteraciones.
Gasometría Venosa: Normal (pH y lactato dentro de rangos normales).
Analítica Sanguínea: Pendiente de resultados.
Ecografía Point of Care Ultrasound (POCUS) Abdominal: Realizada con dificultad por escasa colaboración del paciente y ventana acústica subóptima. Identificación de imagen sugestiva de aneurisma aórtico.
AngioTAC Abdominal Urgente: Rotura contenida de aneurisma aórtico infrarrenal.
Conducta y Manejo:
Aviso urgente a Cirugía Vascular.
Traslado inmediato a quirófano para intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

Este caso clínico subraya varios puntos fundamentales en el manejo de pacientes con dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias:
Gravedad del Abdomen Agudo: El abdomen agudo constituye un signo de alarma per se, que exige una evaluación rápida y

exhaustiva para descartar patologías con riesgo vital inminente. La intensidad del dolor, la refractariedad a la analgesia y la ausencia de otros síntomas no deben minimizar la sospecha de cuadros graves.
Priorización de la Sospecha Clínica: Ante un cuadro clínico compatible con patología grave, la actuación médica debe primar la rapidez diagnóstica y terapéutica sobre la espera de resultados de pruebas complementarias que puedan retrasar un manejo oportuno.
Rol Indispensable de la Ecografía POCUS: La ecografía a pie de cama se reafirma como una herramienta crucial en el contexto de urgencias. En este caso, pese a las limitaciones técnicas, la POCUS orientó la sospecha diagnóstica de forma precoz, permitiendo solicitar una prueba confirmatoria como la angio-TC de manera urgente.
Diagnóstico Diferencial y Síndrome Aórtico Agudo: Si bien la retención urinaria aguda podía considerarse inicialmente en el diagnóstico diferencial por la localización del dolor y una imagen ecográfica compatible, diversos elementos clínicos (intensidad del dolor desproporcionada, refractariedad a morfina, ausencia de síntomas urinarios claros y ventana acústica subóptima en POCUS) debían alertar sobre la posibilidad de una patología más grave, como el síndrome aórtico agudo.
Confirmación Diagnóstica y Manejo Urgente: La angio-TC abdominal confirmó la sospecha de rotura contenida de aneurisma aórtico infrarrenal, permitiendo la activación inmediata del equipo de Cirugía Vascular y el traslado urgente a quirófano, evitando así dilaciones que podrían haber comprometido el pronóstico del paciente.
En resumen, este caso enfatiza la importancia de la pericia clínica en la identificación del abdomen agudo, el valor inestimable de la ecografía POCUS como herramienta diagnóstica en urgencias y la necesidad de actuar con celeridad ante la sospecha de patologías tiempo-dependientes y potencialmente letales como el síndrome aórtico agudo.

P. #1656

EVALUACIÓN DE LOS TIEMPOS ASISTENCIALES Y COMPLICACIONES EN LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA MONOSINTOMÁTICA Y SIN HIDRONEFROSIS EN URGENCIAS. ESTUDIO PILOTO

Alma Elena Real Martín, Marta Torres Arrese, Begoña Gonzalo Moreno, Ruth Andrea Olea Muñoz, Elena Espilez Laredo, Marcia Renee Gómez Puyal

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La retención aguda de orina (RAO) es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, especialmente en varones con hiperplasia prostática benigna (HBP). La optimización de los tiempos asistenciales es clave para mejorar la calidad de atención y reducir la sobrecarga del servicio. Actualmente, la solicitud sistemática de analítica sanguínea y urinaria con urocultivo (UC) en estos pacientes es una recomendación de las guías clínicas, pero sin una base de evidencia sólida.
Se plantea que los pacientes sin síntomas de infección y sin hidronefrosis en la ecografía clínica podrían no beneficiarse de estas pruebas, lo que podría agilizar su flujo asistencial. En esta comunicación presentamos los primeros resultados de nuestro estudio piloto
Justificación
Analizar los tiempos asistenciales y las complicaciones en pacientes con RAO monosintomática sin hidronefrosis en ecografía, evaluando la repercusión de la solicitud de analítica sobre el tiempo hasta el sondaje, el alta hospitalaria y la aparición de complicaciones.
Descripción
Se realizó un estudio observacional prospectivo unicéntrico con pacientes con RAO confirmada por ecografía (≥300 mL de volumen vesical), sin datos de infección urinaria y sin hidronefrosis por ecografía clínica. Se excluyeron pacientes cuyo deterioro cognitivo no hiciese confiable la historia clínica. Se recogieron variables demográficas, antecedentes clínicos, columen urinario por ecografía y volumen extraído, complicaciones y tiempos asistenciales clave: tiempo hasta el sondaje, tiempo hasta la solicitud y validación de analítica, y tiempo hasta el alta hospitalaria. También se valoró el tratamiento al alta. Se analizaron media, desviación estándar para las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia y porcentaje.
RESULTADOS: Se incluyeron 15 pacientes (edad media 74,6 ± 13,4 años), todos varones. El 66,7% tenía antecedentes de RAO y enfermedad prostática. Un 20% estaban en tratamiento con antiagregantes y un 26,7% con anticoagulantes. La media de la escala IPSS fue de 16 ± 10. El volumen urinario estimado por ecografía fue de 619 ± 164 mL y el extraído de 743 ± 276 mL.
En cuanto a las complicaciones, un 13% de los pacientes presentó hematuria leve, un 6,7% hipotensión sintomática leve, y ninguno presentó poliuria postobstructiva. Ningún paciente tuvo un deterioro de la creatinina >0,3 mg/dL respecto a la previa. Se registró un máximo de 12.490 leucocitos/mm3, PCR de hasta 60 mg/dL y 1.056 leucocitos en orina. Solo un paciente tuvo un UC positivo(>100.000 UFC), pero se decidió no tratar al estar

asintomático.
El tiempo medio hasta el sondaje fue de 43,1 ± 51,4 minutos. El tiempo medio hasta la solicitud de analítica fue de 39,5 ± 44,3 minutos, y el tiempo hasta su validación de 135,7 ± 72,9 minutos. El tiempo medio hasta el alta fue de 377,8 ± 428,4 minutos.
El 66,7% de los pacientes fue dado de alta con un alfa-1-adrenérgico y el 40% con un inhibidor de la 5-alfa reductasa. En tres pacientes (20%) se inició antibiótico que posteriormente se suspendió tras llamada telefónica ambulatoria por UC negativo. En el 80% de los casos se especificó el tiempo de sondaje (media de 8 días ± 3,4). El 40% fueron derivados a Urología.
Discusión
Los resultados preliminares de este estudio sugieren que en pacientes con RAO monosintomática sin signos de infección ni hidronefrosis, la solicitud sistemática de analítica podría no ser imprescindible. Se observó un bajo porcentaje de complicaciones y una elevada tasa de antibióticos iniciados de forma empírica y suspendidos posteriormente. La validación de la analítica incrementó significativamente el tiempo hasta el alta, lo que podría afectar la eficiencia del servicio de urgencias. Quizás sea suficiente con un UC y seguimiento telefónico precoz. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y evaluar el impacto en la seguridad del paciente.

P. #1670

DE LA INCERTIDUMBRE DIAGNÓSTICA A LA PRECISIÓN. EL IMPACTO EN URGENCIAS DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN LA PATOLOGÍA INFECCIOSA

Eissa Jaloud Saavedra, Juan Fabiani De La Iglesia, Laura Alcázar Zafra, María Lorente Callejo, María Teresa Ayora Rodríguez, Carlos Armada Arca

Hospital Infanta Elena, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39.8o de 7 días de evolución, escalofríos y malestar general. En una primera consulta 48 horas antes, se achacó a hidrosadenitis en región axilar izquierda drenada por Cirugía un día antes de comenzar la fiebre, iniciando tratamiento con amoxiclina-clavulánico. Las curas diarias por enfermería muestran excelente evolución. Ninguna otra sintomatología asociada.
Presenta aceptable estado general, buena hidratación y perfusión.
Auscultación cardio-respiratoria sin hallazgos de interés. Abdomen blando y depresible, indoloro. No focalidad neurológica ni meningismo. Orofaringe normal. No exantemas ni petequias. La herida quirúrgica del drenaje de la hidrosadenitis muestra excelente aspecto, sin exudados, sin celulitis perilesional ni signos de abscesificación.
TA 118/77mmHg; FC 95 lpm; SatO2 98%; Tª 36.7 o
Se solicitan pruebas complementarias, destacando:
Leucocitosis de 14.630/µL con neutrofilia (11.620/µL). PCR 305mg/dl. Procalcitonina 0.75ng/ml.
Orina y Gasometría venosa con lactato: Sin alteraciones.
Rx tórax: Sin infiltrados ni condensaciones.
Serología de la consulta anterior: VIH, Rickettsia, legionella, neumococo, VHA, VHE, VEB, CMV y SARS-CoV2, negativos.
Realizamos ecografía clínica en la zona de la hidrosadenitis, descartando absceso o hematoma en profundidad y una ecocardiografía clínica sin lesiones valvulares que orienten a endocarditis infecciosa. Finalmente exploramos abdomen objetivando múltiples lesiones redondas en parénquima hepático, de entre 8 y 32 milímetros de diámetro, prácticamente todas anecoicas, algunas con cierta ecogenicidad en su interior y estructuras puntiformes protruyentes en pared, dudando de si se trata de pequeños septos incipientes. No líquido libre intraabdominal.
Dado este hallazgo sugestivo de abscesos hepáticos (sin descartar hidatidosis complicada), incidimos en nuestra anamnesis dirigida, anotando que hace unos 10 días retornó de las Azores donde se bañó en lagunas no estancadas. Esto nos hace pensar que la lesión subaxilar fue realmente una picadura de insecto (sufrió varias leves) abscesificada que se convirtió a la postre en punto de entrada del germen que provocó la diseminación hematógena y con ella, la formación de los probables abscesos hepáticos.
En contexto de pico febril de 39.5o y signos de bacteriemia, tomamos muestra para hemocultivos e inmediatamente iniciamos antibioterapia empírica con meropenem y amikacina. Solicitamos TAC abdominal que nos confirma "múltiples abscesos

bilobares en distintos estadíos evolutivos, algunos de ellos con mayor grado de licuefacción cuya etiología es probablemente bacteriana".
El paciente ingresa en el Servicio de Enfermedades Infecciosas durante 17 días aislándose en los hemocultivos Chromobacterium violaceum, y un Staphylococcus hominis hominis (este último, probable contaminación). Se mantuvo meropenem y vancomicina, desescalando al alta a levofloxacino oral.
Con un mes de diferencia, supimos del caso -en otra provincia- de una paciente joven con idéntico diagnóstico radiológico y microbiológico en contexto también de baño en las mismas localizaciones de las Azores (se notificó a las autoridades sanitarias vecinas). En este caso, el diagnóstico fue sensiblemente posterior al no realizarse ecografía clínica en urgencias ni en planta y complicándose en shock séptico que precisó ingreso prolongado en UCI.

CONCLUSIONES

De nuevo se pone de manifiesto la trascendencia de la ecografía clínica en la práctica diaria del Médico de Urgencias. Afortunadamente la exploración con ultrasonidos se ha convertido en elemento fundamental de apoyo al diagnóstico clínico, siendo uno de los elementos más disruptivos en nuestra Especialidad en las últimas décadas.
En nuestro caso, de no haber integrado la ecografía clínica como parte de nuestra exploración, el diagnóstico (y con ello el tratamiento antibiótico empírico dirigido por sospecha clínica) se hubiera demorado empeorando sensiblemente el pronóstico del paciente.
El Chromobacterium violaceum es una bacteria Gram-negativa, facultativamente anaerobia, que se encuentra en ambientes acuáticos y suelos tropicales y subtropicales y de incidencia infecciosa sumamente baja en humanos (generalmente en inmunodeprimidos).

P. #1709

CUANDO LA ECOGRAFÍA CLÍNICA NOS ILUMINA MÁS ALLÁ DE LA CELULITIS

Eissa Jaloud Saavedra, Juan Fabiani De La Iglesia, Rocío Guzmán Jabares, María Teresa Ayora Rodríguez, María Lorente Callejo, Laura Alcázar Zafra

Hospital Infanta Elena, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años, hipertenso, dislipémico y con antecedente de trombosis venosas superficiales (TVS) de repetición en miembros inferiores, con safenectomía por este motivo hace 5 años. En tratamiento con triflusal 300mg, imidapril 10mg y Simvastatina 20mg.
Consulta porque 5 días antes de su visita a Urgencias debuta tumefacción en región bicipital derecha, calor y eritema local. Afebril en todo momento. No antecedente traumático, aunque dos semanas antes fue sometido a una turbinectomía nasal en ORL (confirmando canalización de vías venosas periféricas en ambas extremidades superiores durante el ingreso del que fue dado de alta asintomático).
A la exploración muestra excelente estado general, buena hidratación y normocoloración de piel excepto en región bicipital derecha en la que es evidente eritema caliente y doloroso, sugestivo de celulitis local.
Auscultación cardio-pulmonar y exploración abdominal y miembros inferiores sin hallazgos de interés.
Realizamos ecografía clínica a pie de camilla explorando sistema venoso superficial y profundo de ambos miembros superiores. Encontramos contenido ecogénico a lo largo de todo el trayecto de la vena cefálica derecha desde flexura hasta porción más proximal que aboca a la vena axilar (sin afectación de esta ni de basílica, subclavia ni yugular), sin flujo con el estudio con doppler y sin colapsabilidad a la compresión con el transductor, siendo los hallazgos compatibles con TVS de la vena cefálica de unos 20 cms de longitud.
Dado el diagnóstico y los antecedentes, realizamos ecografía clínica también de ambos miembros inferiores, descartando trombosis venosa profunda (TVP) o TVS. Aunque no presentaba sintomatología respiratoria ni clínica de bajo gasto, realizamos igualmente ecocardiografía clínica (incluyendo vena cava inferior) que descarta datos de hipertensión pulmonar que, aunque no excluye tromboembolismo pulmonar (TEP), añade un dato clínico negativo importante.
Tensión arterial 156/104mmHg, frecuencia cardiaca 95 lpm, Tª 37.2o, SatO2 96%.
Analíticamente destaca una anemia con hemoglobina en 10.9 g/dl, sin alteraciones en plaquetas ni en la serie blanca. Coagulación con dímero D normal. PCR 14.1 mg/l.
Ingresamos en Medicina Interna iniciando tratamiento con Fondaparinux 7.5 mg/día que se sustituye posteriormente por Enoxaparina 80 mg/12h y con Dabigatrán 150 mg /12h al alta.
Radiología ratifica con exactitud nuestro diagnóstico y se completa estudio con angioTAC de tórax que descarta TEP.
En el estudio de trombofilias se confirma mutación heterocigota del factor V de Leiden y se sospecha síndrome antifosfolípido, pendientes de confirmación de Ac anticardiolipina.

CONCLUSIONES

Nuevamente se pone de manifiesto la trascendencia de la ecografía clínica en la práctica diaria del Médico de Urgencias y la implicación directa en el manejo inmediato en un medio de elevada incertidumbre diagnóstica como el nuestro. El uso de ultrasonidos se ha convertido en herramienta fundamental para el urgenciólogo, siendo uno de los elementos más disruptivos en nuestra Especialidad en las últimas décadas.

El diagnóstico de trombosis venosa se basa en la ausencia de flujo y de colapsabilidad de la vena explorada, encontrando contenido ecogénico en la luz venosa salvo si el trombo es agudo, mostrándose entonces anecoico.

En nuestro caso, la sospecha de que existiera una trombofilia de base dadas las TVS recidivantes, junto con la localización en miembro superior y su extensión, nos llevaron a la decisión del ingreso.

El Dímero D en TVS no tiene el valor predictivo negativo de la TVP.

El tratamiento de elección de la TVS es el fondaparinux a dosis de 2.5 mg subcutáneos cada 24 horas. En este caso, dado que la longitud del trombo excedía los 5 cms y se hallaban a menos de 3 cms del sistema profundo, decidimos anticoagular a dosis de 7.5 mg de inicio, siendo sustituidos en planta por enoxaparina como puente con la anticoagulación oral.

P. #1715

LA IMPORTANCIA DE LA COMPARATIVA EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

María Bóveda García[1], Marta Herranz López[1], Sara Solis Moreno[1], Eva Pérez Valle[1], Jessica Mansilla Collado[2], Carlos Bibiano Guillem[1]

1. HUIL, Madrid, España
2. HUiP La Fe, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 48 años sin antecedentes de interés, nunca fumador, que acude a Urgencias por presentar desde hace un mes tos escasamente productiva con autoescucha de ruidos respiratorios de predominio nocturno. Valorado por Médico de Atención primaria (MAP) hace 4 semanas se realizó radiografía de tórax (Rx) aparentemente normal y se pautó tratamiento con corticoides y antibioterapia sin mejoría motivo por el que acude. No ha presentado fiebre. No disnea. No dolor torácico. No otra sintomatología acompañante. A la exploración presenta Saturación de oxígeno (Sat O2) a aire ambiente 97%, eupneico, y en la auscultación presenta murmullo vesicular conservado con roncus y sibilantes inspiratorios, mayores en campo derecho. Se solicita nueva radiografía de tórax (sin cambios con respecto a previa), donde se observa aumento de densidad suprahiliar derecho que afecta al lóbulo superior que en ausencia de clínica infecciosa aguda, podría estar en relación con proceso tumoral. Se recomienda tomografía computarizada (TC) preferente. Reviso Rx realizada hace un mes donde ya se observaba el aumento de densidad a nivel suprahiliar derecho. Dado que el paciente de encuentra eupneico y estable, se gestiona circuito ambulatorio para estudio.

Al cabo de 5 días se realiza TC torácica donde se observa masa de 8,6 x 7 x 7 cm, hiliar derecha, que produce atelectasia completa del lóbulo superior, invade el mediastino, estenosa de forma significativa la arteria pulmonar derecha, la vena cava superior y la vena pulmonar superior derecha, aunque mantienen la permeabilidad. Se continua, sin plano de separación, con adenopatías mediastínicas, de tamaño patológico, que sobrepasan línea media. Lesión esclerosa que ocupa el cuerpo vertebral de la teórica L1, compatible con metástasis. Se avisa al paciente para ingreso y estudio iniciándose tratamiento corticoideo con 6 mgr de Dexametasona cada 8 horas y si empeoramiento clínico valorar prótesis endovascular versus radioterapia.

Tras su ingreso se inicia dexamtesona de 6mg cada 8 horas con desaparición de los síntomas de vena cava superior (edema facial y disfagia puntualmente). Se realiza broncoscopia con visualización de lesión endobronquial con toma de biopsias (carcinoma no microcítico). Se realiza además TAC de cráneo sin hallazgos patológicos Se comenta con radiología vascular, dado que el paciente no tiene actualmente sintomatología tras el inicio de corticoides, no tiene indicación de protesis endovascular.

Se remite al paciente a Oncología para tratamiento de Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (T4N3M1b, ósea única L1) ALK +, PDL1 70%. Síndrome de vena cava al debut, sin tratamiento repermeabilizador. Se inicia lorlatinib 100 mg cada 24 horas . En

PET-TC de control se observa gran mejoría de la masa y gran aumento de calibre de vena cava.

CONCLUSIONES

El síndrome de la vena cava superior es un conjunto de signos y síntomas desencadenados por la obstrucción de la vena cava superior. Su diagnóstico se hace con la clínica, donde el síntoma más común es la disnea, así como con los hallazgos de la exploración física, entre los que destacan el edema facial y la distensión venosa del cuello y de la pared torácica. Su origen suele de ser de causa maligna en el 90% de los casos. El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) es el más frecuente. seguido del cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) y del linfoma no Hodgkin (LNH). En nuestro caso el paciente se encontraba escasamente sintomático y presentó buena evolución al tratamiento médico. En la radiografía inicial se observaba ya, un aumento de densidad suprahiliar que no fue reconocido, y en la comparativa posterior no había cambios con la inicial (siendo ya ésta patológica). Es importante prestar atención a las pruebas realizadas con anterioridad, aunque se haya descartado patología aparentemente.

P. #1721

UN CASO DE TAPONAMIENTO CARDIACO EN URGENCIAS: DE LA INCERTIDUMBRE DIAGNÓSTICA A LA RESOLUCIÓN INMEDIATA

Paloma Gallego Rodríguez[1], Patricia Alva García[1], Anaura Carrasquel Regalade[1], Julieta Zlatkes Kirchheimer[1], Mario Ágreda Fernández[1], Nuria García Montes[2]

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 83 años de edad que es traída al Servicio de Urgencias procedente del quirófano por episodio de pérdida de consciencia (según explican sus familiares, estaba citada hoy para retirada de un filtro de vena cava colocado unos meses antes por un tromboembolismo pulmonar). A su llegada, la paciente se encuentra obnubilada, y la única información disponible es una nota de Anestesiología en la historia clínica electrónica que explica que tras la administración de 1mg de midazolam la paciente ha presentado un episodio de desconexión del medio, precedido de malestar general, desviación de la mirada hacia la derecha y respiración ruidosa. Según esa nota, la paciente ha permanecido hemodinámicamente estable en todo momento, pero ha presentado un episodio de taquicardia auricular irregular. Anestesiología avisa desde el quirófano a Neurología para valoración por sospecha de crisis comicial.

Exploración en la que destaca hipotensión marcada, con TAS en torno a 90 mmHg, y saturación basal del 88%, sin focalidad neurológica evidente, salvo la obnubilación, posiblemente secundaria a hipoperfusión cerebral.

Tras nuestra evaluación inicial solicitamos analítica sanguínea completa, con perfil básico, perfil hepático, reactantes de fase aguda, troponinas, BNP, hemograma y hemostasia, y radiología simple de tórax. Es valorada por Neurología, que recomienda únicamente realización de TC craneal simple, mientras intentamos sin éxito recabar más información acerca del procedimiento realizado en quirófano.

Unos quince minutos después de su llegada al Servicio de Urgencias, la paciente presenta un bache hipotensivo severo, con TA sistólica de 54 mmHg, por lo que realizamos una ecografía según protocolo EFAST. Tras objetivar líquido pericárdico abundante con colapso del ventrículo derecho se realiza interconsulta con Cardiología, que realiza pericardiocentesis urgente con rápida mejoría hemodinámica y traslada a la paciente a la Unidad Coronaria. Buena evolución posterior, la paciente es dada de alta una semana más tarde, manteniendo el filtro de cava.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco es una emergencia vital que requiere un diagnóstico inmediato, ya que el retraso en su identificación puede ser fatal. En el entorno de Urgencias, donde los pacientes suelen presentarse con datos clínicos inespecíficos y múltiples diagnósticos diferenciales, la ecografía clínica es una herramienta fundamental para guiar la toma de decisiones y

optimizar tiempos de actuación.
Presentamos un caso en el que la ecografía a pie de cama permitió diagnosticar un taponamiento cardíaco en una paciente con inestabilidad hemodinámica sin causa aparente, lo que facilitó la instauración de un tratamiento inmediato y mejoró su evolución. Este caso subraya la importancia de integrar el protocolo EFAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) en la valoración inicial de pacientes críticos, no solo en el contexto del trauma, sino también en otras situaciones urgentes en las que el diagnóstico diferencial es amplio, como complicaciones posquirúrgicas o eventos tromboembólicos.
Dado el próximo desarrollo de la especialidad de Urgencias y Emergencias, consideramos que la formación en ecografía clínica debe ser una competencia esencial en la capacitación del médico de Urgencias. Su uso sistemático mejora la capacidad diagnóstica, reduce la incertidumbre en la evaluación de pacientes inestables y optimiza la toma de decisiones terapéuticas, impactando directamente en la supervivencia y pronóstico de los pacientes.

P. #1730

TAPONAMIENTO CARDÍACO MASIVO DIAGNOSTICADO MEDIANTE PROTOCOLO RUSH EN UNA PACIENTE CON DISTRÉS RESPIRATORIO E HIPOTENSIÓN

Sergio Martínez Fernández, Alberto Falcón Cazás, Josep Xavier Ichart Tomas, Rodolfo Cabrejo Whittembury, Carmel Vidal Sans

Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 58 años, sin antecedentes relevantes, acude el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) a domicilio, que identifica una insuficiencia respiratoria. A pesar del soporte ventilatorio con oxígeno suplementario, no logran determinar la causa.
Administran carga de suero fisiológico 500cc.
Primera opción diagnostica en domiclio , Tromboembolismo pulmonar Agudo.
Al ingresar en el servicio de urgencias presenta distrés respiratorio de 24 hores de evolución que se ha ido haciendo progresivo e hipotensión (TA 80/50 mmHg). La paciente estaba taquicárdica (FC 128 lpm) y presentaba saturación de oxígeno del 86% con máscara de oxígeno. El examen físico evidenció pulsos débiles, auscultación pulmonar con crepitantes bilaterales y ruidos cardíacos apagados.
ECG: taquicardia sinusal, bloqueo de rama derecha de nueva aparición. Sin dolor torácico.
Dado el estado de choque no filiado, se realizó el protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock) en la reanimación de urgencias:

- Heart (corazón): Ecocardiografía subxifoidea: derrame pericárdico severo con colapso de la aurícula derecha y ventrículo derecho en diástole, indicativo de taponamiento cardíaco.
- Inferior vena cava (IVC): Distensión sin colapso respiratorio, sugiriendo aumento de presión intrapericárdica.
- Hipocondrio derecho e izquierdo, vejiga, pulmón y aorta: Sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico: Taponamiento cardíaco masivo. Shock Obstructivo.
Intervención y Evolución:
Se realizó pericardiocentesis urgente, extrayendo 200 ml de líquido serosanguinolento. Hubo una mejoría inmediata: TA 110/70 mmHg, trabajo respirarorio y oxigenación.
El protocolo RUSH es crucial para diferenciar las causas de choque, especialmente en situaciones de diagnóstico incierto. En este caso, permitió identificar rápidamente un taponamiento cardíaco como causa de la hipotensión, facilitando una intervención salvadora.

CONCLUSIONES

Subrayamos la importancia de la ecografía en punto de atención (POCUS) y del protocolo RUSH en el manejo del choque. Su uso sistemático en pacientes críticos mejora la toma de decisiones y optimiza los resultados clínicos

P. #1743

DE UNAS PALPITACIONES DE "TODA LA VIDA", A UNA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGENICA

Ana Rocío Villalón Sánchez, Andrea Gallardo Jiménez, Carmen García Rosado, María Del Carmen Aparicio Gallardo, María Teresa Serrato Llamas

Hospital Serranía de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años
AF de MS en su abuela materna a los 60-65 años
APP:
- HTA.
- BCRIHH.

Mujer que acude a Urgencias el 11/02 tras comenzar sobre las 18h de ese día, con sensación de calor y molestias torácicas, seguidas de mareos y náuseas. En domicilio intentan tomarle la TA sin éxito. Refiere episodios similares en casa de taquicardias durante mucho tiempo, pero como se le pasaba NUNCA consultó. A su llegada a Urgencias, hemodinámicamente estable (TA 103/81) aunque se realiza ECG donde se objetiva taquicardia de QRS ancho con FC 232. Pasa entonces a críticos donde se realizan maniobras vagales y se administra adenosina (6mg-12mg-18mg) sin reversión de taquicardia. Al no responder se decide CVE sincronizada a una energía de 150J siendo sedoanalgesiada con Midazolam y fentanilo. Revierte a ritmo sinusal, pero posteriormente comienza de nuevo con la arritmia por lo que se pauta amiodarona en bolo + perfusión con reversión a RITMO SINUSAL. Como incidencias durante dicho episodio, hipotensión arterial también en el contexto de la taquicardia y la sedación, que recupera con fluidoterapia.

Pasa posteriormente a Observación. Durante su estancia en la misma, hemodinámicamente estable, en ritmo sinusal con FC controlada en torno a 80 y QRS ancho en relación con bloqueo de rama izquierda ya conocido (no se registran arritmias por durante la 24h de vigilancia por telemetría). En controles analíticos destaca elevación de troponinas a 239 en probable relación con taquiarritmia + CVE.

Se realiza ecografía cardíaca a pie de cama: Se objetiva ventrículo izquierdo (VI) dilatado, función sistólica deprimida (fracción de eyección del VI (FEVI) 34%), hipocinesia global y disfunción diastólica. Aurículas levemente dilatadas, insuficiencia mitral moderada. (Se aportarán imágenes). Observándose de dicho modo que nos encontramos ante una disfunción del corazón en probable relación con el episodio.

Asimismo, se valora por Cardiología que indica Amiodarona en perfusión y tras 24 horas de observación; ingreso en planta a cargo de dicho servicio.

Ingresa posteriormente en camas de cardiología.

Durante el ingreso, presenta nuevo episodio de taquiarritmia de QRS ancho, tratada con amiodarona y consulta a UCI, que indica traslado a centro de referencia para estabilización e implante de desfibrilador automático implantable con terapia de resincronización cardíaca (DAI TRC-D), que se realizó sin incidencias.

- Cateterismo: coronarias sin lesiones.
- Resonancia magnética nuclear (RMN): miocardiopatía dilatada no isquémica de probable etiología idiopática/familiar, con asincronía intraventricular y realce tardío extenso.
- Estudio genético sin hallazgos concluyentes, pero con variante missense en DMD asociada a miocardiopatía dilatada 3B.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra el manejo integral de una taquicardia de QRS ancho en Urgencias, subrayando la importancia de maniobras secuenciales (adenosina, CVE, antiarrítmicos) y el manejo hemodinámico. La identificación de una miocardiopatía arritmogénica resalta el papel de la imagen cardiaca avanzada (RMN) y la evaluación genética, crucial en patologías familiares. El abordaje multidisciplinar, desde Urgencias hasta UCI y Cardiología, enfatiza la colaboración y enseña a residentes el manejo de arritmias complejas y la toma de decisiones críticas. La aplicación de ecografía a pie de cama añade un componente innovador. Este caso puede servir de base para discusiones clínicas, simulaciones y desarrollo de protocolos en Urgencias de la ecografía clínica, ofreciendo un impacto docente significativo.

P. #1789

EDEMA EN PUBIS A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO QUE VUELVE A REAFIRMAR A LA ECOGRAFÍA CLÍNICA, COMO COMPETENCIA FUNDAMENTAL DEL MÉDICO DE URGENCIAS

Sarai Corredera Blanco, María Josefa Custodio García, Helena Cruz Terrón, Laura Martín Guerra, Vega Riesco Cuadrado, Jesús Martín González

Urgencias Hospitalarias, SACYL, Salamanca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 87 años institucionalizado, con diabetes no insulino dependiente, es traído a urgencias por edema en pubis, diagnosticado desde tres días antes como ITU (infección de tracto urinario). Inició tratamiento con ciprofloxacino. Desde hace un día presenta tumefacción de partes blandas en pubis, pene y escroto. Lleva un día sin miccionar.
A la exploración física: hemodinámicamente estable, con febrícula de 37°.
Mal estado general. Eupneico a aire ambiente, buena saturación.
AP: MVC sin ruidos sobreañadidos
Abdomen blando depresible, gesto de dolor a la palpación de forma difusa, predominando dolor en hipogastrio con probable globo vesical a la palpación.
A nivel suprapúbico, presenta signos flogóticos generalizados (edema, eritema y aumento de temperatura), con crepitación a la palpación. Gran edema en pene y escroto.
A nivel de sacro: Ulcera con tejido necrótico.
Realizamos ecografía clínica seguida de la exploración física, por la alta sospecha de retención urinaria y probable infección de tejidos blandos complicada.
Se confirmó globo vesical y signos de enfisema subcutáneo, por lo que se intentó sondaje vesical, se solicitó TAC urgente abdomino-pélvico y se inició antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y metronidazol.
Hallazgos ecográficos: en corte longitudinal de vejiga a la altura de hipogastrio, se visualiza vejiga repleccionada, de contenido anecoico, con bordes lisos salvo en región inferior donde se visualiza tejido heterogéneo, con imágenes hiperecoicas intraparietales y líneas E que sugieren enfisema subcutáneo (se aportarán imágenes).
Se puede observar un engrosamiento difuso del tejido celular subcutáneo y la fascia con capas de líquido a lo largo de los planos de ésta y una apariencia como de “sombras sucias”, lo que indica la presencia de aire dentro del área de inflamación.
Una mionecrosis se puede apreciar como una desorganización de las fibras musculares, mientras que la fascitis gangrenosa preserva el músculo. Cuando está presente el gas producido por bacterias, puede apreciarse como áreas hiperecoicas puntiformes.
Analítica sanguínea: Cr 1.26, FG: 51, Na+:135, PCR:28.22, Proca:2.13, Hb:12.2, L:33.160, N:96.3%, Plaquetas:134.000, TP:13.5, AP:67.3.
Tac abdominopélvico: Enfisema de partes blandas en la región pélvica en relación con fascitis necrotizante/ gangrena de Fournier. Lesión de partes blandas de predominio graso (lipoma/ liposarcoma) retroperitoneal izquierda.
Juicio clínico final: Fascitis necrotizante/ Gangrena de Fournier
Evolución:
Se confirmó retención aguda de orina, por lo que se intentó sondaje vesical sin éxito. La punción suprapúbica está contraindicada en casos de infección de tejidos blandos subyacente.
Lamentablemente la comorbilidad de la paciente y probablemente la virulencia de la bacteria jugaron en contra.
El caso fue discutido entre urología y cirugía general, decidiendo de forma consensuada entre ellos y la familia, actitud conservadora. El paciente fue trasladado a cuidados paliativos y falleció a los dos días.

CONCLUSIONES

- El conocimiento en la realización e interpretación de ecografías clínicas en urgencias, es una parte fundamental en el conocimiento del médico de urgencias, que todos deberían poseer para agilizar decisiones terapéuticas y como punto fundamental a valorar en el conocimiento del futuro residente de la especialidad.
- Si bien la ecografía a pie de cama es una herramienta muy útil, no es 100% específica, por lo que, si los hallazgos no son compatibles y se tiene sospecha clínica, lo siguiente es realizar un TAC. También es importante destacar que puede darse un TAC sin hallazgos compatibles, por lo que la valoración quirúrgica es fundamental ante la sospecha de fascitis o miositis necrosante
- En este caso, desde un primer momento la sospecha era alta, por lo que la ecografía facilitó la decisión de iniciar antibioterapia intensiva en la primera toma de contacto con el paciente, y la solicitud directa de prueba de imagen urgente a radiología.

P. #1829

DRA, NO ESTOY ORINANDO

Lierni Maite Urdiroz Gorospe, Andrea Baztán Ubani, Leyre C Urueña Zamora, Arantxa Bezunartea Pascual, Laude Citad Mur, Haizea García Fernández

HUN, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años acude a urgencias por alteración en ritmo de diuresis. Refiere poca cantidad de orina con dificultad para iniciar la micción, sin hematuria ni disuria. Niega fiebre u otro síntoma infeccioso. Hace 7 días dolor lumbar que se resolvió con paracetamol.

Como antecedentes personales destacan: Nefrectomía radical 2005 por AdenoCarcinoma renal, Enfermedad renal crónica grado 3a- A1 (Cr 1.4, FG 45-50ml/min), diabetes tipo 2 y Fibrilación auricular

En tratamiento crónico con: FORXIGA 10mg un comprimido al día, SINTROM 4mg 3.5 mg al día, bisoprolol 2.5 dos veces al día, ENALAPRIL+HIDROCLOROTIAZIDA 20/12,5mg medio comprimido.

Exploración física: Constantes: TA 108/69 mmHg, FC 96 latidos por minuto, Tª 35.8ºC, Sat 97 % aire ambiente. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen globuloso, depresible, no doloroso a la palpación, Puñopercusión renal derecha no dolorosa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras valoración inicial, se realiza:

- Ecografía a pie de cama: vejiga vacía sin residuo, riñón derecho sin ectasia
- Analítica sanguínea: Destaca: Cr 7.78 mg/dL, FGe 6 ml/min, urea 174 mg/dL. HipoNa 125 mmol/L con glucosa 104 mg/dL, Cl 93 mmol/L. Potasio 5,1 mmol/L. PCR 231,8 mg/L.
- Gasometría venosa: pH 7.25, pCO2 38.4, HCO3 16.7, BE -9.7, Lactato 0.92
- ECG: FA con RV normal a 90 lpm, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización, sin presencia de ondas T picudas

Se amplia con ecografía reglada

Ecografía abdominal: : Monorreno derecho. Adyacente a la cortical renal, rodeándola, se observa colección heterogéna de aproximadamente 10 x 5 cm, sin flujo doppler, que podría corresponder con un hematoma perirrenal, sin poder descartar masa renal hipovascular. Se observa flujo doppler intrarrenal con el modo SMI.

Y desde radiología amplían estudio con TC abdominal SIN contraste: Voluminoso hematoma subcapsular renal derecho que produce compresión sobre el parénquima renal.

EVOLUCIÓN

Ante los hallazgos eléctricos y analíticos el paciente pasa a reanimación para monitorización continua. Inicialmente se pauta Bicarbonato 1/6 M y fluidoterapia intensiva con Suero fisiológico. Se realiza sondaje vesical, persistiendo oligoanuria. Ante el hematoma renal, se decide reversión de anticoagulación con una 1 ampolla de vitamina K 10mg y octaplex (2500 UI). Se realiza interconsulta a nefrología y urología, indican reposo absoluto sin indicación de diálisis urgente. Queda ingresado en observación. A las 24 horas, el paciente comienza con inestabilidad hemodinámica, con anemización y persistiendo oligoanuria. Se inicia resucitación con fluidos y transfusión sanguínea, persistiendo hipotensión. Se inicia noradrenalina por vía periférica y es trasladado a UCI para continuar drogas vasoactivas y tratamiento de soporte. Finalmente, urología decide nefrectomía parcial para control del foco de sangrado.

JUICIO CLÍNICO

Insuficiencia renal por hematoma

CONCLUSIONES

El hematoma renal es una colección de sangre dentro del riñón o alrededor de su cápsula, que puede originarse por traumatismos, alteraciones en la coagulación o, en raras ocasiones, de manera espontánea. Esta condición representa un desafío diagnóstico y terapéutico, dado que sus manifestaciones clínicas pueden ser sutiles y se solapan con otras patologías renales y extrarrenales. Los síntomas de los hematomas renales varían dependiendo de la extensión de la lesión y la acumulación de sangre. Los más comunes son dolor en el flanco o abdomen, hematuria y signos de choque en casos graves con sangrado activo. En ocasiones, los pacientes pueden presentar síntomas inespecíficos, como náuseas, vómitos o fiebre, especialmente si se asocia con infección renal. El diagnóstico de hematomas renales requiere una evaluación detallada de la historia clínica y un examen físico exhaustivo. Los estudios de imagen son fundamentales para confirmar la presencia y extensión del hematoma. La tomografía computarizada (TC) es el método de elección. La intervención temprana y el manejo multidisciplinario, son fundamentales para mejorar los resultados clínicos en estos pacientes y son especialmente importantes en pacientes monorrenos.

P. #1835

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA: MÁS ALLÁ DEL SONDAJE VESICAL

María Cruzate Aparicio, Blanca Ruata Laclaustra, Rosa María Nieto Ortiz, Lydia Chao Ricoy

Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 69 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por imposibilidad para la micción espontánea de 10 horas de evolución, asociado a sensación de plenitud vesical y molestias en hipogastrio. Además refería disuria de 24 horas de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología de interés.

En la exploración física el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con auscultación cardiopulmonar normal y con un abdomen blando y depresible con discretas molestias a la palpación profunda sobre hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Como parte complementaria a la exploración física, se le realizó ecografía clínica a pie de cama, en la que se observó una vejiga distendida, con un volumen vesical aumentado. En la ecografía también se observó una próstata aumentada de tamaño y heterogénea.

Tras la visualización de dichas imágenes, se realizó anamnesis dirigida al paciente, reinterrogándole sobre por síntomas del tracto urinario inferior y síndrome constitucional asociado.

El paciente relató que hacía aproximadamente tres o cuatro meses comenzó paulatinamente con dificultad para la micción espontánea, chorro urinario débil, e imposibilidad para eyaculación. Además asociaba astenia, y pérdida de unos 8 kilogramos desde hacía cuatro meses.

Dado el cuadro compatible con retención aguda de orina, se procedió al sondaje uretral del paciente, con diuresis de unos 600 mililitros. Se solicitó una analítica de sangre, que mostró un hemograma normal, una función renal conservada, destacando una elevación en fosfatasa alcalina (más del doble del límite superior de la normalidad). Además, dado el síndrome constitucional, aunque el paciente se encontraba asintomático a nivel respiratorio, se decidió completar el estudio con radiografía de tórax, que mostraba afectación ósea en glenoides derecha compatible con lesión de predominio escleroso que deformaba el hueso.

Con estos resultados en las pruebas complementarias urgentes, la sospecha diagnóstica era episodio de retención aguda secundario a probable neoplasia prostática metastásitca, por lo que se solicitó estudio con prioridad oncológica.

De esta manera, en 48 horas ya se había realizado analítica sanguínea con marcadores tumorales, en la cual destacaba el antígeno prostático específico elevado (4025 nanogramos/mililitro, siendo el límite superior de la normalidad 4 nanogramos/mililitro). Además, en dos meses ya se había realizado como estudio de extensión la gammagrafía ósea, la cual mostraba afectación ósea metastásicay la tomografía computarizada (TC) toraco-ambdominal, el cual mostró hallazgos compatibles con carcinoma de próstata diseminado con metastásis adenopáticas locorregionales, retroperitoneales infrarrenales y metástasis óseas diseminadas (blásticas y líticas).

CONCLUSIONES

La retención aguda de orina es un motivo de consulta frecuente en los servicios de Urgencias, y su abordaje no debe limitarse únicamente al alivio sintomático mediante sondaje vesical. Una anamnesis detallada y el uso de pruebas complementarias básicas pueden ser clave para identificar etiologías subyacentes potencialmente graves, como en este caso, donde el diagnóstico inicial llevó a la detección de un carcinoma prostático metastásico. La evaluación integral en el contexto agudo permite una orientación diagnóstica temprana, optimizando el manejo posterior y mejorando el pronóstico del paciente.

En este caso, la ecografía clínica es una herramienta clave en el diagnóstico del globo vesical, además permite valorar posibles etiologías y complicaciones de la misma.

P. #1951

CONSECUENCIAS DE UN SÁBADO NOCHE

Yolanda Benito Merino, Cristina Morillas Ramiro, Mónica García Fernández, Ángel Francisco Viola Candela, Irene Palacios Aceña, Antonio Fernández Hernández

HNSS, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 26 años sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), traído por la unidad de soporte básico y acompañado por médico y enfermero de Atención Primaria, tras sufrir herida abierta por arma blanca en hemitórax izquierdo. Según refiere sufre traumatismo directo a nivel de hemitórax izquierdo con arma blanca con herida abierta y sangrante secundaria. Asocia dolor a ese nivel. Comenta ligera sensación de dificultad respiratoria que relaciona con no querer realizar esfuerzo respiratorio por dolor. No otra sintomatología.
A su llegada a urgencias, consciente y orientado, evidencia de ligera palidez cutánea, con presencia de pulsos distales. Estable hemodinámica 120/73mmHg y FC 60lpm con buena saturación de oxígeno.
Presenta en tórax: herida penetrante en 5° arco costal, línea media axilar izquierda y en hueco axilar de 1cm de diámetro. A la auscultación nada destacable, con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. En el abdomen, no lesiones visibles, pero dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.
Como parte de la exploración física se realiza E-Fast, evidenciando líquido libre en el receso esplenorrenal; a la exploración en dicho nivel se objetiva discreto derrame pleural izquierdo.
Tras canalización de 2 vías periféricas, se extrae analítica y se realiza petición de hemoderivados. Se administra sueroterapia y amchafibrin como control inicial del sangrado.
Dada la estabilidad hemodinámica de nuestro paciente, se realiza tomografía computarizada (TAC) de tórax y abdomen, que identifica el punto sangrante, objetivando laceración del margen inferolateral esplénico con signos de sangrado activo; por lo que tras resultado del mismo se procede a laparotomía exploradora y terapeútica objetivando además traumatismo penetrante de diafragma izquierdo que comunica con cavidad torácica por lo que se coloca drenaje torácico.

CONCLUSIONES

Ante un paciente politraumatizado, destacar la importancia de detectar lesiones secundarias, siendo muchas de ellas, difíciles de detectar en una exploración física inicial.
Ante una herida penetrante, la probabilidad de inestabilización hemodinámica de nuestro paciente es alta. Si disponemos de los medios para identificar cuanto antes las posibles lesiones que pueden ocasionar esta inestabilización, el control hemorrágico podrá realizarse con mayor rapidez.
Destacar el uso y realización reglada del protocolo E-FAST como parte de la exploración inicial, que desde un primer momento nos confirme o descarte lesiones traumáticas/ sangrados a pesar de no objetivar inicialmente signos de alarma en nuestro paciente.

P. #2005

ECOGRAFÍA CLÍNICA Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA: GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE URGENCIÓLOGOS Y RADIÓLOGOS

Ángel Martín Villó, Carlos Herráiz De Castro, Susana Losada Ruiz, Manuel De Mergelina Botet, Laura Serrano Buitrago, Félix González Martínez

Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, Cuenca, España

INTRODUCCIÓN

La ecografía es el método diagnóstico de elección en la trombosis venosa profunda de miembros inferiores (TVP), siendo habitualmente solicitada al servicio de radiología.
Diversos estudios han demostrado similar concordancia entre la ecografía clínica de compresión realizada por médicos de urgencias (EC) y la realizada por radiólogos. Esto puede suponer una gran ayuda en el diagnóstico precoz de la enfermedad tromboembólica, tanto en pacientes críticos donde el tiempo es fundamental, como en pacientes con síntomas poco claros, reduciendo errores diagnósticos y complicaciones indeseables.

OBJETIVO

Conocer el grado de concordancia entre la EC y la realizada por radiólogos en el diagnóstico de TVP.
Demostrar que la EC ante sospecha de TVP puede ser realizada por médicos de urgencias.

MÉTODO

Estudio descriptivo y prospectivo llevado a cabo entre los meses de Agosto de 2022 y Enero de 2025. Para ello, se utilizó un ecógrafo portátil con sonda lineal de 5-10 MHz.
El médico de urgencias que atiende al paciente, ante la sospecha clínica de TVP, solicita una ecografía doppler de miembros inferiores al radiólogo ('gold stándard') e informa a alguno de los investigadores presentes ese día, quien realiza la EC sin disponer de datos clínicos ni analíticos. El grado de formación de éstos era variable, incluyéndose varios residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
Una vez realizada, se establece el grado de concordancia mediante el índice Kappa entre ambas. También se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y valor predictivo positivo (VPP).
Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a urgencias con sospecha de TVP y en los que se solicitó una ecografía-Doppler de miembros inferiores. Se excluyeron a menores de 18 años, pacientes evaluados por un radiólogo 48 horas antes, portadores de catéter vascular en la extremidad afectada, aquellos que se negaron a participar en el estudio y los asignados al médico investigador.
Las variables recogidas fueron: antecedentes personales, probabilidad clínica según escala de Wells, valor del Dímero D, número de ecografías normales y patológicas (TVP próximal ó distal) de la EC y de la realizada por el radiólogo y venas afectadas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 122 pacientes, 47 eran hombres (39%) y 75 mujeres (61%), con una edad media de 68,76±17.37 años.
89 (72,9%) EC se describieron como normales, y 33 (27,04%) patológicas. De estas últimas, 21 (64%) tenían afectado el territorio proximal exclusivamente, 3 (9%) correspondieron a TVP distal de forma aislada y 9 (27%) tenían TVP proximal y distal coexistentes.
La ecografía de urgencias para TVP proximal mostró una elevada concordancia con la ecografía realizada por radiología (Kappa = 0.873), con una sensibilidad del 89.7%, una especificidad del 96.8%, un valor predictivo positivo (VPP) del 93% y un valor predictivo negativo (VPN) del 95%.
En el caso de la TVP distal, la concordancia fue perfecta (Kappa = 1.000), con una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del 100%.
En 3 pacientes no diagnosticamos TVP proximal y sí el radiólogo (uno con probabilidad clínica alta, otro moderada y otro baja, siendo éste último un caso de trombosis subaguda de la poplítea). 2 pacientes fueron diagnosticados de TVP proximal (los dos con probabilidad clínica moderada) y uno de TVP distal por el urgenciólogo y no por el radiólogo, citándose a las 24 horas y confirmando nuestros hallazgos.

CONCLUSIONES

Existe una concordancia casi perfecta entre la EC y la realizada por radiólogos en el diagnóstico de TVP. Su implementación en nuestro servicio nos permitirá evitar peticiones innecesarias debido a su elevado VPN, disminuir los tiempos de espera, agilizar el diagnóstico e iniciar antes el tratamiento adecuado, pudiendo constituir una alternativa a la ecografía reglada.

P. #2013

ABSCESO HEPÁTICO POR ESCHERICHIA COLI EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADA CON COLANGITIS DE REPETICIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLAVE MEDIANTE ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

Beatriz Angós[1], Soha Esmaili[2], Azahara Molina Díaz[1], Laura Arribas Sánchez[1], Sara De Augusto Gil[1], Cecilia Yáñez Palma[1]

1. Servicio de Urgencias. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España
2. Servicio de UrgenciaFundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IdISCC)s Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes insulinodependiente, cardiopatía isquémica no revascularizada, colecistectomizada y colangitis de repetición con aerobilia.
Acude a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de fiebre de 39°C con mal estar general, mialgias generalizada, vómitos y dolor a nivel de hipocondrio derecho.
A la exploración presenta fiebre de 39°C, hemodinámicamente estable y saturación en rango. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho con Murphy negativo sin otros hallazgos.
Analíticamente presenta leucocitosis de 23.000 con neutrofilia del 93%, PCR 43 mg/dl, procalcitonina de 20, creatinina 2,8 con FG 15 sin alteraciones iónicas y leve coagulopatía con INR 1.4. Sedimento de orina anodino y por pico febril se extraen hemocultivos.
Se realiza ecografía a pie de cama objetivándose 2 lesiones hepáticas heterogéneas de 6x4 cm y 3x2 hipoecoicas con ecos en su interior rodeadas de un halo hiperecogénico con refuerzo posterior sugestivas de abscesos hepáticos, así como coledocolitiasis y aerobilia.
Ante sospecha de absceso hepático se solicita TC de abdomen basal sin contraste por función renal alterada. En TC de abdomen se confirma sospecha clínica.
Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y metronidazol y se cursa ingreso en medicina interna.
Durante el ingreso radiología intervencionista realiza drenaje percutáneo del absceso de mayor tamaño con salida de 50 cc de material purulento que se envía a microbiología.
Analíticamente la paciente presenta descenso de reactantes de fase aguda y mejoría de la función renal. Microbiológicamente se aísla tanto en hemocultivos como en material de drenaje de absceso E. coli multisensible, por lo que se ajusta antibioterapia a ceftriaxona en monoterapia.
Se realiza TC de control a los 7 días con contraste intravenoso tras recuperación de función renal donde se objetiva, disminución importante de las lesiones hepáticas sin otros hallazgos.
Tras 10 días de ingreso la paciente es dada de alta dada la evolución favorable durante el mismo y la disminución del tamaño de las lesiones hepáticas.

CONCLUSIONES

- Los abscesos hepáticos representan el 13% de los abscesos abdominales y el 48% de los viscerales, siendo los de origen bacteriano (abscesos hepáticos piógenos) los más frecuentes.
- Se debe a una infección polimicrobiana por bacterias aerobias gram negativas y anaerobios gran positivos. El más frecuente es Escherichia coli seguida S. faecalis, Klebsiella pneumoniae y Proteus.
- La ecografía a pie de cama permite un abordaje diagnóstico de utilidad en el diagnóstico diferencial.
- Se debe completar el diagnóstico diferencial con otras lesiones hepáticas.
- El tratamiento debe incluir antibioterapia, aspiración y drenaje del mismo.

P. #2065

BLANCO Y EN BOTELLA: SANGRADO RETROPERITONEAL (SÍNDROME DE WUNDERLICH)

Enrique Juan Salvador De La Rosa[1][2], Lucía Mora Del Oso[1], José Antonio Peña Doncel-Moriano[2], Juana María Alonso Pérez[2][1], Luis Felipe Gómez Andrade[1], Ana Balibrea Ruiz[1]

1. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España
2. Centro de Salud San Antón, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 44 años, con obesidad e hipertensión arterial mal controlada, que acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha que irradia a genitales ipsilaterales, con náuseas, sin vómitos y sin fiebre, de unas 6 horas de evolución.
Las constantes se encuentran estables y a la exploración física presenta un buen estado general, con constantes estables y un abdomen doloros a la palpación de flanco y fosa ilíaca derechas, ademñas de puñopercusión renal derecha positiva.
En la analítica destaca: Creatinina 0'93, Proteína C reactiva 0'25, Leucocitos 11380 (Neutrófilos 5660) y orina con sangre +++, además de sedimento con hematíes 283.
A pesar de la analgesia administrada el paciente refiere continuar con cierto dolor, aún habiendo presentado mejoría evidente del mismo. Es por ello que se decide realizar ecografía clínica en la consulta de urgencias para descartar uopatía obstructiva, con difícil ventana debido a la obesidad del paciente, pero valorando un riñón derecho de aspecto desestructurado a nivel corticomedular en su polo inferior. Tras este hallazgo se solicitó TC abdomianl urgente con el hallazgo: "Masa renal derecha, de contenido predominantemente graso, sugestiva de angiomiolipoma, de hasta 12 centímetros de diámetro mayor. Asocia varios hematomas laminares perirrenales y moderado retrohemoperitoneo, sin puntos de sangrado activo evidentes en TC (Hallazgos compatibles con Síndrome de Wunderlich)".
Ante el hallazgo, se contacta con Urología de guardia, que a su vez informa a Radiología intervensionista, no considerándose al paciente subsidiario de tratamiento urgente ante la ausencia de sangrado activo en ese momento, y dado que el paciente requiere de monitorización estrecha en caso de sangrado, se acuerda con Unidad de Cuidados Paliativos el ingreso a su cargo.
El día siguiente se realiza arteriografía renal mediante abordaje femoral derecho, identificando en polo inferior renal derecho ramas arteriales aberrantes, en las que se realiza embolización selectiva con Glubran (5:1), con cese del flujo arterial.
Tras 4 días de ingreso hospitalario en planta de Urología el paciente permaneció estable, sin nuevos datos de sangrado y con escáner abdominal al alta estable respecto al previo.

CONCLUSIONES

El síndrome de Wünderlich es una hemorragia retroperitoneal espontánea, caracterizada por dolor lumbar de inicio brusco, tumoración lumbar palpable y signos de shock hipovolémico.
Se ha elegido este caso dada la presentación clínica inicial compatible con cólico renoureteral, sin datos de riesgo en la analítica y con mejoría evidente del dolor, por lo que

usualmente podría haber sido alta a domicilio con tratamiento y signos de alarma. Fue el uso de la ecografía clínica en la consulta de urgencias, ante la persistencia parcial del dolor, la que hizo replantear el caso y continuar el estudio, alcanzando el diagnóstico y pudiendo realizar un tratamiento dirigido al mismo. Esto demuestra que la ecografía en urgencias es cada vez más importante, dado lo rápida, útil e inocua que es, pudiendo en muchas ocasiones acelerar el diagnóstico o ayudar a dirigir el mismo, en especial por su valor predictivo negativo de cara al alta de los pacientes en los que podamos tener dudas.

P. #2074

TAPONAMIENTO CARDÍACO AGUDO, CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Marco Aurelio Alfaro Mora, Irene Úrsua Sánchez, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Yolanda Álvarez Colmenero, Xavier Delgado Villarroel

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 68 años de edad, previamente sano, que acude a urgencias por sensación de disnea de esfuerzo y palpitaciones intensas desde hace 5 horas. Desde hace 15 dias presenta mareo e inestabilidad, previamente relata un cuadro gripal con fiebre, malestar general y tos. No presenta dolor torácico ni opresión, pero sí una sensación de taquicardia constante que le genera gran ansiedad. No episodio de síncope. Actualmente afebril.

En el examen físico se objetiva una tensión arterial de 90/55 mmHg, con una frecuencia cardíaca en 170 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm y saturación de oxígeno a 90% aire ambiente. A la auscultación cardíaca se encuentra taquicárdico, ritmo regular, ruidos cardíacos apagados. Pulmonar con leve estertores bibasales. Se evidencia leve disgención yugular. Resto de exploración sin hallazgos significativos

Pruebas Complementarias:

Electrocardiograma (ECG): Taquicardia supraventricular regular a 170 lpm, sin poder evidenciar la presencia de ondas P.

Radiografía de tórax: Cardiomegalia sin signos evidentes de edema pulmonar.

Análisis de laboratorio: Leucocitosis (12,500/µL), PCR elevada (87,2 mg/dL), sin alteraciones significativas en los electrolitos o la función renal.

Se realizan maniobras vagales con intención de revertir la taquicardia de paciente, comenzando con clinica de diaforesis, palidez cutánea e ingurgitación yugular marcada, sin lograr un ritmo sunusal. Ante dicha respuesta se sospecha de posible taponamiento cardíaco por lo que se realiza ecocardiosciopia a pie de cama, identificandose derrame pericárdico significativo que comprime las cavidades cardíacas.

El paciente es ingresado a la unidad de cuidados intensivos para seguimiento y monitorización. Se realiza pericardiocentesis guiada por ecografía de forma urgente. Se extraen 370mL de líquido pericárdico seroso, y durante el procedimiento se observa una rápida mejoría de la distensión yugular, un descenso de la frecuencia cardíaca a 90 lpm y una notable mejoría en la presión arterial.

Se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima y vancomicina, dado el antecedente de infección respiratoria. Los cultivos y la tinción de Gram del líquido pericárdico son negativos, sugiriendo un taponamiento de etiología idiopático o viral.

El ecocardiograma de control muestra una función ventricular normal, persistiendo un pequeño derrame residual, pero sin signos de compresión significativa. Se realiza seguimiento en consulta externa de cardiología.

CONCLUSIONES

El taponamiento cardíaco constituye un sindrome clinico hemodinamico en el cual el acumulo de liquido se puede producir de manera subita o paulatina, llegando a una condición crítica que puede presentar síntomas inespecíficos, como taquicardia supraventricular, debido a la afectación hemodinámica. Con una etiología variada presenta relevancia la histroia clinica y antecedentes, de cara a la instauracion de tratamiento. En este caso, el diagnóstico temprano y el manejo urgente mediante pericardiocentesis fueron fundamentales para la estabilización del paciente, evitando un mayor deterioro hemodinámico. Siendo de gran utilidad y fundamental el úso de ecografia, ya que permite una evaluación dinámica, detectando la presencia de liquido pericardico y su efecto en la función cardiaca, con su alta sensibilidad y especificidad facilita la toma de desiciones clínicas rápidas en situaciones críticas.

P. #2076

UN BULTO EXTRAÑO EN LA PIERNA

Ana De Jesús Izaguirre Lugo[1], María Del Carmen Morante Navarro[2], Sonia Albarran Barez[2], Paola Esther Veliz Terceros[2], Ángel José Macías López[1]

1. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España
2. Centro de Salud Ávila Estación, Ávila, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 76 años de edad con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, Dislipemia y Adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) tratado con radioterapia sin evidencia de recidiva actualmente. No refiere intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Acude al servicio de Urgencias Hospitalarias por tos sin expectoración de varios días de evolución que no sabe precisar. No refiere fiebre ni síntomas catarrales días previos. Niega dolor torácico ni disnea. Refiere además notarse un bulto en la parte superior de la pierna izquierda desde hace varias semanas, indoloro, sin traumatismo previo. No otros síntomas en anamnesis por aparatos y sistemas. Exploración física : afebril , eupneico en reposo TA: 146/80mmHg FC: 59 l.p.m. Cabeza y cuello : no adenopatías laterocervicales. Tórax: Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin agregados. Abdomen: sin alteraciones . Extremidades: Tumoración en cara supero-interna de muslo izquierdo, de consistencia media – dura de 16x10 cm aproximadamente , no fluctuante, no calor local. No se observan heridas . No signos de TVP . Se solicita analítica donde no se encuentran alteraciones significativas por lo que se decide realizar radiografía de tórax donde se observan múltiples imágenes nodulares bilaterales en "suelta de globos" . Dado estos hallazgos se decide ingreso en servicio de Medicina Interna para complementar estudio. Durante su ingreso se realiza TAC de tórax: donde destacan múltiples lesiones nodulares pulmonares bilaterales de atenuación heterogénea, sugestivas de metástasis hematógenas como primera opción diagnóstica. TEP agudo dependiente de ramas segmentarias del lóbulo medio. Y Resonancia Magnética de extremidades inferiores donde se observa masa sólida hipercaptante heterogénea y de características de alta agresividad radiológica localizada en el tercio proximal de la cara anterior del muslo entre los compartimientos femorales extensor y abductor de miembro inferior izquierdo de 9x8x9 cm aproximadamente. Alta sospecha de proceso neoformativo de semiología sarcomatoide. Se decide tomar biopsia guida por ecografía y finalmente se obtiene el diagnóstico de neoplasia maligna mesenquimal de células redondas y pequeñas indiferenciado de alto grado compatible con Sarcoma .

CONCLUSIONES

Los sarcomas son reconocidos por ser un grupo sumamente heterogéneo de neoplasias malignas que se originan en las células mesenquimales del tejido conectivo. Pueden surgir en casi cualquier parte de la anatomía con lo que se conocen más de una docena de familias histológicos. Su dificultad diagnóstica radica no solo en su heterogeneidad, sino en su rareza (corresponden a menos del 1 % de todos los tumores

diagnosticados en España por año) . En general, los sarcomas son tumores de mal pronóstico con una supervivencia media unos 10 años menor que la media de todas las neoplasias malignas.
Los subtipos de sarcoma de tejidos blandos más comunes en adultos son el liposarcoma, el leiomiosarcoma y el sarcoma pleomorfo indiferenciado. La gran mayoría de los sarcomas se presenta como una tumoración de partes blandas, de crecimiento más o menos rápido, en las extremidades (sobre todo inferiores) y habitualmente precedida por algún antecedente traumático. Las guías internacionales han aceptado como regla general para sospecha de malignidad en presencia de tumoración de partes blandas las siguientes características: 1) dolor; 2) lesión de más de 5 cm; 3) crecimiento progresivo, y 4) localización profunda con respecto a la fascia subyacente. La mayoría suele producir afectación metastásica pulmonar en las fases avanzadas de la enfermedad. La resonancia magnética (RM) sigue siendo la prueba de elección para el estudio y diagnóstico de los sarcomas de partes blandas. Se debe tomar biopsia para intentar tipificar el origen celular de un tumor .
El diagnóstico diferencial de una masa de tejido blando incluye tumores benignos y malignos. Lipoma Quistes epidermoides , Schwannomas y Linfoma .

P. #2095

DISNEA DE DOS SEMANAS. DIAGNÓSTICO CON ECOGRAFÍA EN 15 MINUTOS

Isabel Puerto Flores, Juan Antonio Contreras Espejo, María Luisa Abolafia Montes, José Eduardo Cobo Muñoz, César Fernández Alcalá

Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 46 años sin hábitos tóxicos con ansiedad como único antecedente de interés que consulta por disnea de medianos esfuerzos desde hace 2 semanas y mediana tolerancia el decúbito la última semana, motivo por el que había consultado previamente en su centro de salud en dos ocasiones anteriores. Niega dolor torácico, recorte de diuresis, edemas, disnea paroxística nocturna, tos, aumento de mucosidad o fiebre.
A la exploración normotenso con tensión arterial (TA) de 121/83, 130 lpm, afebril, saturación basal de 98%.
Tonos cardíacos arrítmicos sin soplos ni roces
Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen blando depresible sin masas ni metálicas.
Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda
Se canaliza vía venosa periférica, se solicita analítica con hemograma, bioquímica, coagulación, ECG y radiografía de tórax y se realiza ecografía clínica cardíaca y torácica.
En la primera de ellas se visualiza un ventrículo izquierdo(VI) dilatado con FEVI severamente reducida, aurícula izquierda (AI) severamente dilatada con jet ligero de regurgitación mitral, flujo transmitral monofásico por fibrilación auricular (FA), vena cava inferior(VCI) de 2,2 cm con colapsabilidad inspiratoria menor del 50%, leve derrame pericárdico, raíz aórtica normal. VD ligeramente dilatado con TAPSE de 12 mm. Probabilidad alta de HTP (hipertensión pulmonar) (V máx IT 3,4 cm/sg; VCI 2,2; derrame pericárdico).
Ecografía torácica con el paciente en decúbito y sonda cónvex con presencia de deslizamiento pleural y abundantes líneas B distribuidas de manera homogénea en ambos hemitórax y derrame pleural bilateral leve.
Ecografía clinica de ambos miembros inferiores con eje femoropoplíteo permeable sin imágenes hiperecogéncias en su interior sugerentes de trombosis, vena poplítea con adecuada colapsablidad
En el ECG fibrilación auricular a unos 120 lpm sin alteraciones agudas en la repolarización.
Ante estos hallazgos se procede a sondaje vesical con administración de furosemida, bisoprolol y heparina de bajo peso molecular
La analítica presenta los siguientes resultados:
Hemoglobinas 14,9; hematocrito 48%; leucocitos 7900; 295.000 plaquetas; Creatinina 1,35; troponina 14,3 y ProBNP de 1224; DD 2600.
Posteriormente se solicitó un AngioTC de tórax que confirma cardiomegalia, derrame pericárdico leve, derrame pleural bilateral sin defectos de repleción que sugieran posibilidad de tromboembolismo pulmonar.
El paciente presenta mejoría clínica de manera progresiva presentando diuresis de 2500 cm por lo que se cursa ingreso

en Cardiología para estudio siendo dado de alta tras cuatro días en planta con diagnostico de fibrilación auricular persistente de cronología incierta con respuesta ventricular rápida e insuficiencia cardíaca pautándose tratamiento con dapaglofozina, sacubitrilo/valsartan, eplerenona, bisoprolol, apixabán y digoxina.

CONCLUSIONES

La disnea es un síntoma muy prevalente con amplia variedad de posibilidades etiológicas y no siempre es fácil establecer un diagnóstico correcto por lo que tras realizar anamnesis y exploración física la realización de la ecografía a pie de cama como complemento permite establecer el diagnóstico etiológico en muchos de los casos en breve periodo de tiempo con cierta experiencia permitiendo la consiguiente implicación en la toma de decisiones correcta en breve periodo de tiempo.
Son varios los estudios que demuestran la utilidad de la combinación de la ecografía pulmonar, cardiaca y sistema venoso de extremidades inferiores concluyendo que pueden llegar a establecer diagnóstico de etiología con disnea con una precisión del 88-90% mientras que con la valoración clínica y pruebas complementarias es de 64-80%, las líneas B bilaterales y en campos anteriores pueden diagnosticar una insuficiencia cardiaca aguda con una alta sensibilidad y especificidad.
En cuanto al diagnóstico de derrame pericárdico disfunción sistólica se acerca a una precisión del 100%.
Una exploración pulmonar y cardiaca se puede realizar en menos de 15 minutos.
Por todo esto queda claro la importancia de la realización de la ecografía a pie de cama.

P. #2102

INCOMPATIBLE CON LA VIDA

Elena García Gutiérrez[1], Ricardo Campo Linares[2], Patricia Cayuela García[1], María Del Carmen Marín Infer[1], Pedro Jara Navarro[1], Marta Arrufat Sánchez[1]

1. Hospital Reina Sofía, Murcia, España
2. Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 64 años acude a urgencias por dolor abdominal en mesogastrio, continuo, de intensidad moderada, no irradiado, de 6 horas de evolución y, no se alivia con analgesia habitual. Asocia heces con sangre roja en bolsa de ileostomía desde hace 1 hora. No nauseas ni vómitos. Afebril.
Antecedentes personales: Hipertensión Arterial, Dislipemia. Miocardiopatía dilatada con FEVI deprimida (35%) con DAI en prevención primaria, Cardiopatía isquémica con debut de SCACEST (enfermedad de 3 vasos) revascularizado. Arteriopatía periférica severa. Isquemia intestinal extensa con peritonitis aguda en 2023 (hemicolectomía derecha + ileostomía). Enfermedad Renal Crónica estadío IV.
Tratamiento crónico: Adiro 100 mg, Omeprazol 20 mg, Atorvastatina 40 mg, Bisoprolol 2'5 mg, Enalapril 5 mg, Eplerenona 25 mg. Mala adherencia.
Situación basal: dependiente para algunas actividades básicas de la vida diaria. No deterioro cognitivo.
A la exploración física; consciente y orientado, palidez cutánea, relleno capilar 3 seg, PA 132/77, FC 140 lpm, taquipneico a 32 rpm, SpO2 94% (FiO2 21%), Tª 36'2°C.
A la auscultación cardiopulmonar, tonos rítmicos sin soplos audibles con murmullo vesicular conservado. DAI en hemitórax izquierdo.
A la exploración abdominal, circulación colateral periumbilical, bolsa de ileostomía con restos hemáticos en su interior, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, muy doloroso a la palpación y, con defensa generalizada.
No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Frialdad cutánea distal.
Ecografía abdominal clínica: gas en sistema venoso portal de forma difusa, líquido libre en hipogastrio con ecos hiperecogénicos en la pared intestinal. Estómago con abundante contenido hipoecogénico en su interior. Sospecha de neumatosis intestinal.
Se decide avisar a radiología para ampliar estudio con TC abdomino-pélvico y a cirugía general para valoración.
En la analítica destaca K 5'7, leucocitosis con neutrofilia, hemoglobina 9 mg/dL, actividad de protrombina 57%. En gasometría venosa hallamos pH 7'23, pCO2 36, HCO3 11'2, lactato 28.
Se pauta 5 mg de cloruro mórfico, sonda nasogástrica y meropenem IV.
En TC abdomino-pélvico: ateromatosis con calcificaciones que ocasiona defecto de repleción de A. Mesentérica superior. Distensión de asas de intestino delgado y neumatosis en prácticamente toda su extensión. Neumatosis portal intrahepática. Discreta cantidad de líquido libre intraabdominal. No neumoperitoneo.

Cirugía general decide traslado a hospital de tercer nivel para realizar laparotomía exploradora con conclusión de "isquemia transmural de todo el intestino delgado, incompatible con la vida"

CONCLUSIONES

El diagnóstico de neumatosis intestinal e isquemia intestinal puede ser desafiante y a menudo requiere una alta sospecha clínica. La tomografía computarizada (TC) es la prueba de imagen que nos ayuda a confirmar el diagnóstico. No obstante, el médico de urgencias puede hacer uso de la ecografía clínica dada la existencia de signos ecográficos útiles para orientar el diagnóstico de esta entidad clínica y poder acortar los tiempos hasta su tratamiento definitivo. Estos signos son:

- Focos hiperecogénicos en la vena porta, que indican presencia de gas en su interior.
- Ecos brillantes excesivos: Este signo se observa como ecos puntiformes brillantes en la pared intestinal y en la luz de la vena porta. Este hallazgo puede estar asociado con neumatosis gástrica y gas portal.
- Signo del círculo: Este signo se caracteriza por la presencia de burbujas de gas dentro de la circunferencia de la pared intestinal.

P. #2107

LACERACIÓN ESPLÉNICA GRADO V TRAS CAÍDA CASUAL EN UNA MUJER

Sònia Coromina Lloret, Montserrat Carreras Rodríguez, Beatriz Lafuente González, Mariona Miquel Verdés, Irina Martín Besalú

Hospital Dr. Josep Trueta, Girona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años sin antecedentes patológicos relevantes, que sufrió una caída des de su propia altura en la vía pública tras tropezar con una irregularidad del pavimento. Inicialmente, refirió dolor abdominal difuso y múltiples contusiones leves. Fue trasladada al servicio de urgencias donde presentaba estabilidad hemodinámica (TA 99/52 mmHg), FC 88 lpm, afebril y eupneica, con dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo a pesar de analgesia y con dudosos signos de irritación peritoneal.
Actitud y manejo:
Se le realizó una ecografía Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) que reveló la presencia de líquido libre periesplénico. Posteriormente, se efectuó una tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste, que percataba una posible laceración esplénica grado III, según la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) con hematoma contenido inicialmente, pero en una segunda revisión de las imágenes se informó como una avulsión esplénica con lesión vascular grado V (según la clasificación de la AAST), con importante hemoperitoneo y extravasación activa de contraste, sin otras lesiones asociadas. En la analítica de sangre inicial no se evidenció anemia ni alteraciones de la coagulación, sólo una pequeña elevación del lactato (18mg/dL). Des de Urgencias se decidió contactar con Cirugía General y Radiología Intervencionista para valoración y manejo conjunto.
Dado el hallazgo de sangrado activo y la estabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió realizar una embolización esplénica selectiva y cauterización con microesferas reabsorbibles, junto con un vendaje compresivo, logrando el control del sangrado. Posteriormente se mantuvo la paciente en observación a urgencias, presentando ligera hipotensión, pero sin taquicardia, y precisando de soporte vasoactivo sólo durante unas horas. También se transfundieron dos concentrados de hematíes. Sin más complicaciones inmediatas, se pudo retirar el vendaje a las 24h.
La paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose estable durante el ingreso en planta, sin requerir de nuevas transfusiones ni intervención quirúrgica. Se realizaron controles seriados con hemograma y TC, observándose una adecuada involución del hematoma abdominal.
A los siete días del procedimiento, fue alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio, dieta sin restricciones, pero evitando los esfuerzos físicos abdominales y ejercicios de impacto las próximas cinco semanas, y recomendaciones sobre vacunación antineumocócica, antihaemophilus influenzae y antimeningocócica, en prevención de una posible insuficiencia esplénica tardía. En controles posteriores, se observó una completa recuperación sin eventos adversos.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo del traumatismo esplénico grave, donde la embolización desempeña un papel clave en la terapéutica conservadora en pacientes seleccionados.
La laceración esplénica grado V representa la forma más severa de traumatismo esplénico, con alto riesgo de sangrado masivo y esplenectomía de urgencia. No obstante, en pacientes hemodinámicamente estables, la embolización arterial selectiva se ha consolidado como una alternativa segura y eficaz para el control del sangrado, reduciendo la morbimortalidad asociada a la esplenectomía y preservando la función inmunitaria del bazo.

P. #2110

NO TODOS LOS DOLORES TORÁCICOS SON SOLO INFARTOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Rios Aranda, Asunción Márquez García-Salazar, María Del Mar Luque De Ingunza

Servicio de Urgencias. Hospital Jerez de la Frontera, Cádiz, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a nuestro servicio de urgencias hospitalarias, trasladada desde su centro de salud por equipo de emergencias extrahospitalarias, una paciente de 73 años en situación de edema agudo de pulmón.
La paciente presentaba como antecedentes hipertensión, diabetes mellitus tipo II con afectación renal y dislipemia. Fumadora de 2 paquetes al día hasta hace 5 años. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
La paciente comentaba aumento progresivo de disnea de un mes de evolución, empeorando en las ultimas 48 horas, hasta hacerse de reposo (NYHA IV), acompañándose de ortopnea y aumento de edemas en miembros inferiores.
Durante el traslado se había iniciado tratamiento con Furosemida 40 mg y ventilación mecánica no invasiva con presión positiva (CPAP) con mejoría clínica. La paciente no refería dolor torácico.
Se realiza analítica a su llegada presentando elevación de cifras de troponina en 238.96 ng/L. En seriación enzimática eleva hasta 8528.11 ng/L. En electrocardiograma: ritmo sinusal a 95 latidos por minuto, ondas T negativas en I y V2. Se interroga de nuevo por clínica de dolor torácico, refiriendo sensación opresiva en epigastrio, sin relación con esfuerzos, pero si acompañada de nauseas en las ultimas 48 horas.
La paciente refiere mejoría de sensación disneica tras tratamiento deplectivo; estable hemodinamicamente con saturación 96% sin aporte y con diuresis en torno a 500 mililitros en 3 horas. Sin dolor ni opresión torácica en ese momento.
Se realiza ecoscopia a pie de cama detectando función sistólica moderadamente deprimida con hipocinesia en segmentos apicales e insuficiencia mitral moderada-severa, secundaria a prolapso del velo mitral posterior con desplazamiento de este hacia aurícula izquierda durante la sístole, no pudiendo descartar que se trate de una masa adherida al velo posterior versus rotura del músculo papilar.
Durante su estancia en área de observación, la paciente comienza de nuevo con cuadro de malestar general y disnea con sudoración profusa y sensación de opresión torácica que mejora con nitratos, diuréticos y CPAP y que se acompaña de pico febril de 39°.
Se realiza nuevo control analítico donde destaca persistencia de elevación de enzimas cardiacas (Troponina 9454), presencia de leucocitosis con neutrofilia y elevación de proteína C reactiva y procalcitonina. Estos hallazgos junto con la lesión localizada en ecoscopia hacen sospechar de una posible endocarditis.
La paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se realizó cateterismo diagnóstico con enfermedad significativa de circunfleja proximal y distal.
Se solicitaron hemocultivos siendo positivos a Bacteroides Fragillis.
La paciente fue derivada a hospital de referencia con cirugía cardiaca para intervención por endocarditis mitral sobre válvula

nativa.
En revision posterior de la historia clinica, apreciamos que la paciente estaba en tratamiento con antibioterapia por sospecha de infección urinaria desde hacia dos dias.

CONCLUSIONES

Con este caso queremos resaltar la importancia de la ecoscopia en el servicio de urgencias, ya que sin esta prueba se habría demorado el diagnostico de endocarditis al presentar la paciente de forma concomitante un infarto agudo de miocardio, probablemente en relación a este proceso. Así mismo, recalcar la importancia que sigue tenido la realización de una adecuada anamnesis para valorar al paciente de forma completa y sistemática, no dejándonos guiar únicamente por el el síntoma o signo más llamativo.

P. #2123

BAZO MASIVO. ¿PUEDE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA DARNOS LA PRIMERA PISTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

Eissa Jaloud Saavedra, María Teresa Ayora Rodríguez, Juan Fabiani De La Iglesia, Rocío Guzmán Jabares, José Luis Sariego Montiel, David González Lorenzo

Hospital Infanta Elena, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 33 años sin antecedentes de interés salvo enfermedad que nos sabe nombrar (por barrera idiomática) y que se ha estudiado en país de origen (Marruecos, del que llega hace una semana para trabajo agrícola temporal). Aportará en adelante informes en Francés y Árabe. Es derivada por su Médico de Familia por dolor abdominal, astenia, disnea de esfuerzo y dolores articulares de semanas de evolución, junto con aparición desde hace unos días de lesiones dérmicas indoloras en miembros inferiores.
A la exploración, llama la atención ictericia de piel y mucosas, con buen estado general y adecuada perfusión e hidratación. Presión arterial 110/77mmHg, frecuencia cardiaca 75lpm, SatO2 con FIO2 ambiente 100%, Tª 36.1oC.
El abdomen se halla evidentemente distendido, algo doloroso y con consistencia dura-gomosa prácticamente en su totalidad, salvo quizá fosa iliaca derecha, en las que es blando y depresible. No es distinguible hígado de bazo por gran hepatoesplenomegalia. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos de interés. Escasas lesiones petequiales no palpables e indoloras en zonas declives de miembros inferiores.
Realizamos ecografía clínica en la que destaca una hepatomegalia homogénea moderada sin lesiones ocupantes de espacio, con vía biliar intra y extrahepática de calibre normal y una enorme esplenomegalia nodular, con nódulos de gran tamaño, prácticamente todos de más de 50 mm de diámetro, que abarca hipocondrio izquierdo, epigastrio, mesogastrio, flanco y fosa iliaca izquierda y mitad izquierda de hipogastrio, desplazando resto de vísceras a la mitad derecha de hipogastrio y fosa iliaca derecha (FID). Muy dudosa lengüeta de líquido libre (de muy escaso volumen) entre bazo e hígado.
Solicitamos analítica de la que destacamos anemia microcítica-hipocroma con hemoglobina 6.5 gr/dl, plaquetopenia en 87.000/µL y leucopenia de 3260/µL (con recuento normal), sin coagulopatía, con hiperbilirrubinemia leve de 1,48 mg/dl y LDH 320 U/L.
Radiológicamente es llamativo desplazamiento del luminograma intestinal a FID, sin infiltrados en Rx de tórax.
Ante la hepatomegalia, la enorme esplenomegalia y la pancitopenia, ingresamos en Observación para transfusión y valorar continuar estudio reglado en Medicina Interna en lo que nos aportan el informe.
Barajamos como diagnósticos diferenciales (algunos de ellos, no posibles en Urgencias) la cirrosis hepática con hipertensión portal que provoque hiperesplenismo, procesos hematológicos (leucemia, linfoma, síndromes mielodisplásicos…), infecciosos (malaria, VIH, brucelosis, leishmaniasis…), autoinmunes (lupus,

enfermedad de Gaucher...), enfermedades por depósito (amiloidosis, enfermedad de Wilson...).
Y antes de su paso a Observación nos aportan el informe que conseguimos traducir y del que deducimos que se trata de una enfermedad de Gaucher. Tras transfusión, consensuamos con Medicina Interna seguimiento ambulatorio precoz y confirmación de estudio genético

CONCLUSIONES

Nuevamente la ecografía clínica a pie de cama pone en valor su trascendencia en la práctica diaria del Médico de Urgencias. La exploración con ultrasonidos se ha convertido en elemento fundamental de apoyo al diagnóstico clínico, siendo uno de los elementos más disruptivos en nuestra Especialidad en las últimas décadas.
En este caso, nos disminuye la incertidumbre diagnóstica pudiendo afinar los diagnósticos diferenciales sin necesidad de intervención de Radiología (al menos de forma urgente), excluyendo patología quirúrgica y acelerando las actuaciones subsiguientes con la paciente.
La Enfermedad de Gaucher es un trastorno genético autosómico recesivo raro causado por la ausencia de la enzima glucocerebrosidasa, produciéndose acumulación de glucocerebrósidos en el sistema retículo endotelial en diversos sistemas donde provocan síntomas. Se manifiesta por hepatoesplenomegalia, alteraciones hemáticas (generalmente pancitopenia), neurológicas (astenia, hipotonía, espasticidad, convulsiones, apraxia oculomotora, ataxia...) y óseas (dolor, necrosis avascular, fracturas patológicas...)
El diagnóstico definitivo se basa en la medición de la actividad enzimática y el estudio genético. Los tratamientos aprobados hasta la fecha son el reemplazamiento enzimático (TRE) o la reducción de sustrato (TRS).

P. #2124

TENGO CALOR EN PIERNA DERECHA

Ana Belén Martínez Sánchez[1], Manuel Artes Segura[1][2], José Carlos Martínez Sánchez[3], Francisco Artés Segura[4], Rosalia Artes Segura[5]

1. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
2. Universidad Internacional UNIVERSAE, Costa Rica, España
3. Orthem, Murcia, España
4. CS Sorbas, Sorbas, España
5. Hospital Poniente, El Ejido, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 37 años que acude a urgencias por dolor y aumento de temperatura en pierna derecha con aumento de diámetro y calor de 45 horas de evolución, refiere haber sometido hace tres semanas a artroscopia de menisco interno en esa misma pierna. El paciente ha estado haciendo vida normal con mínimas limitaciones. Exploración miembro inferior derecho: Aumento de diámetro de pantorrilla. Calor y enrojecimiento. Signo de Homans +.
Se realiza analítica sanguínea con Dímero DD 3057 µg/l, resto de analítica dentro de los valores de la normalidad.
Se calcula Índice de Wells para descartar Trombosis Venosa Profunda con riesgo elevado de TVP, tras resultado analítico e índice de Wells se solicita Ecografía Doppler.
Ecografía-Doppler venoso de miembro inferior derecho a pie de cama. Se observa contenido ecogénico y ausencia de compresibilidad en relación con trombosis a nivel de la transición de los tercios proximal y medio, segmento medio y distal de la vena femoral superficial (VFS), en la vena poplítea, salida de los troncos tibioperoneos (TTP) y en los segmentos valorables (los más proximales) de las venas peronea y tibial posterior. También se identifica trombosis en varias ramas venosas del espesor del músculo gemelo y el sóleo. El cayado de la vena safena mayor, la vena safena mayor (hasta la rodilla) y la vena femoral común, no presentan contenido ecogénico en su interior y se muestran compresibles durante el estudio.
Tras diagnostico de Trombosis Venosa Profunda se decide ingreso y se administra primera dosis de enoxaparina a dosis de 1mg/kg cada 12 horas.

CONCLUSIONES

El antecedente de artroscopia de rodilla reciente es un factor predisponente clave para el desarrollo de trombosis venosa profunda (TVP).
El paciente presenta signos clásicos de TVP, como dolor, aumento de diámetro, calor y signo de Homans positivo, lo que sugiere un proceso trombótico en la extremidad afectada.
El Dímero D elevado y el Índice de Wells indicaron un alto riesgo de TVP, lo que justificó la realización de una ecografía Doppler venosa, que confirmó el diagnóstico.
La ecografía Doppler evidenció trombosis en múltiples segmentos venosos, incluyendo la vena femoral superficial, poplítea y ramas musculares, con afectación importante pero sin compromiso de la vena femoral común ni del cayado safeno.

Se decidió ingreso hospitalario e inicio de anticoagulación con enoxaparina a dosis terapéuticas, clave para prevenir complicaciones como la embolia pulmonar.

P. #2151

TAPONAMIENTO CARDIACO PARANEOPLÁSICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuria Díaz Vázquez, María Debán Fernández, Mónica Isabel Bazó Vargas

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 64 años que acudió al servicio de urgencias hospitalarias por síndrome general de meses de evolución (pérdida de más de 10 kilogramos en los últimos meses, astenia y pérdida de apetito), junto con lumbalgia de tiempo de evolución, cuya intensidad fue en aumento los días previos, además de estreñimiento desde hace dos semanas, aunque conseguía realizar deposición con laxantes. También refería episodio de micción colúrica a las 4 de la mañana y anuria de más de 12 horas. El paciente tiene como antecedentes de enfermedades previas esófago de Barret y como antecedentes tóxicos era fumador de un paquete diario de tabaco desde los 18 años de edad. Sus signos vitales mostraban una tensión arterial de 68/43 mmHg, frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto y una saturación de oxígeno de 90%. En la exploración física presentaba palidez cutánea, mal estado general e ingurgitación yugular. En la auscultación cardíaca y pulmonar no se evidenciaban hallazgos patológicos, así como en la exploración neurológica y abdominal. Sin embargo, sí que presentaba retraso en relleno capilar de más de 3 segundos en miembros superiores e inferiores, así como frialdad periférica y ausencia de pulsos en miembros superiores. Como primeras medidas terapéuticas se le proporcionó oxigenoterapia y fluidoterapia, administrándole 1000 mililitros de suero salino fisiológico. Se le solicitaron como pruebas complementarias una analítica (con hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría arterial), un electrocardiograma y una angiografía coronaria por tomografía computarizada como pruebas de imagen para descartar disección de aorta. En el hemograma se apreciaba elevación de leucocitos y neutrófilos, siendo estos 22510 por microlitro y 19410 por microlitro respectivamente, en la bioquímica destacaba elevación de la creatinina cuyo valor era de 3,12 miligramos por decilitro, de la urea, cuyo valor era de 175 miligramos por decilitro y de la troponina T, que era 91 nanogramos por litro. En la gasometría arterial el paciente presentaba un pH de 7,32, pCO2 de 14 mmHg, pO2 de 57 mmHg, Saturación de oxígeno de 86 %, bicarbonato de 12,7 milimol por litro, exceso de bases de -18,7 mmol/L y lactato de 9,50 milimol por litro. En el electrocardiograma se evidenciaban bajos voltajes en todas las derivaciones. Ante este hallazgo en el electrocardiograma junto con el mal estado general del paciente, mientras se esperaba para realizar la angiografía coronaria por tomografía computarizada, se le realizó un ecocardiograma a pie de cama, donde se evidenciaron hallazgos compatibles con taponamiento cardíaco. Por tanto, la frialdad de miembros y la anuria fueron debidas a este problema ya que había generado un bajo gasto cardíaco.

CONCLUSIONES

Debido a este hallazgo se solicitó interconsulta al servicio de Cardiología, los cuáles realizaron una pericardiocentesis, mejorando francamente el estado general del paciente. Finalmente, se canceló la angiografía y el paciente ingresó a cargo de dicho servicio, se analizó el líquido pericárdico y se le solicitó una tomografía torácico-abomino-pélvico durante el ingreso. En la citología del líquido se apreciaron células atípicas, compatibles con metástasis de un adenocarcinoma con origen primario pulmonar. En la prueba de imagen se apreció un infiltrado en lóbulo inferior izquierdo, compatible con tumor, metástasis líticas en pala ilíaca derecha y en las últimas vértebras lumbares, así como metástasis hepáticas. Ante estos hallazgos se trasladó a la planta hospitalaria del servicio de Medicina Interna y permaneció 10 días ingresado, siendo dado de alta por dicho servicio y solicitándole una consulta ambulatoria con Oncología Médica. Por tanto, dicho taponamiento era paraneoplásico.

P. #2191

NO TODO DOLOR LUMBAR ES MECÁNICO: EXPLORACIÓN DIRIGIDA Y ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA COMO CLAVES DIAGNÓSTICAS

Luis Martín Catrain Ostáriz, Sandra Martín Santervás, Sara Mateos Díez, Daniel Arias Ramírez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, exfumador reciente y bebedor ocasional, que consulta en Urgencias por lumbalgia. Había sido atendido días antes por el mismo motivo y había recibido tratamiento ambulatorio con antiinflamatorios, sin notable mejoría.

En la evaluación inicial, se detecta un cuadro de lumbalgia sin signos de alarma, por lo que se instaura tratamiento analgésico con ketorolaco y diazepam, con mejoría transitoria del dolor. Sin embargo, al revalorarse en la sala de espera, el paciente refiere incapacidad para levantarse de la silla debido a un aumento significativo del dolor y debilidad en miembros inferiores, lo que motiva su traslado al área de observación de urgencias para reevaluación completa con analítica.

Durante la nueva valoración en el área de observación, se objetiva debilidad progresiva, hiperalgesia e hiperreflexia en ambos miembros inferiores, además de signo de Babinski bilateral. Se confirma retención aguda de orina (RAO) mediante ecografía a pie de cama, lo que refuerza la sospecha de afectación medular. La analítica mostró leucocitosis de 14.390/µl y proteína C reactiva (PCR) elevada a 28,80 mg/L, indicando un proceso infeccioso activo.

Ante estos hallazgos, se amplía la historia clínica, identificando que semanas antes había presentado un absceso inguinal drenado en otro hospital, recibiendo tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico. Posteriormente, su médico de familia le pautó clindamicina durante siete días ante la persistencia de la lesión, sin que se realizara seguimiento microbiológico. Días después, el paciente desarrolló dolor lumbar progresivo hasta llegar a la situación actual.

Ante la sospecha de compresión medular, se contacta con Neurología y Neurocirugía, priorizándose una resonancia magnética urgente, que muestra colección extradural posterior a nivel T7-T10, condicionando compresión medular sin signos de mielopatía. Dado el contexto clínico, se considera como etiología más probable un absceso epidural, con Staphylococcus aureus como agente sospechoso. Se inicia tratamiento con dexametasona 8 mg IV y sondaje vesical, realizándose drenaje quirúrgico horas después.

CONCLUSIONES

1. No todo dolor lumbar es mecánico: la importancia de estar alerta ante signos de alarma. La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en Urgencias, pero la presencia de dolor persistente, síntomas progresivos o alteraciones neurológicas debe alertar sobre causas no mecánicas. En este caso, el deterioro clínico en pocas horas fue clave para sospechar una afectación medular y evitar retrasos en el diagnóstico.
2. Valor diagnóstico de la ecografía a pie de cama en Urgencias. La detección precoz de RAO en un paciente con síntomas neurológicos permitió reforzar la sospecha de afectación medular, favoreciendo un diagnóstico y manejo más ágil.
3. La importancia de los antecedentes. La historia previa de infección y tratamiento antibiótico incompleto debe alertar sobre posibles complicaciones infecciosas, como el absceso epidural, que puede evolucionar a compresión medular.

P. #2203

DOCTOR, SIENTO QUE VOY A ESTALLAR: MANEJO DE LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA MEDIANTE EL USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS

Héctor Poderoso López, Julio César Vázquez Páez
Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 78 años con antecedente de hiperplasia benigna de próstata diagnosticada hace más de 10 años y en tratamiento con tamsulosina acude al Servicio de Urgencias por cuadro de una semana de evolución de dolor y distensión abdominal que han aumentado progresivamente. Además, el paciente refiere que durante este proceso ha podido orinar pero que en los últimos días el débito miccional ha ido disminuyendo.
A su valoración, el paciente presenta regular estado general dolor abdominal de gran intensidad. A la exploración, se objetiva masa suprapúbica globulosa no pulsátil, indurada y dolorosa a la palpación, con matidez a la percusión. El paciente se presenta hemodinámicamente estable, afebril y eupneico en reposo en todo momento. Se procede a la administración de metamizol 2000 mg IV para control del dolor hasta caracterizar el cuadro.
Debido a la sospecha de patología urológica obstructiva baja, con datos de fracaso renal agudo, se decide realizar ecografía a pie de cama. Por un lado, se objetiva imagen anecoica homogénea de paredes finas y regulares en hipogastrio compatible con distensión vesical con volumen estimado de 1500 ml por retención urinaria aguda. Por otro lado y en relación a lo anterior, se observa hidronefrosis bilateral grado 3 con dilatación de los sistemas pielocaliciales.
Posteriormente, dados los hallazgos ecográficos que confirman la sospecha inicial, se procede a la colocación de sonda vesical con salida de volumen líquido de 1500 ml, con mejoría del dolor y disminución de la masa suprapúbica. Igualmente, se realiza reposición hidroelectrolítica y monitorización de la diuresis.
Durante este proceso, se realiza también un análisis de sangre, en el que se evidencian niveles de creatinina de 2.3 mg/dl (previa de 1 mg/dl), con Urea, con hemograma sin alteraciones significativas y sin datos aparentes de infección.
Tras varias horas, se reevalúa la función renal mediante nueva extracción de sangre una vez colocada la sonda y se observa disminución significativa de los niveles de creatinina sérica, con aparente corrección del fracaso renal agudo obstructivo.
Finalmente, se decide mantener sondaje vesical de forma temporal y solicitar interconsulta con el Servicio de Urología para valoración de tratamiento definitivo de su patología prostática.

CONCLUSIONES

La ecografía es una herramienta de gran utilidad para la valoración del aparato urinario. En pacientes con patología obstructiva, permite valorar el nivel de obstrucción y su gravedad mediante la medición del volumen vesical y la detección de los distintos grados de hidronefrosis. Además, permite descubrir las causas de la obstrucción, como las alteraciones prostáticas, y sus complicaciones como, por ejemplo, la rotura vesical. Por este motivo, la ecografía tiene un gran valor junto a la anamnesis y la exploración en el paciente con retención aguda de orina e incluso puede condicionar su manejo y pronóstico aunque se trate de un cuadro de evidente globo vesical como el aquí presentado.

P. #2235

SALMONELLA EN EL RADAR: UN VISTAZO ECOGRÁFICO A LO INESPERADO

Rafaela Martínez López[1], Marta Cepeda Zamorano[1], Ángela Lara López[2]

1. Hospital General de Tomelloso, Tomelloso, España
2. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 39 años sin antecedentes acude al Servicio de Urgencias Hospitalaria por cuadro de dolor abdominal generalizado tipo retortijón, deposiciones líquidas verdosas sin productos patológicos, náuseas sin vómitos y fiebre de 38.5°C de menos de un día de evolución. No transgresiones dietéticas, comenta haber comido un pincho de tortilla el día anterior. Presenta una exploración física normal y pruebas complementarias sin hallazgos significativos. Tras fluidoterapia y analgesia el paciente mejora clínicamente y se da de alta a domicilio con diagnóstico de gastroenteritis y recomendaciones, quedando pendiente de resultados de coprocultivo. A los tres días regresa a urgencias por persistencia de deposiciones líquidas y dolor abdominal más localizado en hipocondrio derecho (HD). A la exploración destaca abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible con dolor en HD, signo de murphy negativo sin signos de irritación peritoneal. En análisis destaca leucocitosis de 15000/µL con neutrofilia (Neutrófilos 86.5%), GPT 72U/L GOT 59U/L Bilirrubina total de 1mg/dl. Se obtienen resultados de coprocultivo solicitado en visita anterior donde se aísla Salmonella entérica, portadora de BLEE, resistente a antibioterapia oral y sensible a ertapenem por lo que se inicia antibioterapia, fluidoterapia y analgesia con mejoría de clínica aunque continua con leve dolor abdominal. Se realiza ecografía de abdomen a pie de cama objetivando lesión de 32 x 50 mm en parénquima hepático, hipoecoica con pequeños focos anecoicos en su interior de bordes bien definidos, con ausencia de vascularización en su interior. Ante sospecha de absceso hepático en probable relación a bacteriemia por salmonella BLEE se decide ingreso en medicina interna para estudio y continuar con tratamiento.

CONCLUSIONES

La salmonelosis es la segunda zoonosis de transmisión alimentaria más frecuente tras la campilobacteriosis. En humanos es una enfermedad de notificación obligatoria.
El contagio se debe, en la mayoría de los casos, al consumo de alimentos de origen animal contaminados, especialmente la carne de cerdo, los huevos y la carne fresca de bovino.
Se presenta como cuadro de gastroenteritis, pudiendo afectarse el bazo y sistema hepatobiliar. El absceso hepático constituye una presentación poco habitual, se diagnostica mediante estudios de imágenes y requiere drenaje percutáneo en tamaños de aproximadamente 5 cm junto con antibióticos endovenosos.
Un absceso hepáticos se puede presentan en la ecografía como una lesión hipoecoica debido a su contenido purulento, aunque en fases tempranas puede mostrar áreas más hiperecogénicas en sus márgenes, que con el tiempo se vuelven más homogéneas

y anecoicas. También puede evidenciarse heterogeneidad interna, con presencia de septos o niveles que reflejan la variabilidad del contenido. Pueden ser redondos u ovalados, de bordes bien definidos. Generalmente se aprecia ausencia de flujo vascular en el interior de la lesión
Debemos de tener en cuenta la ecografía a pie de cama como parte de la exploración física, pues es una herramienta indispensable en la práctica diaria, proporcionando un valor agregado en el manejo del paciente en una amplia variedad de contextos clínicos.

P. #2236

UTILIDAD DEL ECÓGRAFO EN URGENCIAS... A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Álvarez Tato[1], Enrique Romero Sánchez[2], Manuel Ferreiro Gómez[3], Aida Baizán Martínez Alonso[4]

1. Centro de Salud La Palomera, León, España
2. Centro de Salud La Condesa, León, España
3. Urgencias CHUAC, A Coruña, España
4. Centro de Salud Adormideras, A Coruña, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos encontramos ante un paciente de 51 años que consulta por un dolor tipo cólico en flanco derecho de 48h de evolución. El dolor lo describe como intermitente e intenso (ha ido en aumento en las últimas horas). Según refiere el paciente, en los últimos años ya ha presentado otros cuadros similares, todos ellos ipsilaterales. Además, presenta hematuria macroscópica en la recogida de la muestra de orina (refiere que le ocurre desde hace tiempo).
El paciente niega irradiación hacia miembros inferiores, niega síntomas urinarios, niega alteraciones del tránsito intestinal, niega fiebre.
Antecedentes personales de interés: Fumador activo, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad.
Revisamos el episodio de cólico renal anterior:
Acude por episodios repetidos de hematuria macroscópica, asocia dolor en flanco derecho que irradia hacia hipogastrio. Niega fiebre ni síntomas urinarios.
Se le realizó una analítica sanguínea que resultó normal y con función renal conservada. En el sistemático de orina, presentada hematuria.
Se pauta analgesia, el dolor se controla y el paciente es dado de alta con analgésicos domiciliarios.
En el episodio de hoy, pautamos analgesia y sueroterapia con nolotil 2 gramos intravenoso + 500 mililitros de suero salino fisiológico intravenoso y, solicitamos nueva analítica sanguínea con sistemático de orina.
–> Resultados analíticos:
Uroanálisis: hemo/mioglobina ++++; resto anodino.
Analítica de sangre: hemoglobina 8.6, creatinina 1.46, urea 31; resto anodino.
En el servicio estamos incluyendo la realización de ecografía clínica a pie de cama a todos los pacientes que puedan ser beneficiados de la realización de esta prueba, por lo que acudimos a realizar una ecografía a nuestro paciente.
Ecografía clínica abdominal y vía renal: destaca un riñón derecho con mala diferenciación cortico-medular, apreciándose una masa de bordes mal definidos, contenido heterogéneo, de unos 7 cm.
Por lo que solicitamos ecografía reglada, la cual confirma nuestra sospecha y nos ponemos en contacto con el servicio de Urología del hospital.
El paciente finalmente ingresa para estudio de la lesión.

CONCLUSIONES

Este paciente ya había consultado en otras ocasiones y, al tener las pruebas ordinarias normales y se conseguía el control del dolor, no se le realizó en ningún momento una prueba de imagen; prueba la cual podría haber sido determinante a la hora de la evolución de su proceso. Si conseguimos implicar a los compañeros en el aprendizaje del manejo de la ecografía, podría ser un gran aliado a la hora del diagnóstico de los pacientes y, en muchas ocasiones, reduciría el tiempo de espera de estos dentro del servicio.

P. #2249

HE OLVIDADO HABLAR ESPAÑOL

Carla Solange Zapata Mendoza[1], Sheyla Lucy Miranda Gutiérrez[1], Francisco Javier Benito Justel[2], Blanca María Martínez Alonso De Armiño[1], María Escudero Araus[1], Pamela Erica Paez García[1]

1. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España
2. Centro de salud Gandhi, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 55 años de edad, natural de rumania que vive en españa desde hace 25 años y trabaja como aparejador. Como antecedente de interés melanoma cervical en el año 2018 extirpado sin mayor repercusión ni seguimiento. No fumador. Acude a urgencias por sufrir hace 3 semanas, mordedura de su gato en el 5to dedo de la mano izquierda, en este contexto presenta mayor torpeza y pérdida de fuerza de Miembro superior izquierdo, sin asociar fiebre ni dolor articular. Ademas desde hace una semana ha olvidado el idioma español, motivo por el cual tiene problemas laborales, dado que no puede comunicarse con el resto de sus compañeros y que aunque hace el esfuerzo por recordar las palabras no puede, es como si tuviera un bloqueo mental y su mujer también observa que tiene menos reactividad de lo habitual. A la exploración física, constantes dentro la normalidad, neurológicamente tiene discreta disminución de fuerza en MSI con dismetria sutil (maniobra índice nariz) , lenguaje repite, nomina y comprende. Marcha normal y resto sin alteración aguda. Se solicita analítica con parámetros dentro la normalidad, pero ante la posibilidad de patología neurológica se solicita también tomografia cerebral y nos informan de LOES cerebrales sugerentes de metástasis. Se cursa ingreso a cargo de neurologia para completar estudios.

CONCLUSIONES

A veces la clínica neurológica es muy diversa y florida, por lo que los trastornos de lenguaje y las afasias, aunque no sean las de presentación típica (motora o de compresión) nos deben como médicos de urgencias, alertar que tenemos ante nosotros patologias que pueden pasar desapercibidas y que si escapan a nuestro conocimiento, dejan en el limbo a muchos pacientes sin diagnóstico y sin tratamiento.

AT07
URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O. #14

FASE 2 DEL ESTUDIO SYMEVECA: VENTILACIONES SINCRONIZADAS CON COMPRESIONES MEJORAN RESULTADOS EN PARADA CARDIACA

Alberto Hernández-Tejedor, Vanesa González Puebla, Ervigio Corral Torres, María Dolores Galán Calategui, María Isabel Vázquez García, Rosa María Suárez Bustamante

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El uso del respirador mecánico en la parada cardiaca no está ampliamente extendido a pesar de las actuales recomendaciones ILCOR. En los últimos años se han desarrollado nuevos modos ventilatorios sincronizados con las cardiocompresiones. La fase 2 del estudio SYMEVECA comprara el nuevo modo CCSV con el uso del balón de resucitación y con IPPV.

OBJETIVO

Primario: comparar la evolución clínica (recuperación de la circulación espontánea -RCE- y supervivencia) de los pacientes en parada cardiaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) según su modo ventilatorio (CCSV, IPPV o balón). Secundario: comparar la repercusión del modo ventilatorio en la ventilación según la gasometría.

MÉTODO

Estudio cuasiexperimental pragmático. Población de estudio: todos los pacientes en PCEH que persiste tres minutos después de la intubación precoz atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalario. Periodo de estudio: 3,5 años. Según disponibilidad los pacientes fueron ventilados durante la PCEH con respirador en CCSV (tiempo inspiratorio 205 ms), IPPV (volumen corriente 500 ml, frecuencia 12 rpm) o con balón de resucitación. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, presencia de primer interviniente, parámetros gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia y evolución neurológica (escala Cerebral Performance Category, CPC). Variables cuantitativas como media ± desviación estándar, cualitativas como porcentaje. Se realiza análisis bivariable con técnicas paramétricas (t de Student y Chi cuadrado) y multivariable con regresión logística binaria con las variables significativas en el estudio bivariable. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De las 773 PCEH registradas (RCE en el 63,9%; CPC 1-2 en el 24,3%) se excluyen 252 por recuperación muy precoz (193), dificultad en vía aérea (54) o violación del protocolo (5). Fueron mujeres el 22,8%, edad media 65±16 años y ritmo desfibrilable en el 32,7%. El tiempo medio de respuesta fue de 7,3±4,2 minutos. Hubo un primer interviniente en el 72% de los casos.

Se analizan los pacientes por grupos según el modo ventilatorio empleado: 100 en CCSV, 145 en IPPV y 276 con balón. Características basales de dichos grupos: mujeres 19% vs 18,6% vs 26,4%, p<0,001; edad 62,7±14,5 vs 64,5±16,3 vs 66,3±17,13 años, p=0,39; ritmo desfibrilable en el 31% vs 39,9% vs 29,2%, p=0,09; primer interviniente en el 76,1% vs 68,1% vs 72,6%, p=0,41; respectivamente.

El pH fue 7,01±0,14 en los dos primeros grupos y 6,96±0,15 en el grupo balón (p<0,01). La pCO2 fue 78,1±28,5 en los dos primeros grupos y 84,7±30,1 mmHg en el grupo balón (p=0,05). En CCSV el volumen medio de las insuflaciones fue de 150±78 ml con una frecuencia de 101±15 rpm y un volumen minuto administrado de 13,0±4,4 l.

Recuperaron pulso un 61% de los ventilados con CCSV, 57,2% en el grupo IPPV y 49,3% en el grupo balón (p=0,08). Comparando respirador (58,8%) vs balón (49,3%), p=0,03.

Respecto a la supervivencia global, los ventilados con respirador sobrevivieron un 17% frente al 10,9% en los ventilados con balón (p=0,03).

La supervivencia con buen resultado neurológico fue 16% en el grupo CCSV, 12,4% en IPPV y 9,4% con balón (p=0,19; p=0,07 entre los grupos CCSV y balón). Agrupando de forma dicotómica, dicha supervivencia con CPC 1-2 fue de 13,9% en los grupos con respirador frente al 9,4% en el grupo balón (p=0,11). Comprando CCSV con las dos opciones previas (IPPV+balón): 16% vs 10,5%, p=0,12.

En la regresión logística binaria solo el ritmo inicial desfibrilable demostró relación con supervivencia CPC 1-2 (OR 11 (5,4-22,2), p<0,001), seguido por ventilación en CCSV (OR 1,7 (0,8-3,6), p=0,15).

CONCLUSIONES

La ventilación con respirador mecánico durante la PCEH mejora el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación. Existe una tendencia en el límite de la significación estadística a mejor evolución clínica con CCSV.

O. #175

ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO DE PACIENTES VALORADOS POR HEMS SUSCEPTIBLES DE COLOCACIÓN DE REBOA. DATOS PRELIMINARES

Antonio Martínez García, Ruben Quintero Minguez
SESCAM, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el REBOA (Balón de Resucitación Aórtico Endovascular) es una técnica en auge para la reanimación en pacientes que presentan una patología grave en situación de shock hemodinámico refractario a tratamientos convencionales. Si bien no es una técnica definitiva, su uso nos hace ganar tiempo para poder implementar el tratamiento definitivo cuando éste sea posible. Esto hace que el REBOA sea una técnica ideal para la filosofía de los servicios de emergencias extrahospitalarias y más en particular, en el medio HEMS (Helicopter Medical Service). Por otro lado, el REBOA se ha postulado como uno de los pilares básicos en la reanimación del paciente trauma grave con shock hemorrágico y de la doctrina del control de daños en hemorragias de torso y de miembros inferiores no compresible.

OBJETIVO

Evaluar la viabilidad de la oclusión de la aorta abdominal y torácica con REBOA en los pacientes que fueron atendidos por el personal sanitario en un medio HEMS de una comunidad autónoma en España.

MÉTODO

Se diseñó un modelo de recogía de información de los informes realizados por los equipos HEMS, tanto de medicina como de enfermería desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2023.
Se realizo un estudio estadístico de las variables recogidas con las técnicas estadísticas apropiadas a las variables de estudio preespecificado. Se realiza un análisis descriptivo de la población.

- Los resultados de frecuencia se expresan en términos absolutos, como porcentajes e intervalos de confianza.
- Las variables continuas son expresadas como media (DE) y mediana (rango) según prueba de normalidad (test de Kolmogorov Smirnov).
- Para el estudio de la relación entre las diferentes variables, se utiliza Chi cuadrado o el Análisis de la Varianza si son paramétricos. Y en caso de no seguir una distribución normal, se utilizará test no paramétricos (U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, según proceda).
- Se realizará con el programa informático SPSS (IBM) v.24.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se ha obtenido una N 103 pacientes susceptibles para la colocación del REBOA. 15 (14,56%) eran mujeres y 75 (72,81%) eran varones y el resto no se ha reflejado. La edad media fue 57,7años. A la llegada de los servicios de emergencia el IS medio de los pacientes fue de 1,36 con una desviación estándar de 0,380. A la llegada al hospital, el IS medio fue de 1,25, con una desviación estándar de 0,601 . Durante algún momento de la asistencia entraron en PCR 57 (55,33%). 38 fueron pacientes trauma grave y de éstos 26 (68,4%) no entraron en PCR mientras que 12 (31,6%) si lo hizo.
Del total de pacientes sin criterios de trauma grave, 65 (63,1%), de los cuales 55 (53,4%) fueron pacientes que en algún momento de la asistencia entraron en PCR y 10 (9,7%) no presentaron PCR.

CONCLUSIONES

Actualmente tras el análisis estadístico se podría afirmar que sería viable la colocación del REBOA en los pacientes que atienden el equipo sanitario de los medios HEMS de la comunidad autónoma. Esto podría ayudar a disminuir la morbimortalidad y mortalidad de pacientes críticos en los helicópteros sanitarios

O. #344

¿ES ÚTIL EL JUEGO DE INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS "MASSCAS" CON ESTUDIANTES DE MEDICINA?: UN ESTUDIO PILOTO

Rafael Castro Delgado[1][2], Tatiana Cuartas Álvarez[2], Eva Valiño Otero[3], Gracia Garijo Gonzalo[4], César Luis Roza Alonso[2], Manuel Pardo Ríos[5]

1. Universidad de oviedo, Oviedo, España
2. SAMU-Asturias, Oviedo, España
3. SEM, Barcelona, España
4. Emergencias Osakidetza, Bilbao, España
5. UCAM, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La formación ante Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) es esencial para los equipos de respuesta, pero requiere en ocasiones de un importante esfuerzo logístico. Los ejercicios de tablero han demostrado su eficacia como herramienta formativa en IMV de una manera sencilla. MassCas ha sido desarrollado por investigadores de distintas instituciones y ha obtenido el sello de calidad ITEMAS (Plataforma de Dinamización e Innovación de las capacidades industriales del Sistema Nacional de Salud y su transferencia efectiva al sector productivo) del Instituto de Salud Carlos III.

OBJETIVO

El objetivo es analizar la autoeficacia percibida de una acción formativa breve utilizando el juego de tablero MassCas con estudiantes de 5° de medicina, identificar las fortalezas y debilidades de la herramienta y analizar la percepción de los estudiantes de medicina ante los IMV.

MÉTODO

Se diseñó una acción formativa de 2 horas (15 minutos teoría, 5 minutos briefing, 1 hora desarrollo del juego y 30 minutos debriefng) utilizando MassCas. Utilizando una metodología Mixed-Method, se diseñó un cuestionario ad hoc con variables medidas mediante escala Likert en tres dimensiones: percepción sobre la metodología (10 ítems), percepción sobre la adquisición de conocimiento (12 ítems) y percepción sobre la adquisición de habilidades (5 ítems). También se analizó mediante preguntas cualitativas la percepción de los participantes en relación con los IMV, así como las fortalezas y debilidades identificadas en la metodología mediante pregunta abierta. Se utilizó mediana y rango intercuartílico para los resultados de las escalas Likert. Para las preguntas abiertas se realizó un análisis de contenido de las respuestas. Este estudio ha sido parcialmente financiado por la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias, entidad gestora del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La muestra finalmente se compuso por 118 alumnos/as en 4 sesiones (28% hombres y 72% mujeres), con una edad media de 22,5 (DE=1,4) años. Los resultados globales por dimensión son: percepción sobre la metodología (mediana=10; IQR=2); percepción adquisición de conocimientos (mediana=10; IQR= 1); y percepción adquisición de habilidades (mediana=9; IQR= 2). Los participantes asociaron el concepto IMV a "seguridad" (45 menciones), "triaje" (44 menciones), "información "(22 menciones) o "roles" (21 menciones). Los conceptos relacionados con las emociones son "miedo" (12 menciones) y "ansiedad" (6 menciones). Las principales fortalezas identificadas por los participantes fueron el carácter dinámico, visual e interactivo. Lo definen como entretenido, realista y atractivo, destacando su innovación. Los comentarios destacan la importancia de la organización de equipos y la gestión de recursos en las simulaciones. Las principales debilidades identificadas por los participantes son el tamaño excesivo de los grupos, dificultades en la optimización del tiempo y recursos, y escaso números de alumno/as desempeñando roles activos. Las propuestas de mejora son permitir el desempeño de roles activos de un mayor número de alumnos/as, asegurar la comprensión previa de la actividad y adaptar el contenido a las necesidades de los participantes.

CONCLUSIONES

MassCas como herramienta formativa de simulación en IMV es percibida el alumnado de medicina como una metodología formativa idónea en relación a la utilidad de la herramienta y la adquisición de habilidades y conocimientos. Es necesario adaptarla a las necesidades del alumnado y aumentar la participación activa.

O. #395

DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST ATENDIDOS POR EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS EN UNA PROVINCIA ESPAÑOLA

Raquel Grado Sanz[1], Rubén Viejo Moreno[2]

1. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS), Toledo, España
2. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS), Guadalajara, España

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es una patología tiempo-dependiente donde la atención inicial por los servicios de emergencia médicos prehospitalarios (SEM-P) tiene gran importancia. Se han publicado estudios previos en los que se objetiva un infratratamiento y mayor mortalidad en las mujeres que sufren esta patología.

OBJETIVO

Analizar la influencia del género del paciente con SCACEST atendido por los SEM-P de una provincia española sobre la atención inicial y en el pronóstico durante su ingreso y a los 6 meses.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, de pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de primer episodio de SCACEST, atendidos por SEM-P y con activación del Código de Reperfusión Coronaria entre febrero de 2013 y marzo de 2024 en una provincia española con un hospital de segundo nivel. Los pacientes atendidos se dividieron en dos grupos en función de su género (masculino o femenino). También se recogieron datos epidemiológicos de los pacientes, clínica, parámetros analíticos, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), Killip-Kimball, tiempos y mortalidad. Se realizó análisis univariable de las características de los pacientes por grupos y todas las variables con $p < 0,1$ se introdujeron en un análisis multivariable para predecir mortalidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 337 pacientes con SCACEST atendidos por SEM-P. Las mujeres fueron atendidas por esta patología con menor frecuencia que los varones (17,5% Vs 82,5%). Su mediana de edad fue 63 años y en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, el más frecuente en ellas fue la hipertensión arterial (52,5% Vs 40,3%) seguido de dislipemia (45,8% Vs 38,1%) y tabaquismo (37,3% Vs 53,2%), si bien solo este último fue significativo según género ($p = 0,026$; OR 1,915 (1,07-3,41)). La clínica atípica fue el inicio del episodio en más mujeres que hombres (20,3% Vs 9,4%; $p = 0,015$) sin embargo no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) en la atención inicial por los SEM-P, ni en el segundo antiagregante administrado (Prasugrel (37,3% Vs 43,2%; $p = 0,406$), Ticagrelor (47,5% Vs 43,9%; $p = 0,616$) o Clopidogrel (8,5% Vs 9,0%; $p = 0,899$)) ni en los tiempos de latencia (60,0 Vs 60,0 minutos), asistencia (24,0 Vs 24,0) y transporte hasta hospital (14,0 Vs 15,5). Las féminas presentaban menores cifras de hemoglobina (14,0 Vs 15,3; $p = 0,000$) y creatinina (0,80 Vs 0,99; $p = 0,000$) que los varones. Una FEVI < 50% se dio más en varones (38,0% Vs 33,9%) aunque sin diferencias significativas. En cuanto a mortalidad, aunque fue mayor en mujeres que en varones no se encontraron diferencias significativas ni durante el ingreso (6,8% Vs 2,5%; $p = 0,094$) ni a los 6 meses (8,5% Vs 4,3%; $p = 0,200$).

El análisis multivariable mostró que la clínica atípica, el tabaquismo, la hemoglobina y la creatinina no son factores predictores de mortalidad para los pacientes con SCACEST atendidos por SEM-P.

CONCLUSIONES

El género de los pacientes con SCACEST atendidos por SEM-P en una provincia española con un centro hospitalario de segundo nivel no influyó sobre la atención inicial ni el pronóstico durante el ingreso ni a los 6 meses.

O. #398

PARADA CARDÍACA TRAUMÁTICA, ¿SE PUEDE HACER ALGO MÁS?

Raquel Grado Sanz[1], María Elena Moratilla López[2], Rubén Viejo Moreno[2]

1. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS), Toledo, España
2. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS), Guadalajara, España

HISTORIA CLÍNICA

El centro coordinador de urgencias (CCU) activa Soporte Vital Avanzado Medicalizado móvil (UVIm) por varón 43 años, de antecedentes desconocidos, al que unos viandantes refieren verle desplomarse en vía pública segundos antes de la llamada al 112.

A la llegada de UVIm a la escena, Policía Municipal refiere posible apuñalamiento en tronco donde se ve mancha de sangre en ropa. No hay restos del arma blanca. Paciente en prono, inconsciente con gasping y ausencia de pulso. No se objetivan hemorragias exanguinantes. Se realiza control cervical manual y volteo a decúbito supino, objetivando asimetría de tórax con hemitórax derecho aumentado de volumen y herida penetrante de unos 4 cm infraclavicular derecha sin sangrado activo. Se inicia reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada según protocolo de parada cardíaca (PCR) traumática. Ritmo inicial de asistolia en el monitor.

Se plantean como causas reversibles de PCR traumática: Hemoneumotórax, Taponamiento cardíaco y Neumotórax abierto.

Se canalizan vía venosa periférica (VVP) gruesa en miembro superior izquierdo y simultáneamente a la realización de RCP avanzada con Adrenalina 1mg intravenosa (IV) cada 4 minutos, se administran cristaloides calientes hasta 1000 ml IV y Tranexámico 1g en 100ml de salino fisiológico (SSF) 0,9% en 10 minutos. Se intuba al paciente con control cervical manual, con Airtraq y tubo endotraqueal número 8, y se realiza toracostomía con tubo de tórax en 4º espacio intercostal línea medioaxilar derecha, recuperando circulación espontánea tras 15 minutos de asistencia, con tensión arterial (TA) 66/32, frecuencia cardíaca (FC) 103 lpm, End Tidal de carbónico (EtCO2) 33 mmHg, Saturación oxígeno (SatO2) 92%. Se canaliza una segunda VVP gruesa en miembro superior derecho, y se administra Noradrenalina inicialmente a 10 ml/h, entrando de nuevo en PCR con ritmo de actividad eléctrica sin pulso, iniciándose de nuevo RCP avanzada y administrándose 1mg de Adrenalina IV, recuperando circulación espontánea tras 2 minutos de RCP, con TA 89/40 mmHg, FC 100 lpm, EtCO2 61 mmHg, SatO2 100%. Se aumenta perfusión de Noradrenalina a 40 ml/h para mantener TA.

Se sedorelaja al paciente con Etomidato 20mg y Cisatracurio 20mg y se conecta a ventilación mecánica invasiva modo volumen control. Se administra Fibrinógeno IV 20mg/kg, se conecta tubo de tórax a sistema de drenaje, y mientras se realiza traslado a la UVIm, se activa Código Trauma autorizándose traslado al centro útil más cercano.

Durante traslado se inicia perfusión de Tranexámico de 1g en 100ml SSF 0,9% a pasar en 8 horas. Glucemia 98 mg/dL.

A la llegada a centro útil: TA 91/69 mmHg, FC 78 lpm, SatO2 95%, EtCO2 34 mmHg con perfusión de noradrenalina a 40 ml/h. Drenaje por tubo de tórax: 600ml de sangre.

CONCLUSIONES

-El traumatismo torácico penetrante representa el 20-25% de las muertes por trauma en los primeros 40 años de vida.

-Revisiones de series de casos muestran mayor supervivencia en la PCR por trauma penetrante (16%) en comparación con el cerrado (0-5%).

-Si bien es cierto que la supervivencia no es elevada, un cambio de paradigma en su tratamiento modificó la creencia tradicional de la futilidad de la reanimación de estos pacientes hacia una perspectiva más optimista al menos en casos seleccionados.

-La rápida respuesta inicial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales representan pilares fundamentales para mejorar los resultados de este grupo de pacientes, a menudo jóvenes sanos.

O. #412

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN SIMULACROS DE IMV EN EL ÁMBITO DE LA URGENCIA PREHOSPITALARIA

Paula Ruiz Guindano[1], Rafael Castro Delgado[2][3], César Luis Roza Alonso[3]

1. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Navarra, Navarra, España
2. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
3. SAMU-Asturias, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

Los Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) son eventos infrecuentes pero potencialmente graves que requieren de una capacitación específica de los profesionales intervinientes. Una estrategia de capacitación es la realización de simulacros, representación realista de las situaciones previstas en un entorno seguro para los participantes. El objetivo de este estudio es valorar la percepción de utilidad de la realización de simulacros entre los participantes.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es valorar la percepción de utilidad de la realización de simulacros entre profesionales de emergencias.

MÉTODO

Investigación cuantitativa a través de un estudio descriptivo transversal. Muestra de 106 profesionales de la urgencia prehospitalaria que incluye profesionales de medicina, de enfermería y técnicos en emergencias sanitarias. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario de 49 ítems que analizaba distintas variables relacionadas con las condiciones de realización de simulacros de IMV, las características del mismo, los recursos utilizados, los medios de evaluación y la percepción subjetiva de los participantes. Se presentan los datos mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el 83,5% de las unidades recogidas en este estudio se realizan simulacros de IMV. El 69,9% de la muestra ha realizado algún simulacro en los últimos dos años, incluso 70,8% fuera del horario de trabajo y 41,7% sin compensación económica. La principal motivación fue el entrenamiento y/o actualización en situaciones de IMV concretas. Emergencias aeroportuarias (24,4%) y accidentes de tráfico (23,8%) fueron las situaciones más simuladas; sólo un 7,8% hicieron referencia a desastres naturales. El 77,8% de los simulacros contaron con algún sistema de evaluación (58,3% de ellos con inmediata posterioridad al simulacro) y en el 73,6% se notificaron los puntos de mejora a los participantes. El 88,9% consideran útil la realización de simulacros. Y finalmente el 73,6% de los participantes destacan la confianza que el ejercicio aporta para futuras situaciones reales.

CONCLUSIONES

Los profesionales que desarrollan sus labores en el ámbito de la urgencia prehospitalaria están concienciados con la importancia de realizar simulacros. Este estudio confirma la existencia de una percepción positiva por parte de los profesionales sobre utilidad de realizar simulacros, incluso sin remuneración económica.

O. #532

AGRESIONES POR ARMA BLANCA: ANÁLISIS DE LA SEVERIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS

Elena Sanz De Miguel, Jorge Carrasco Yubero, Sergio Cuerpo Lara

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Datos del Ministerio del Interior confirman la existencia de un incremento o al menos consolidación del número de agresiones por arma blanca. Un problema social, pero también un reto para los Servicios de Emergencia (SEM) que viene objetivando en los últimos años una causa frecuente de asistencia. Y no sólo desde el aspecto cuantitativo, también supone un importante desafío para estos SEM, dada la especificidad y gravedad de las lesiones. Una idiosincrasia que nos ha llevado a plantear este estudio.

OBJETIVO

Objetivo primario: describir el perfil de los pacientes heridos por arma blanca atendidos por un SEM en una gran ciudad durante los años 2023 y 2024.
Objetivo secundario: analizar la relación entre la severidad de las lesiones y diversos factores epidemiológicos, indicadores clínicos y niveles metabólicos.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo a través de una base prospectiva. Cohorte de pacientes atendidos por un SEM extrahospitalarias a lo largo de dos años a consecuencia de una agresión por arma blanca. Seguimiento de su evolución hospitalaria hasta los 7 días.
Variables epidemiológicas: datos cronológicos (mes, día de la semana, tramo horario), edad, sexo. Variables independientes: constantes vitales en la escena, tipo de arma, localización de la lesión, ecografía.
Variable dependiente: Valor del Injury Severity Score (ISS).
Análisis descriptivo: variables centrales y de dispersión. Análisis inferencial con Chi cuadrado y T de Student. Intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

181 pacientes, edad media: 30 años (DE 12,08), 164 hombres (90,6%). Epidemiológicamente, el mes de noviembre (10,5%) y los meses de verano son aquellos en los que se registran más casos, especialmente en agosto (17,1%) y julio (10,5%), siendo los sábados y domingos los días con más heridos (16% y 18,8% respectivamente). La franja horaria nocturna registró casi la mitad de los pacientes atendidos (47,5%).
La mayoría de las agresiones se realizaron con armas blancas pequeñas (75%) y un 16% con machete, siendo el tórax (38%) y el abdomen (24%) las localizaciones más afectadas.
En nuestra serie, el 16% tenían E-FAST positivo.
Las constantes iniciales medias fueron: Glasgow 14 (DE:2,08); frecuencia cardiaca 102 lpm (DE:24,7); frecuencia respiratoria: 17 rpm (DE:3,9) y presión arterial sistólica: 121 mmHg (DE:26,7).
El valor medio del ISS fue de 14,8 (DE:11,8). El 29,8% de los pacientes tenía un ISS ≥16.
Los valores medios de la analítica inicial fueron: pH 7,28 (DE:0,13); BE −6 (DE:6,1); lactato 7,9 (DE:5,31); Hb 15,7 (DE:1,74) y hematocrito 46,7 (DE:6.5).
En el análisis inferencial, no se encontró relación significativa entre la gravedad valorada por el valor del ISS y el sexo, edad, día de la semana o mes del año. Tampoco hay diferencias significativas entre gravedad y localización de la lesión, aunque sí son más graves las lesiones en tórax y cuello.
Se encontró asociación significativa entre la gravedad de las lesiones, una menor puntuación en la escala de Glasgow (13 vs 14, p <0,001) y una presión arterial sistólica baja (114 vs 125, p=0,006), así como el arma tipo machete (p=0,033).
También muestran diferencias significativas los parámetros analíticos pH, hemoglobina y hematocrito que están significativamente alterados en los casos graves (p=0,002).

CONCLUSIONES

Este estudio aporta un perfil descriptivo de las lesiones por arma blanca, destacando patrones estacionales y de horario, así como asociación entre lesiones graves y alteración en TAS y Glasgow y determinados valores analíticos.
Con las limitaciones que tiene un estudio unicéntrico, estos hallazgos pueden contribuir a mejorar los protocolos de atención prehospitalaria, permitiendo una adaptación del SEM a la distribución temporal de los incidentes, y a la identificación temprana de los pacientes con mayor riesgo de complicaciones.

O. #790

ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL DOLOR EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS GRAVES

Manuel Víctor Duran Ruiz, Antonio Romero Cano, Ester Saguillo Alcala, Eva María Valiño Otero

Sistema Emergencias Médicas (SEM), Hospitalet De Llobregat. Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El paciente politraumático grave presenta múltiples lesiones que comprometen de forma inmediata o potencial su vida, especialmente aquellos que cumplen criterios de alta gravedad. La gestión del dolor en la fase extrahospitalaria resulta esencial para estabilizar el estado hemodinámico, reducir el riesgo de complicaciones y mejorar el pronóstico.

OBJETIVO

1. Describir el perfil poblacional atendido y evaluar las pautas de analgesia utilizadas en el ámbito prehospitalario.
2. Analizar el uso asociado de escalas del dolor.
3. Identificar patrones en el uso de estrategias analgésicas multimodales.

MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal retrospectivo basado en datos de pacientes adultos incluidos como Código Politraumático Grave (PPT), atendidos por las unidades de soporte vital avanzado de un Sistema de Emergencias Médicas Prehospitalario en el período comprendido entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas registradas en la estación clínica de emergencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron 10005 politraumatismos, de los que 2913 (29,11%) cumplían criterios de gravedad. El 77,3% eran varones, la mediana de edad fue 42 años (RIC 29), 5,3% <16 años, 80,5% entre 16-65, 10,6% entre 66-80 y 3,6% > 80. El 89,4% de los casos se atendieron en via pública, el 41,4% fueron accidentes de tráfico, 29,9% precipitados o caídas y 16,23% heridos por arma blanca. El recurso aéreo participó en el 14,5% de los casos. Se identificaron 63 casos (2,1%) de parada cardiorrespiratoria traumática de los que se recuperó circulación espontánea y fueron trasladados 34 casos, con una mortalidad en el lugar del incidente del 1%. El 91,8% fueron derivados a un centro hospitalario con programa de atención al trauma grave. En 837 (28,6%) se registró la realización de la escala EVA, en los cuales se reevaluó en el 14,5% (303). El 56,8% tuvieron una puntuación RTS<12. En el 56,4% (1643) de los pacientes atendidos como PPT grave se registró tratamiento analgésico. De estos, en el 79% de los casos (1298) sólo se administró un único fármaco (71,96% fentanilo, 14,10% ketamina, 8,78% AINE, 3,24% paracetamol, 1,62% morfina y 0,31% tramadol). Del 21% restantes (345) se realizó combinación de 2 fármacos destacando en este grupo la combinación de Fentanilo-Ketamina (42,9%), Fentanilo-AINE (30,43%), Fentanilo-Cloruro Mórfico 6,67%, Fentanilo-Paracetamol 4,93%, AINES-Paracetamol 3.48%, AINES-ketamina 2,90% y Otros 2,89%. Se realizó combinación de 3 fármacos o más en el 5,8%, en el caso de triple combinación, la asociación Fentanilo-Paracetamol-AINE fue del 1,74% y Fentanilo-Cloruro Mórfico-Ketamina con 1,16%, el resto de las combinaciones triples fueron inferiores a 1%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre géneros, tanto en la realización de la escala como en los tipos de fármacos usados (p>0.05)

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes politraumatizados graves son varones jóvenes y la causa más frecuente son los accidentes de tráfico.
Solo un tercio de los pacientes tienen una evaluación del dolor registrada mediante la escala EVA, de ellos una pequeña proporción son reevaluados.
Más de la mitad de los pacientes graves reciben analgesia, no llegando a las cifras recomendadas por las guías de práctica clínica. El fentanilo es el fármaco más utilizado.
La analgesia multimodal se emplea en la quinta parte de los pacientes, siendo la combinación fentanilo-ketamina la más frecuente. En la mayoría de pacientes se requiere el uso de un único tipo de analgésico.
Es necesario mejorar el registro de la escala Eva para evaluar la adecuación y efecto del tratamiento analgésico, así como la reevaluación del dolor en el entorno prehospitalario, para garantizar un control del dolor más efectivo.

O. #1106

METABOLITOS SANGUÍNEOS Y CONSTANTES VITALES: VALOR PRONÓSTICO EN EL SHOCK NO TRAUMÁTICO PREHOSPITALARIO

Carlos Luis Villamor Sánchez[1], Sara Isabel Montero Hernández[1], Jesús Rodríguez Barroso[2], Antonia Martínez Vázquez[1], Ivan David Ferrer Navajas[1], Diego Acevedo Sanroman[1]

1. Ayuntamiento de Madrid SAMUR-Protección Civil, Madrid, España
2. Universidad Francisco y Vitoria, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Aunque podría haber indicios sobre el uso de algunos parámetros metabólicos sanguíneos y ciertas constantes vitales, como predictores de la evolución en casos de shock no traumático (SNT), todavía no se han realizado estudios amplios que lo hayan corroborado, sobre todo en el medio prehospitalario.

OBJETIVO

Describir en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria, los valores predictivos del shock no traumático. De forma secundaria, realizar un análisis descriptivo de la muestra poblacional que padeció este proceso

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo con datos prospectivos mediante informes asistenciales de pacientes atendidos en medio urbano, por un servicio de emergencias prehospitalario (SEM), por SNT del 1/07/2021 a 31/12/2024, sin límite etario. Seguimiento de los pacientes hasta los 7 días de ingreso en el Hospital. Análisis de muestra venosa en la escena, y toma de constantes precoces. Variables epidemiológicas: edad y sexo. Variables de estudio: valores de varios metabolitos y constantes. Variable dependiente: supervivencia a las 6 , 24 horas y 7 días. Variables epidemiológicas: día, mes y hora de asistencia, clínica de presentación, tipo de SNT. Análisis descriptivo: medidas centrales y dispersión. Análisis inferencial: Coeficiente de correlación de Spearman (r). Intervalo de confianza 99%. Excel y SPSS V.24.0.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

272 pacientes, 85 son mujeres (31,2%) y 187 hombres (68,8%). Edad media 60,7 años (DE+/-21,4). Epidemiológicamente los eventos ocurren más en: viernes; 44 (16,1%), julio; 37 pacientes (13,6%) y en la franja horaria de 12:00 a 18:00 horas; 111 (40,8%). La clínica más frecuente: malestar general, 50 casos (18,3%), síncope 44 (16,1%), mareo 41 (15%), fiebre 38 (13,9%) y disnea 33 (12,1%). Tipo de SNT: séptico 171 pacientes (62,8%), anafiláctico 62 (22,7%) y cardiogénico 39 (14,2%).
Valor medio de metabolitos: lactato = 3,23 milimoles/litro (DE+/-3,3), PH = 7,38 (DE+/-0,11), exceso de bases (EB) = -1,04 miliequivalentes/litro (mEq/l) (DE+/-5,16), bicarbonato (HCO3) = 23,69 mEq/l (DE+/-4,47), calcio iónico (Ca++) = 1,16 mEq/l (DE+/-0,15), sodio (Na+) = 139,21 mEq/l (DE+/-7,55) y potasio (K+) = 4,08 mEq/l (DE+/-0,62).
Valor medio de constantes: Saturación de oxígeno (SatO2) = 92,26% (DE+/-6,72), tensión arterial sistólica (TAS) = 121,99 milimetros de mercurio (DE+/-30,60), frecuencia respiratoria (FR) = 19,75 respiraciones/minuto (DE+/-6,22), glucemia = 150,81 miligramos/decilitro (DE+/-82,58), temperatura (Tª) = 38,04 grados Celsius (DE+/-0,99) y frecuencia cardiaca (FC) = 100,71 latidos/minuto (DE+/-24,85).
Correlación de Spearman: Supervivencia y metabolitos: con lactato r = -0,680 (p<0,001), con PH r = 0,415 (p<0,001), con EB r = 0,408 (p<0,001), con HCO3 r = 0,356 (p<0,001), con Ca++ r = -0,098 (p= 0,106), con Na+ r = -0,063 (p= 0,303) y con K+ r = -0,024 (p= 0.693).
Correlación de Spearman: Supervivencia y constantes: con SatO2 r = 0,364 (p<0,001), con TAS r = 0,293 (p<0.001), con FR r = -0,143 (p<0,05), con glucemia r = -0,142 (p<0,05), con Tª r = -0,083 (p= 0,172) y con FC r = -0,014 (p= 0,820).

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo el valor de los principales metabolitos sanguíneos (lactato, PH, EB y HCO3) conseguidos al inicio de la asistencia, puede ser indicativo de la posterior evolución del SNT, destacando el primero de ellos. Lo mismo sucede con la toma de determinadas constantes vitales, principalmente: SatO2, TAS, FR y glucemia, por este orden de importancia.

O. #1107

ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR COMO ESTRATEGIA POTENCIALMENTE EFECTIVA PARA MEJORAR LA AUTOEFICACIA: ESTUDIO CORRELACIONAL TRANSVERSAL

Esteban Montoya Giménez[1], María Del Carmen Rodríguez García[2], Helena Martínez Puertas[2], José Miguel Garrido Molina[3], Alba García Viola[4], Verónica V. Márquez Hernández[2]

1. Brigada de la Legión (Ministerio de Defensa), Almería, España
2. Universidad de Almería, Almería, España
3. Centro de emergencias sanitarias 061, Almería, España
4. Distrito Almería, Almería, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca continúa siendo un serio problema global de salud en todo el mundo susceptible de revisión y mejora. La alta motivación de los reanimadores podría llevar a una resucitación cardiopulmonar de alta calidad.

OBJETIVO

Analizar la motivación del personal sanitario en la resucitación cardiopulmonar y su relación con la autoeficacia.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo-correlacional transversal en una muestra de profesionales sanitarios (N=399), formada por médicos y enfermeras de cuidados críticos, urgencias y emergencias de España realizado entre 2024 y 2025. El nivel de motivación y autoeficacia se midieron utilizando la versión española del the Cardiopulmonary Resuscitation Motivation Scale (s-CPRMS) y Basic Resuscitation Skills Self-Efficacy Scale (BRS-SES) como instrumentos estandarizados válidos y fiables. Este estudio siguió las recomendaciones STROBE. Se estableció un nivel de confianza del 95% y se consideraron significativos valores de $p<0.05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los sujetos mostraron una alta motivación en la resucitación cardiopulmonar (M=4.34; DE= 0.33), con valores similares para el personal de medicina (M=4.36, DE= 0.33) y enfermería (M=4.34, DE=0.34; $p > 0.05$). El factor "importancia percibida" obtuvo la puntuación más alta, observando valores significativamente mayores en las mujeres (U=14985,500, Z=-3,358; p=0.001) y en los profesionales más jóvenes (= -.117; p=0.019). La motivación para el factor "Facilitadores de la Resucitación" resultó significativamente mayor en los profesionales que habían recibido formación en RCP durante el último año (H=7.850, gl=3; p=0.04). La alta motivación de los sujetos se asoció a una autoeficacia significativamente mayor (= .317; $p<0.001$).

CONCLUSIONES

Promover una alta motivación entre los profesionales sanitarios podría ser una estrategia potencialmente efectiva para mejorar la confianza en su capacidad (autoeficacia) para realizar una resucitación cardiopulmonar de calidad que traslade resultados post parada favorables.

O. #1317

ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO MEDIANTE ALGORITMOS DE MACHINE LEARNING

María Araceli Miró López, Javier Fernández Topham, Ervigio Corral Torres, María Isabel Vázquez García, Lorena Araceli Pérez Martos

SAMUR PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La evaluación temprana en los pacientes politraumatizados es crucial para optimizar su manejo, especialmente en el ámbito extrahospitalario. La escala NISS (New-Injury-Severity-Score) es una herramienta ampliamente utilizada y muy útil en la clasificación de la gravedad de las lesiones, especialmente en entornos hospitalarios. Sin embargo, la obtención de esta escala implica conocer, lesiones que solo es posible a través de pruebas de imagen sofisticadas, lo cual no está al alcance del medio extrahospitalario. Por otro lado, la reciente aparición de los algoritmos de machine learning(ML), ha permitido crear relaciones más complejas, en comparación con la estadística clásica, entre las variables que se usan, lo que puede permitir unos niveles de predicción más elevados.

OBJETIVO

En este proyecto, se buscó comparar la capacidad predictiva de parámetros extrahospitalarios (hemodinámicos, metabólicos y clínicos),con la escala NISS mediante algoritmos de ML. El objetivo principal de este estudio fue obtener una estimación de la gravedad del paciente de cara a conseguir mayor precocidad en el manejo de este tipo de pacientes.

MÉTODO

Estudio observacional multicéntrico de la base de datos prospectiva "Código Trauma" de 2016-2019, excluyendo el trauma craneoencefálico aislado. El NISS se calculó para cada paciente en función de variables estándar donde, se usó el valor de NISS de 32 como límite para identificar pacientes politraumatizados graves. Paralelamente, se obtuvieron las variables iniciales Edad, Sexo, pH, Lactato, Exceso de bases, Calcio, Cloro, Bicarbonato, Hemoglobina, Hematocrito, Potasio, Creatina, Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Glasgow, Saturación O2, Tensión arterial sistólica, Tensión arterial diastólica, Glucosa, Sodio, pCO2 y Tiempo de asistencia, obtenidas por el servicio de emergencias durante la asistencia. De todas estas variables, solo se incluyeron en el modelo las variables que resultaron estadísticamente significativas. El diseño del modelo de ML se basó en una red neuronal formada por dos capas de 10 y 5 neuronas, respectivamente. El modelo ha sido entrenado con el 80% de los pacientes, y validado con el otro 20%. Su rendimiento se comparó con el NISS en términos de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva ROC(ABC), además del análisis del valor SHAP para las variables más predictoras.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 1.039 pacientes del registro, 709 fueron incluidos en el estudio. Además de la inclusión del NISS, se incluyeron las 12 variables que resultaron estadísticamente significativas: Edad 40,48 (DE: 17.39); pH 7.3 (DE: 0.13); Hemoglobina 15.34 (DE: 2.1); Hematocrito 45.05 (DE: 6.22); Potasio 3.78 (DE: 0.65); Frecuencia cardiaca 98.44 (DE: 25.88); Frecuencia respiratoria 17.16 (DE: 5.5); Glasgow 12.22 (DE: 4.36); Tensión arterial diastólica 70.27 (DE: 19.2); Tensión arteria sistólica 119.11 (DE: 30.47); Glucosa 145.06 (DE: 50.38) y pCO2 47.32 (DE: 14.68).
La red neuronal obtuvo una S de 0.76, E de 0.78, VPP de 0.78, VPN de 0.64, ABC de 0.77.
Las variables más predictoras de la gravedad del paciente fueron un Glasgow bajo, valores de Glucosa, pCO2 y Edad elevados y un Hematocrito bajo, entre otros.

CONCLUSIONES

Este estudio demostró la relevancia estadística existente entre la información obtenida en la escena y el NISS. La integración de variables hemodinámicas, metabólicas y clínicas en un modelo ML, permite establecer una comparativa real y sin factores confusores, entre las variables incluidas mediante los valores SHAP. Analizando estos valores, se observa como las variables más relevantes son variables clínicas y metabólicas, por encima de la información hemodinámica del paciente. Estas nuevas relaciones, obtenidas de manera novedosa, arrojan información útil sobre los aspectos más relevantes en la gravedad del paciente politraumatizado, permitiendo tomar decisiones mejor informadas, pudiendo mejorar los protocolos de atención al paciente, mejorar la asignación de recursos, así como la toma de decisiones "in situ".

O. #1497

MANEJO DEL ESTATUS CONVULSIVO ESTABLECIDO LEJOS DEL HOSPITAL

Eva María Castro Balado[1], Antia Durán González[2], José Manuel Aguilera Luque[3], Carmen Sierra Queimadelos[4], Amparo González Blanco[5]

1. FPUS 061 Galicia, Santiago De Compostela, España
2. SERGAS, Santiago De Compostela, España
3. FPUS 061 Galicia, Mos, España
4. FPUS 061 Galicia, Vigo, España
5. FPUS 061 Galicia, La Coruña, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 33 años de edad diagnosticado de epilepsia criptogénica , sin crisis desde 2020, a tratamiento con levetirazetam 500 mg/12h. No consumo conocido de tóxicos. En los quince días previos cuadro de infección respiratoria vírica con afectación del estado general. Toma correcta de medicación prescrita.

A las 4:19 se recibe la alerta en la Central de Coordinación del Sistema de Emergencias Extrahospitalarias por una convulsión tónico-clónica generalizada y autolimitada en el domicilio del paciente. Se moviliza Ambulancia Asistencial con médico y enfermero del PAC (Punto de Atención Continuada) de la zona, ubicada a 57 Km del Hospital de referencia del paciente (45 minutos de viaje).

A su llegada el paciente está consciente y asintomático. Tras iniciar el traslado presenta nueva convulsión tónico-clónica y se le administran 10 mg midazolam intranasal, cediendo la crisis. Tras ella no llega a recuperar la consciencia en ningún momento y presenta siete episodios más, a pesar del tratamiento con 10 mg midazolam y 2000 mg levetirazetam intravenosos.

Se activa a la Ambulancia Medicalizada de la zona a las 5:27 por petición del médico del PAC. El diagnóstico de sospecha es estatus epiléptico establecido e insuficiencia respiratoria grave secundaria a broncoaspiración,

El traspaso del paciente a la Ambulancia Medicalizada se realiza a las 5:53. En ese momento el paciente presenta una saturación de oxígeno (SatO2) del 80% con mascarilla reservorio, auscultación pulmonar con roncus dispersos, glasgow 3, frecuencia cardíaca 148 latidos por minuto, tensión arterial (TA) 170/80, glucemia 265 mg/dl, afebril, con ritmo sinusal en la monitorización cardiaca. Es entonces cuando presenta dos nuevos episodios de convulsión tónico-clónica autolimitados.

Se completa perfusión de levetirazetam para administrar 60 mg/kg, con 4500mg de dosis máxima por un peso estimado de 100 kilos. Se decide intubación endotraqueal con ketamina 200 mg y rocuronio 50 mg intravenosos. Se precisa la utilización de videolaringoscopio en dos intentos por vía aérea difícil, con el apoyo de gafas nasales a 15 litros por minuto y ventilación con bolsa resucitadora con FiO2 al 100%.

La primera medición de CO2 espirado es 60 mm Hg, pero se normaliza a 40 mm Hg con ventilación mecánica volumen control: 600 ml volumen tidal, 15 respiraciones por minuto y 5 mm Hg presión espiratoria. La SatO2 se mantuvo en torno al 95% en todo momento, con FiO2 100%.

Ante el mantenimiento de taquicardia sinusal por encima de 140 latidos por minuto se sospecha la persistencia del estatus epiléptico y se inicia perfusión de ketamina a dosis de 5 mg/kg/h. Se realizó control de la TA durante el traslado, que se mantuvo en torno 140/80.

A la llegada al Hospital de referencia, a las 6:57, el Servicio de Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos se hicieron cargo del paciente.

La secuencia de tratamiento se basó en el protocolo interno " Actuación ante una crisis en las Unidades de Soporte Vital Avanzado" consensuado entre el Servicio de Emergencias Extrahospitalarias y la Unidad de Epilepsia del hospital de referencia, basado en el Documento de Consenso para el tratamiento del paciente con crisis epiléptica urgente 2020.

CONCLUSIONES

- La continuidad en la cadena asistencial del enfermo crítico en el medio extrahospitalario (desde Atención Primaria a las Unidades de Soporte Vital Avanzado) es fundamental cuando el paciente está lejos del hospital y debe tener asegurada una asistencia inicial de calidad que adelante los cuidados precisos ante una emergencia médica.
- Establecer protocolos asistenciales consensuados con los hospitales de referencia garantiza la continuidad asistencial una vez el paciente llega al hospital, sin disrupciones que condicionen su evolución.

O. #1509

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL FORMADO EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Rubén Pérez García, Susana Sánchez Ramón, Mª Jesús Giraldo Pérez, Raquel Talegón Martín, Beatriz Martín Pérez, Javier De Santiago López

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Actualmente se registran en el mundo más de 135 millones de fallecimientos anuales por causas cardiovasculares. La incidencia de reanimación cardiopulmonar (RCP) extrahospitalario a nivel mundial se sitúa entre 20 y 140 por cada 100.000 personas y la supervivencia varía entre el 2 y el 11%. En España cada año se producen más de 24.500 paradas cardiorespiratorias (PCR) de los cuales el 60% se producen en presencia de testigos.
Las recomendaciones de organizaciones como American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC) y Consejo Español de Resucitación cardiopulmonar (CERCP) indica que la RCP por testigos es de vital importancia para la supervivencia en las paradas cardiacas extrahospitalarias y que existen evidencias de que la introducción de la formación de personas lego ha mejorado la supervivencia a 30 días y un año.

OBJETIVO

Analizar las características sociodemográficas de las personas que han recibido formación para actuar ante una parada cardiorrespiratoria.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a la población de Castilla y León. Como variable dependiente: haber recibido formación de RCP (FRCP). Como variables independientes: edad, sexo, personal sanitario (PS) y personal no sanitario (PNS), lugar de residencia: medio rural (MR), medio urbano (MU), nivel de estudios: estudios superiores (ESS), educación secundaria obligatoria (ESO) y formación profesional (FP). La recogida de datos se realizo mediante una encuesta en la plataforma Google forms y el análisis de datos mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 29. Para el análisis descriptivo de la muestra: se utilizó la media. y la desviación estándar (DS) para las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas. Para comparar las medias se utilizó la prueba de t de student y la chi-cuadrado para variables cualitativas. Significación estadística: nivel de confianza del 95% (IC 95%) y p valor < 0.05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se obtuvo un tamaño muestral de 888 de los que 709 (79,8%) fueron mujeres y 179 (20,2%) fueron hombres. La edad media fue de 44,43 (DS 12,08); en mujeres 44,07 (DS 11,69) y en hombres 45,85 (DS 13,47) (p>0,05). El PS fue 76,9% y 23,1%, de los cuales FRCP PS 89,1% y PNS 10,9% (p<0,05). Recibieron FRCP 15% en varones, 64,3% en mujeres (p>0,05). Por grupos de edad tuvieron FRCP de 18-30años el 11%; de 31-45años el 32,4%; de 40-60años el 31%; de >60años 5,1% (p<0,05). Recibieron FRCP del MR el 16,7%; del MU el 62,6% (p<0,05). En cuanto a nivel de estudios FRCP con únicamente ESO el 2%; con FP 11,6% y con ESS el 65,7% (p<0,05).

CONCLUSIONES

No hubo diferencias significativas de FRCP en cuanto a la edad y el sexo. Por grupos de edad se observa que el rango que mayor formación tiene es el de 40-60. Las personas que tienen estudios superiores han recibido en mayor porcentaje FRCP, así como las personas que residen en medio urbano. Dado que la totalidad de la población ha de cumplir de forma obligatoria la educación secundaria obligatoria y la facilidad de aprendizaje de la RCP que se ha demostrado una y otra vez en colectivos legos, podría ser una gran medida la impartición de cursos de FRCP en dicha franja temporal.

O. #1765

DOBLE DESFIBRILACIÓN SECUENCIAL EN LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS Y SUPERVIVENCIA

María Araceli Miró López[1], Javier Fernández Topham[1], Ervigio Corral Torres[1], Luis Seoane Juiz[2], Alberto González Gutiérrez[1], María Jesús Matías García[1]

1. SAMUR Protección CIVIL, Madrid, España
2. SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria con ritmo inicial desfibrilable representa un desafío significativo para los sistemas de emergencias médicas. La doble desfibrilación secuencial (DDS) ha emergido como una estrategia potencialmente eficaz en casos de fibrilación ventricular refractaria tras el ensayo clínico del Dr. Cheldon Chekes(2022). Pero es posible que haga falta más evidencia para determinar el impacto de la DDS en los resultados de supervivencia con integridad neurológica.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es evaluar si la realización de DDS está asociada con una mejora en los resultados de supervivencia y recuperación neurológica(CPC I-II) en pacientes con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria(PCR), así como analizar las variables epidemiológicas y metabólicas asociadas a la aplicación de la misma.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo a través de una base de datos prospectiva continua. Pacientes atendidos por PCR por un Servicio de Emergencias(SEM) que presentaban como ritmo inicial un ritmo desfibrilable. Se aplicó DDS a aquellos pacientes que mantenían un ritmo desfibrilable tras tres desfibrilaciones simples.
Seguimiento de los pacientes hasta el alta o fallecimiento. Variables epidemiológicas y clínicas: edad, sexo, juicio clínico. Variables exposición: parámetros metabólicos al inicio de la reanimación (pH, pCo2, CO3H, EB, Lactato, Glucemia, K, Ca, Na), recuperación de pulso (ROSC) Supervivencia (CPC I-II), ritmo de salida y realización de ECMO.
Variable dependiente: Realización de Doble desfibrilación secuencial
Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis de la normalidad, Kolmogorov Smirnov. Análisis inferencial: Chi cuadrado para variables categóricas, t de Student para variables continuas. Intervalo de confianza 95%. SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

97 pacientes con una media de edad de 59,74 años(DE 15,35), 89,7% (87) fueron hombres. 27 pacientes(27,8%), La supervivencia (CPC1-2) de toda la muestra fue del 36,1% (35 pacientes). Los valores medios analíticos iniciales fueron: Glucemia;195,96(DE:99,84), EB;-5,6(DE:5,37), CO3H;22,54(DE:3,57), pH; 7,11(DE:0,64), pCO2; 60,94(DE:18,85), Na;141,30(DE:5,11), K;4,17(DE:0,99), Lactato;3,70(DE:3,7), Hb;16,53(DE:3,99) y Ca;1,24(DE:0,99).
En el análisis inferencial, el lactato mostró diferencias significativas entre los pacientes que recibieron DDS (5,75 mmol/L) y aquellos que no lo recibieron (8,06 mmol/L), p=0,007. Asimismo, la glucemia(p=0,39) y el calcio (p=0,045) mostraron también diferencias significativas, con valores más elevados en los pacientes que no recibieron DDS. También se halló una clara significación entre los pacientes que se aplicaba DDS y que eran candidatos a ECMO hospitalaria (p<0,001). No se encontró significación estadística entre los pacientes con CPC 1-2 al alta que fueron tratados con DDS y los que no, así como respecto en relación a los ROSC falleciendo simlar porcentaje de ambos grupos. El ritmo de salida de la parada en DDS se asoció a asistolia y actividad eléctrica sin pulso frente a el ritmo sinusal en desfibrilación simple. La edad no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin DDS.

CONCLUSIONES

Es de destacar, a favor de la DDS, la similar supervivencia(CPC I-II) entre ambos tipos de desfibrilación, a los pacientes a los que se les ha aplicado DDS ya han recibido previamente tres desfibrilaciones simples. Por lo tanto, consiguen rescatar a un número similar de pacientes a los de la desfibrilación simple, pero tras fallo o no éxito de esta. Sin duda, son unos resultados esperanzadores para lo que hoy es todavía una "técnica de rescate" en aquellas situaciones de fibrilación refractaria a la desfibrilación convencional
Naturalmente, el estudio tiene las limitaciones del número de casos y por ser unicéntrico, pero posibilita una nueva esperanza para los pacientes con fibrilación ventricular refractaria.
Con respecto a los resultados metabólicos, es llamativo que, a pesar de sufrir mas desfibrilaciones, el lactato, la glucemia y el Calcio, tengan valores más cercanos a a la normalidad en los pacientes con DDS. Otro motivo para continuar con el estudio

O. #1857

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTE ONCOLÓGICO DURANTE INUNDACIONES: MANEJO EN ENTORNO DE EMERGENCIA

Víctor Carmona Ribot, Guillem Roca Fontcuberta, Belén Martínez Mahía, Bernat Carola Molas, Maribel Ortiz Sánchez, Jesús Cabañas Fernández

Sistema d'Emergències Mèdiques, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 74 años, con neoplasia en tratamiento quimioterápico, que presenta cinco días de rectorragia y debilidad progresiva. Su vivienda quedó inundada hace 14 días, por lo que reside temporalmente con su hijo. Las crecidas han dejado gran cantidad de lodo y restos, complicando el acceso a los servicios sanitarios.En las últimas 24 horas, el estado general del paciente empeora, con disnea ante mínimos esfuerzos y aspecto pálido que sugiere anemia marcada. El centro sanitario de Paiporta y el coordinador de voluntarios se ponen en contacto con nuestra unidad de bomberos medicalizada (desplegada de forma preventiva en el sector) para valorar urgentemente la situación. Con un vehículo todoterreno, nos desplazamos a través de calles anegadas y llenas de barro, superando multitud de vehículos de emergencia, escombros y voluntarios trabajando. Al llegar, encontramos al paciente en un garaje donde las marcas de fango evidencian hasta dos metros de inundación. El paciente, aunque hemodinámicamente estable y sin sangrado activo, muestra clara palidez y fatiga de mínimos esfuerzos, coherentes con la anemia y la falta de descanso. Realizamos una evaluación rápida y, tras llamada telefónica al Puesto de Mando Avanzado (PMA) de Catarroja, se procede a solicitar una ambulancia de Soporte Vital Básico.Tras un intervalo de espera condicionado por los accesos restringidos, el paciente es finalmente trasladado al Hospital General de Valencia, donde recibe tratamiento específico

CONCLUSIONES

1. Conectar sistemas de comunicación
Para minimizar retrasos y asegurar la interoperabilidad, es vital instaurar canales de comunicación coordinados que sustituyan el uso de teléfonos personales y faciliten la comunicación bidireccional entre equipos asistenciales.
2. Gestión de accesos y vehículos todoterreno
La sectorización de las zonas afectadas, combinada con el empleo de
vehículos resistentes, resulta determinante en contextos de inundación donde
el acceso se complica y las vías han sufrido muchos daños.
3. Misión sanitaria y objetivos claros
Para una respuesta eficaz en emergencias, es esencial definir objetivos claros y compartidos entre todas las organizaciones implicadas. Establecer un marco de acción flexible facilita la toma de decisiones.
4. Registro clínico esencial para la práctica médica.
La integración de un gestor de voluntarios con acceso al historial clínico acelera la evaluación de los pacientes, favorece la continuidad asistencial y evita la duplicación de esfuerzos.
5. Capacidad de adaptación organizativa
La reorganización de equipos, la rápida movilización de recursos y la flexibilidad en la toma de decisiones son esenciales para adaptarse al deterioro de infraestructuras y a los cambios del entorno.
6. Aprendizaje de otras catástrofes
El paralelismo con inundaciones pone de manifiesto la importancia de la preparación previa y de contar con planes de contingencia sólidos, subrayando la necesidad de cooperación entre organismos para salvaguardar la salud pública.

O. #2077

ASISTENCIA PREHOSPITALARIA POR AGITACIÓN PSICOMOTORA: ¡NO VAMOS BIEN!

Vicenç Ferrés Padró, Àfrica De La Cruz Ramos
Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

A nivel prehospitalario, ante la agitación psicomotora, no se dispone de suficientes datos epidemiológicos-clínicos referente a su frecuencia, de cómo se lleva a cabo el manejo y si éste cumple con una seguridad y calidad asistencial adecuada.

OBJETIVO

- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que han presentado un episodio de agitación psicomotora y que han sido atendidos por unidades de soporte vital avanzado (SVA).
- Conocer el manejo y el tratamiento farmacológico realizado en este tipo de asistencias.
- Identificar errores de actuación para evitar posibles complicaciones que puedan producirse.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional de las asistencias prehospitalarias realizadas por las unidades SVA de pacientes atendidos por un episodio de agitación psicomotora durante todo el año 2024. Se registran datos epidemiológicos y clínicos obtenidos de la revisión del informe asistencial informatizado. Se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS 24.0 utilizando regresión logística binaria. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación en curso del que se ha obtenido la aprobación del Comité de Ética de investigación con medicamentos en enero de 2025.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio se asignaron a las unidades de SVA un total de 148.394 asistencias, de las cuales 2.711 (1.8%) estuvieron relacionadas con episodios de agitación psicomotora. Fueron hombres el 66%, y la edad media del total fue de 38 años (DE 18). La asistencia se realizó tanto en vía pública como en el domicilio y dentro de la primera media hora del inicio del episodio. La mayoría de pacientes refirieron tener algún antecedente patológico, siendo el psiquiátrico el más registrado en un 43%. Destaca como factor desencadenante, o asociado, el consumo de substancias tóxicas en un 10% de los afectados, predominando el consumo de alcohol. El 45% del total de las asistencias fueron derivadas a un centro asistencial mediante traslado no voluntario, requiriendo contención farmacológica (con predominio de administración de midazolam) y/o contención mecánica, donde únicamente consta su registro en el 5% de los informes asistenciales. Se evidencia un escaso y deficiente registro del monitoreo de constantes vitales, sólo en el 50% de los informes asistenciales. La dificultad en el manejo de estos pacientes y el control del entorno que les rodea, tanto para la seguridad del mismo y sus familiares, como para los que los asisten (personal asistencial y fuerzas de orden público), así como falta de formación o empatía asistencial en estos casos, podría ser una causa de estos resultados.

CONCLUSIONES

1. Las intervenciones de las unidades de SVA en pacientes con episodios de agitación psicomotora han sido predominantemente por traslados no voluntarios.
2. En cuanto a la contención farmacológica, el fármaco más utilizado en nuestro SEM han sido las benzodiacepinas seguidas de los neurolépticos, el propofol y la ketamina.
3. El método de contención mecánica aplicado no se registra adecuadamente.
4. El registro de las constantes vitales es escaso e incompleto, para conseguir una correcta monitorización continua.
5. Se han detectado posibilidades de mejora en el manejo de este tipo de asistencias, de las cuales la formación es la que proporcionaría una óptima seguridad y calidad asistencial, así como evitar la aparición de efectos adversos.

#89

RCP EN EMBARCACIONES

Itziar Gómez Parra[1][2], José Antonio Navarro López Del Castillo[1][2], Natalia Alfaro García[1][2]

1. Escuela Militar de Sanidad, Madrid, España
2. Academia Central de la Defensa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es vital para aumentar las probabilidades de supervivencia en caso de PCR. Dentro del ámbito naval, la RCP en embarcaciones supone un reto debido a las limitaciones de espacio, el movimiento del mar y la falta de acceso inmediato a recursos sanitarios avanzados.

OBJETIVO

Examinar protocolos, directrices y recomendaciones más relevantes sobre la realización de RCP y su calidad en las diferentes embarcaciones para emergencias en la mar.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática de la evidencia disponible en las bases de datos más relevantes (Pubmed, Medline, Cochrane). Así como las guías de reanimación cardiopulmonar publicadas por las organizaciones más importantes a nivel de RCP, como son: ERC, AHA, ILCOR.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se encontraron 2 estudios observacionales en pacientes que han sido sometidos a una RCP en embarcaciones y 4 estudios de simulación en maniquíes. Existen escasos estudios sobre la efectividad de la RCP en embarcaciones. Las organizaciones más relevantes (ILCOR, AHA, ERC) contemplan algunas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas basadas en dichos estudios.

CONCLUSIONES

En el mar, el tiempo de respuesta y la calidad de la RCP realizada por la tripulación es determinante. La RCP en embarcaciones puede ser factible si los rescatadores están capacitados y determinan que es posible y seguro intentar la reanimación. Si la seguridad se ve comprometida, se puede demorar la RCP hasta llegar a tierra. Es importante la formación a los rescatadores de las embarcaciones para la realización de RCP y uso de DEA en las embarcaciones disponibles en nuestro medio, para mejorar las habilidades en el manejo de este tipo de situaciones. La escasez de estudios disponibles nos abre nuevas líneas de investigación para aportar evidencia científica sobre el tema a estudio.

P. #125

LA SEGURIDAD DEL EQUIPO EN LOS ACCIDENTES DE TRÁFICOS: 360°

Marta Pellicer Gayarre, Celia González Blasco, Lázaro Jiménez Clemente, Patricia Sebastián Villán

Bomberos, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tráfico generan múltiples peligros para el profesional sanitario, tanto por la hostilidad del entorno donde se dan, como por la dificultad en el abordaje de las víctimas. Por lo tanto, antes de iniciar nuestra intervención deberemos colocarnos los Equipos de Protección Individual e identificar y neutralizar los riesgos, para hacer el lugar del suceso lo más seguro posible. Los equipos de protección individual deberán responder a las normas UNE-EN. Constará de los siguientes elementos:

- Uniforme anticorte adecuado, como puede ser un mono de intervención, considerado EPI de categoría III: ignífugo, ergonómico, de alta visibilidad y con refuerzos en rodillas y trasero. El equipo sanitario deberá llevar chalecos identificativos.
- Casco de protección reflectante con cierre del barbuquejo. Poseerá un soporte para linterna y gafas integradas anti-vaho y anti-arañazos.
- Guantes anticorte que protegen frente a cortes, abrasión, desgarramiento y perforación.
- Guantes de nitrilo desechables colocados debajo y encima de los guantes anticorte.
- Mascarilla protectora buco-nasal para disminuir la exposición al polvo ocasionado durante el tratamiento de cristales.
- Botas de intervención con puntera reforzada, aislante de la electricidad y del agua y con la suela antideslizante

El reconocimiento debe realizarse una vez hemos bajado de los vehículos y el área está protegida contra posibles accidentes. El jefe mando de la intervención, el equipo de rescate (bomberos) y el equipo sanitario deberá realizar una vuelta de 360° al escenario del accidente. Se realizará respetando la distancia de seguridad y con el fin de identificar riesgos y peligros concretos: inestabilidad del vehículo, derrame de combustible, riesgo de fuego o explosión, electrocución, rotura de cristales…

Además, el personal sanitario deberá identificar el número, ubicación y estado de los heridos, así como indicadores que hagan sospechar que alguno de los ocupantes ha podido salir despedido del vehículo

El equipo de rescate deberá identificar todos aquellos riesgos que puedan comprometer el trabajo seguro de los equipos o complicar el estado de los heridos. Se procederá a identificar los riesgos y a neutralizarlos.

Una vez que la escena es segura, la primera prioridad será facilitar un abordaje seguro del sanitario al vehículo, valorando por parte del equipo una estabilización del mismo.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es detectar si la aplicación de un protocolo de actuación conjunto y el uso de EPI adecuados minimizan los riesgos de lesión para los intervinientes en accidentes de tráfico con víctimas atrapadas

MÉTODO

El estudio realizado es de tipo retrospectivo observacional para ello hemos revisado las intervenciones realizadas en accidentes de tráfico de un servicio de emergencias extrahospitalaria integrado en un Cuerpo de Bomberos.
El periodo de revisión son 3 años. Se incluyen todas la intervenciones que ha requerido rescate de víctimas atrapadas en accidentes de tráfico.
Se exluyen del estudio los accidentes de tráfico donde no ha existido asistencia sanitaria .

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En nuestra revisión hemos observado que la aplicación de un protocolo conjunto con normas de seguridad aplicadas en el escenario y el correcto uso de los EPI minimizan el riesgo de lesiones. No hemos observado lesiones mayores únicamente algún caso de lesión menor

CONCLUSIONES

La realización de la vuelta de 360° en el escenario de un accidente de tráfico , realizada por el mando de bomberos junto al jefe del equipo sanitario, antes de iniciar la asistencia inicial a las víctimas, es fundamental para garantizar la seguridad de los equipos intervinientes.
Con este estudio podemos concluir que la existencia de un protocolo de actuación conjunto sanitario-bomberos minimiza el riesgo de lesión para los intervinientes

P. #157

RELACIÓN ENTRE LA MIGRAÑA Y LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD VASCULAR AGUDA EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS

Javier Martínez Ariño, Javier Ramos Tellez, Luis Ángel Casas garcía, Miguel Ángel Ruiz Pérez, María Boya Sánchez, María Ángeles Tur Rodríguez
Samur, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La migraña es una patología neurológica común que se presenta frecuentemente en servicios de emergencias extrahospitalarias. En este estudio se pretende describir el perfil clínico de los pacientes que presentan migraña, analizando factores como la edad, el sexo, las constantes vitales y los códigos iniciales por los que son atendidos. Además, se explora si existe alguna relación entre la migraña y la presencia de patología cardiovascular.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo principal describir el perfil epidemiológico de los pacientes con migraña y determinar si existen factores asociados a la coexistencia de patología cardiovascular en este tipo de pacientes.

MÉTODO

Se analizaron 532 casos de migraña atendidos en un servicio de emergencias extrahospitalarias. Los datos incluyen la distribución por sexo, edad, códigos de atención y constantes vitales. Además, se compararon los casos con patología cardiovascular y sin ella, para evaluar la existencia de diferencias significativas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de tipo retrospectivo. El estudio muestra que el 57,1% de los pacientes eran mujeres, mientras que el 42,9% eran hombres. La media de edad fue de 40,25 años, con un rango amplio entre los 0 y 90 años. El código de atención más frecuente fue el relacionado con patología cardiovascular (47,7%), seguido por patología neurológica (26,1%). No se encontraron diferencias significativas en las constantes vitales, edad o sexo entre los pacientes con migraña que presentaban patología cardiovascular y aquellos que no la presentaban.

CONCLUSIONES

Aunque no se observaron diferencias significativas entre los pacientes con migraña y la presencia de patología cardiovascular, el estudio aporta un perfil descriptivo detallado de los casos de migraña atendidos en el ámbito extrahospitalario. Este perfil puede servir como base para futuras investigaciones en la relación entre migraña y comorbilidades cardiovasculares.

P. #207

CASO CLÍNICO: SEGUNDOS QUE SALVAN VIDAS: ESTRATEGIAS CRÍTICAS EN EL MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO

Carmen María Mengual González
Hospital Clinic, Sant Joan Despi, España

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente atendido en un entorno prehospitalario tras un accidente de tráfico con politraumatismo y signos de shock hipovolémico. Este informe resalta la importancia de la evaluación rápida, la intervención temprana y la coordinación efectiva con el centro hospitalario de referencia.
Introducción:La atención extrahospitalaria en situaciones de emergencia es crucial para la supervivencia de pacientes con lesiones críticas. Las decisiones tomadas en los primeros minutos pueden influir significativamente en el pronóstico. El shock hipovolémico, frecuente en politraumatismos, requiere un manejo inmediato para minimizar la mortalidad.
Presentación del Caso:Varón de 40 años, sin antecedentes médicos relevantes, involucrado en un accidente de tráfico de alta energía. A la llegada del equipo de emergencias, el paciente está consciente pero desorientado, con palidez, diaforesis, taquicardia (HR 130 lpm) e hipotensión (TA 80/50 mmHg). Se observan deformidades en el fémur izquierdo y un tórax inestable.

OBJETIVO

Analizar la importancia de la evaluación rápida y la intervención precoz en el manejo extrahospitalario de pacientes con shock hipovolémico para mejorar los resultados clínicos y la supervivencia.

MÉTODO

Evaluación y Manejo Extrahospitalario:
Valoración rápida ABCDE.
Aseguramiento de la vía aérea con oxígeno a alto flujo.
Acceso venoso periférico con administración de cristaloides en bolos.
Aplicación de un vendaje compresivo y estabilización del fémur con tracción.
Control de hemorragias externas.
Monitorización continua y preparación para traslado urgente al hospital de referencia.
Evolución:Durante el traslado, el paciente muestra mejoría parcial de la perfusión periférica, aunque persiste la inestabilidad hemodinámica. A su llegada al hospital, se realiza transfusión masiva y cirugía de control de daños. Tras una evolución en UCI, el paciente se recupera satisfactoriamente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este caso destaca la importancia del manejo precoz del shock hipovolémico en el entorno extrahospitalario, así como la relevancia de la formación continua del personal de emergencias para la toma de decisiones críticas en situaciones de alta complejidad.

CONCLUSIONES

El manejo extrahospitalario eficiente, basado en una evaluación sistemática y un tratamiento rápido, es fundamental para mejorar la supervivencia de pacientes politraumatizados con shock hipovolémico.

P. #274

ARRITMIAS CARDÍACAS EN UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO

Anna Portabella Serra, Joan Casadevall Castella, Àngel Olucha Cañizares, Carme Ruiz Ramírez, María Del Mar Sala Anglarill, Ester Sala Barcons

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España

INTRODUCCIÓN

Las arritmias cardíacas representan una causa frecuente de asistencia en las unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA). Su correcto abordaje es esencial para mejorar la evolución clínica de los pacientes y optimizar los recursos sanitarios. Este estudio analiza la incidencia, tipos de arritmias atendidas, características demográficas, tratamientos administrados y destino de los pacientes en un servicio de emergencias extrahospitalario.

OBJETIVO

Describir la epidemiología y el manejo terapéutico de las arritmias cardíacas en nuestra unidad de SVA, identificando patrones de atención y eficacia de los tratamientos.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de los casos de arritmias atendidos entre 2018 y 2024 en un servicio de emergencias extrahospitalarias. Se analizaron datos de incidencia, tipo de arritmia, características poblacionales, tratamientos administrados (farmacológicos y no farmacológicos), lugar de asistencia y destino hospitalario.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se registraron 491 casos de arritmias sobre un total de 7584 pacientes atendidos (6,47%). Las arritmias supraventriculares fueron las más frecuentes (82,1%), con la fibrilación auricular (FA) liderando la incidencia (47,7%). La edad media de los pacientes fue de 69,93 ± 18,21 años, con un rango de 8 meses a 103 años. El 53% fueron mujeres. En cuanto al tratamiento, el 56,4% recibió tratamiento farmacológico, siendo la amiodarona (27,9%), los betabloqueantes (22,6%) y la adenosina (17,6%) los más utilizados. Un 5,3% requirió maniobras no farmacológicas, como la cardioversión eléctrica (100% bajo sedación) o maniobras vagales. El 38,3% no requirió tratamiento específico. El 54,6% de las asistencias se realizaron en domicilios y el 35,6% en centros sanitarios. El 81,2% de los pacientes fueron trasladados al hospital, mientras que el 18,8% fueron dados de alta en el lugar de atención. De los pacientes trasladados, sólo el 3.9% presentaban inestabilidad hemodinámica a la llegada al centro hospitalario.

CONCLUSIONES

Las arritmias constituyen una parte significativa de las emergencias cardiovasculares extrahospitalarias. La fibrilación auricular es la más prevalente y su manejo incluye predominantemente fármacos antiarrítmicos y betabloqueantes. La mayoría de los pacientes son atendidos en sus domicilios y requieren traslado hospitalario. El abordaje en SVA permite estabilizar a la mayor parte de los pacientes, con un bajo porcentaje de inestabilidad hemodinámica al ingreso hospitalario. Este estudio resalta la importancia de la optimización de protocolos de actuación para mejorar la asistencia prehospitalaria de las arritmias.

P. #353

ESTUDIO OBSERVACIONAL AMBISPECTIVO MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR UN PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA ENTRE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS Y HOSPITALARIOS

María Del Carmen Martínez Caballero, Joaquín Antonio Rendo Murillo, Cristina Horrillo García, Marina Gómez-Morán Quintana, Ricardo Castillo Rubio, Alberto Sanz Fernández

SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es una patología grave, constituyendo una de las enfermedades atendidas con más frecuencia por los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y extrahospitalarios (SUEH). La ventilación mecánica no invasiva (VNI) ha demostrado ser efectiva con una evidencia IA1-2 en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada (AEPOC) y el edema agudo de pulmón (EAP) en los SUH, reduciendo morbimortalidad, estancia hospitalaria y complicaciones3-5. Sin embargo, los estudios de la aplicación de esta terapia en los SUEH son más escasos6-10. El estudio más reciente es el estudio VentilaMadrid11, cuyos resultados muestran que el uso de la VNI en la cohorte de los SUEH reduce la mortalidad y estancia intrahospitalaria. Un resultado trascendental es que al 25% de los pacientes ventilados con VNI por los SUEH al llegar al hospital se les retiraba la VNI durante la transferencia sin realizar gasometría ni otras pruebas. Estos pacientes no tenían limitación de techo terapéutico. No obstante, fallecían el 30%, es decir se multiplica por 8 el riesgo de muerte al retirarles la VNI durante la transferencia. Diversos estudios hablan sobre los problemas que existen entre la transferencia de los pacientes entre dos niveles asistenciales sanitarios diferentes, y la vulnerabilidad de los pacientes durante dichas transferencias12,13. Sin embargo, los resultados del estudio VentilaMadrid11 arrojan resultados que hacen reflexionar seriamente sobre la retirada de la VNI en la transferencia, y que plantean la necesidad de realizar estudios como este.

OBJETIVO

-Principal: determinar si la aplicación de un protocolo de transferencia entre los SUEH y hospitalaria en pacientes con EAP y/o AEPOC tratados con VNI reducirá estancia hospitalaria, mortalidad, ingresos en UCI, complicaciones y reingresos/ reconsultas a urgencias a los 30 días. – Secundarios: 1) analizar si los pacientes tratados con VNI en los SUEH tienen la hiperoxia, 2) analizar la frecuencia del uso de morfina pacientes tratados con VNI en los SUEH.

MÉTODO

Estudio observacional, multicéntrico, analítico, longitudinal y ambispectivo, en el que se comparan los datos de los pacientes con VNI en la cohorte extrahospitalaria de un estudio previo similar con los reclutados de forma prospectiva tras la implantación de este protocolo de transferencia. Se reclutarán 202 pacientes tras la implantación del protocolo que se compararán con los 184 pacientes reclutados en la cohorte extrahospitalaria del estudio previo mencionado. Se realizarán análisis del resultado principal (mortalidad intrahospitalaria) y de los resultados secundarios (estancia hospitalaria, reingresos y reconsultas a los Servicios de Urgencias en 30 días, porcentaje de ingresos en UCI y complicaciones). Incluirán análisis descriptivos de las características de los pacientes, así como análisis bivariantes y multivariantes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este estudio proporcionará datos sobre el manejo de la VNI por los SUEH en pacientes con EAP y AEPOC, así como durante la transferencia entre en SUEH y el SUH. Los resultados contribuirán a la evidencia existente sobre los beneficios de la implantación precoz de la VNI en el contexto de los SUEH y la importancia de no retirar la VNI durante la transferencia entre estos dos niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

Por otro lado, subraya la importancia de una capacitación formal estandarizada para los médicos y enfermeras que trabajan en los SUH y SUEH. Finalmente, se hará un análisis descriptivo sobre ciertos puntos terapéuticos como la hiperoxigeneación o el uso de la morfina en pacientes con EAP y/o AEPOC , actualmente desaconsejada 14,15.

P. #980

EXPERIENCIA DE UN HELIPUERTO HOSPITALARIO TRANSFRONTERIZO DE MONTAÑA. ¿ESTAMOS HACIENDO LAS COSAS BIEN?

Iñigo Soteras Martínez[1], Ivan Torres Fernández[2]

1. Hospital de Cerdanya. Servei de Emergencias Médicas (SEM), Lleida, España
2. Hospital de Cerdanya. Servei de Emergencias Médicas (SEM), Puigcerda, España

INTRODUCCIÓN

El Hospital Transfronterizo de Cerdanya, gestionado por la Agrupación Europea de Cooperación Territorial (Cataluña, Francia y España), está situado en la zona central de los Pirineos Catalanes y se encarga de la atención médica y de la patología de montaña en la comarca transfronteriza de la Cerdanya.
La comarca de la Cerdanya tiene una población de 32.000 habitantes (18.000 españoles y 14.000 franceses) pero puede llegar a cuadriplicar estas cifras en algunas épocas del año. Su economía se basa en el turismo, especialmente en la práctica deportiva de montaña. Es el hospital de referencia de 18 estaciones de esquí, así como de bike parks y multitud de eventos deportivos nacionales e internacionales.
La comarca está rodeada de montañas que alcanzan los 3.000 metros de altura, por lo que tiene un clima complicado durante el invierno con nieve y hielo, que complica el acceso por carretera. En los meses de verano la carretera puede verse bloqueada por la gran cantidad de coches turísticos.
El Hospital de la Cerdanya es un centro de traumatología de nivel III, por lo que necesita trasladar a los pacientes más graves a otros de nivel asistencial superior. La distancia por carretera a los centros de referencia es importante; 2 horas a Perpignan, 3 horas a Montpellier (en el lado francés) y 1 hora 45m a Barcelona (en el lado español). Por este motivo, desde su inauguración se construyó un helipuerto para facilitar la recepción de víctimas con una gravedad adecuada y trasladar a las graves.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de 5 años de un helipuerto hospitalario transfronterizo de montaña.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo. La información se extrajo de los registros operativos del helipuerto del Hospital de la Cerdanya desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2023. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de la Cerdanya.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En los 5 años de estudio se realizaron 537 intervenciones aéreas, lo que puede representar el 12% del total de intervenciones médicas prehospitalarias en la Comarca de la Cerdanya.
De las intervenciones totales, el 62,2% (334) fueron traslados de pacientes a hospitales de referencia, el 58,7% (196) a hospitales franceses y el 41,3% (138) a hospitales españoles. De ellos, 71 (21,3%) fueron traslados nocturnos (41 (57,7%) a España y 30 (42,3%) a Francia). Durante este periodo, se recibieron 203 (37,85) pacientes (97,5% mediante helicópteros SAR), 152 (74,9%) desde Francia y 51 (75,1%) desde España. Francia realizó 16 rescates nocturnos.

CONCLUSIONES

Debido a las condiciones de aislamiento de la Comarca de la Cerdaya y al predominio de patologías tiempo-dependientes tratadas por el Hospital de la Cerdanya, se justifica un alto porcentaje de traslados aéreos.
Un número tan elevado de recepciones en helicóptero para un Hospital de Nivel III se debe al aislamiento del lugar ya que los helicópteros SAR deben trasladar a las víctimas al centro sanitario más cercano. Otra razón es el origen transfronterizo de las víctimas.
Aunque sabemos que las operaciones nocturnas son más peligrosas, las causas de aislamiento anteriormente mencionadas, la distancia por carretera y el tipo de patología justifican el número de operaciones nocturnas.

P. #983

BATIR EL CICLO DE LOS DESASTRES. LA DANA

Luis Roberto Jiménez Guadarrama[1], Yolanda Villalón Alvarado[2], Carlos Manuel Prados Arredondo[1]

1. CES 061. SP Granada, Granada, España
2. HRU Málaga, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Las recientes inundaciones en Valencia han puesto de manifiesto la vulnerabilidad de la población ante desastres naturales. Estos eventos generan un impacto significativo en la salud, la infraestructura y la economía, subrayando la importancia de una preparación adecuada. El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres enfatiza la necesidad de estrategias de prevención y respuesta que disminuyan la morbilidad y mortalidad asociadas. Dentro de este enfoque, la autoprotección y la formación de la población y los profesionales sanitarios juegan un papel clave en la mejora de la resiliencia comunitaria.

OBJETIVO

Analizar el ciclo de los desastres y su aplicación en la gestión de inundaciones.
Evaluar el impacto de la formación en autoprotección sobre la respuesta individual y comunitaria.
Proponer estrategias para la mejora de la preparación y actuación ante emergencias en poblaciones vulnerables.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la gestión de desastres, con especial atención a la fase de preparación y respuesta ante inundaciones. Se consultaron fuentes oficiales como el Marco de Sendai, así como estudios sobre resiliencia comunitaria y estrategias de autoprotección. Asimismo, se analizaron casos recientes de inundaciones en España para contextualizar las propuestas de mejora.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El ciclo de los desastres consta de cuatro fases: mitigación, preparación, respuesta y recuperación. La mitigación implica identificar zonas de riesgo, mejorar infraestructuras y sensibilizar a la población. La preparación debe incluir formación en autoprotección, planes de evacuación y simulacros.
Durante la respuesta, es esencial la activación de alertas tempranas y una comunicación eficaz para evitar conductas de riesgo. La coordinación entre equipos de rescate y personal sanitario es clave para una asistencia eficiente, priorizando la atención a personas vulnerables.
En la recuperación, la rehabilitación de zonas afectadas y el análisis post-emergencia permiten mejorar estrategias futuras. La evaluación de la respuesta es esencial para corregir deficiencias. La formación en autoprotección es crucial para que la población conozca medidas básicas, como preparar kits de emergencia y seguir protocolos ante alertas. El personal sanitario debe recibir capacitación en medicina de desastres para mejorar su actuación.
Los simulacros permiten evaluar planes de emergencia y sensibilizar a la comunidad. La mejora de los sistemas de alerta temprana debe acompañarse de campañas que fomenten su uso y confianza.

CONCLUSIONES

Reducir el impacto de las inundaciones requiere prevención, preparación, respuesta eficaz y recuperación planificada. La formación en autoprotección y la planificación adecuada fortalecen la resiliencia comunitaria y reducen la morbilidad y mortalidad.
Es esencial mejorar la educación en gestión del riesgo, fomentar la participación en simulacros y optimizar los sistemas de alerta temprana para una respuesta más eficaz.
Aprender de eventos recientes y aplicar estrategias basadas en evidencia permitirá minimizar pérdidas humanas y materiales, protegiendo mejor a la población ante futuras emergencias.

P. #1316

CUANDO LAS VÍCTIMAS SUPERAN A LOS RECURSOS, SACA LOS COLORES

Clara Cañardo Alastuey[1], Inés Cañardo Alastuey[2], Jorge Muñoz Cobeño[1], Enrique Capella Callaved[1], Mónica Betrán Piracés[1], Carolina Loscertales Conte[1]

1. 061 Aragón, Huesca, España
2. Hospital universitario San Jorge, Huesca, España

HISTORIA CLÍNICA

Nos avisan por accidente de tráfico con dos vehículos implicados y parece que hay 4 heridos y un fallecido. Nos confirman que bomberos y guardia civil están activados.
Llegamos al lugar, todavía de noche, la ambulancia de SVA (médico, enfermera y TES-conductor) a la vez que bomberos encontrándonos varios vehículos implicados en choques por alcance. Tras una evaluación rápida de la escena observamos que el accidente grave está más adelante por lo que vamos hacia allí. Nos encontramos dos vehículos en medio de la calzada de la autovía, uno cruzado sin ocupantes y el otro impactado frontalmente con dos ocupantes de mediana edad (paciente 1 y paciente 2) en el interior. En el carril izquierdo de la calzada hay 2 varones jóvenes, uno tumbado boca arriba (paciente 3) y otro sentado sobre el asfalto (paciente 4) acompañados por los alertantes. Todos están con mantas para prevenir la hipotermia. Hay otro varón joven junto al guardarrail en decúbito prono (paciente 5), que está inconsciente y sin respiración espontánea. Parece ser que tras la pérdida de control del primer vehículo en el que viajaban 3 jóvenes y que han salido por su propio pie, ha colisionado posteriormente el segundo vehículo con 2 ocupantes siendo los 3 jóvenes arrollados.
La zona es segura. Iniciamos un triaje de las víctimas: el paciente 3 presenta una posible fractura de 1/3 distal de fémur con afectación de 1/3 proximal de tibia con gran inestabilidad pero sin afectación neurovascular (amarillo), el paciente 4 presenta un TCE con trauma facial y traumatismo torácico (rojo), los pacientes 1 y 2 presentan trauma torácico con posible fractura de esternón (ambos amarillos), el paciente 5 está fallecido (negro). Se solicita al centro coordinador más recursos (2 ambulancias de SVB). Hasta la llegada de los recursos adicionales, los bomberos se encargan de extricar a los atrapados, el paciente 4 se introduce en la ambulancia de SVA y se queda al cargo la enfermera y el TES-conductor que van realizando las pautas dadas por el médico. El médico continúa en la escena dando indicaciones y colaborando tanto en la colocación de la férula de vacío en extremidad como de la movilización del paciente 3 junto con los TES de las ambulancias de SVB cuando llegan. Los pacientes extricados (1 y 2) también son movilizados a una de las ambulancias de SVB donde se les reevalúa, realiza ECG y administra tratamiento analgésico previo a traslado a hospital. El médico prealerta al hospital del traslado de 4 heridos con diferente gravedad. La ambulancia de SVA, que tiene al paciente más grave, es la última en marcharse del lugar. Este paciente es reevaluado constantemente por Glasgow fluctuante 12-14/15. Se ha administrado analgesia, ácido tranexámico y oxigenoterapia, manteniéndose estable hemodinámicamente y sin signos de hipertensión intracraneal.
En el hospital se realizan pruebas complementarias confirmando los hallazgos de la evaluación prehospitalaria y quedando los 4 pacientes ingresados.

CONCLUSIONES

La asistencia en incidentes de múltiples víctimas (IMV) exige la perfecta coordinación de los diferentes intervinientes para conseguir una adecuada asistencia a los pacientes.
Es de importancia unificar criterios y procedimientos entre servicios de emergencia, sobre todo en zonas rurales donde los recursos son limitados y están dispersos, para conseguir un buen nivel de coordinación y asistencia, minimizar la variabilidad en la respuesta ante la situación, redundando todo ello en la calidad asistencial que damos a las víctimas.

P. #1344

DOCTORA, ME HE ROTO ALGO Y ME FALTA EL AIRE

Carolina Moreno Valle[1], Pedro Guijarro Crespo[2], Manuel Merinas Valero[2]

1. Hospital Costa del Sol, Marbella, España
2. SUAP Arroyo de la Miel, Benalmadena, España

INTRODUCCIÓN

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas.
Neoplasia mieloproliferativo crónico con Ph negativo tipo trombocitemia esencial triple negativa desde 2018 en tratamiento con hidroxicarbamida 500 mg y acido acetilsalicílico 100 mg. Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con linagliptina 2,5 mg / metformina 1g.
No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Paciente testigo de Jehová.
Enfermedad actual: Avisan al dispositivo de cuidados críticos y urgencias por mujer de 75 años que refiere sufrir una caída por las gradas de cemento de un polideportivo, unos 2 metros de altura. A nuestra llegada la paciente se encuentra tumbada en el suelo y refiere dolor dorsolumbar y costal derecho. Además, refiere disnea. Niega traumatismo craneoencefálico ni perdida de consciencia

OBJETIVO

Minimizar daños en patología tiempo dependiente.

MÉTODO

Al llegar con la ambulancia e historiar a la paciente, se relaiza la siguiente exploración física.
Constantes TA: 150/90, FC: 118, StO2 92%, glucemia 191.
Se realiza la exploración ABDCE. A: Vía aérea permeable. Ponemos collarín para inmovilizar la columna cervical. B: Eupneica. AP con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. No se aprecian asimetría en tórax. Dolor a la palpación de la parrilla costal derecha. C: AC con tonos rítmicos. Se monitoriza a la paciente. Se coge acceso venoso y se realiza un ECG. D: consciente, orientado y colaboradora. Pares craneales normales, PINR, no signos meníngeos. Glasgow 15.
E: Se expone a la paciente. Bien perfundida e hidratada. Abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación. MMII los moviliza con normalidad. Neurovascular distal conservado. Apofisalgia en vertebras dorsales.
A la hora del traslado, utilizamos el colchón de vacío para evitar que las vibraciones del trayecto empeoren las posibles lesiones de la paciente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se realiza un electrocardiograma con resultado de taquicardia sinusal a 120 lpm. A la llegada a urgencias hospitalarias, se realiza una analítica sanguínea, Body TC y radiografía de tórax donde se aprecia un neumotórax.
Para trasladar a la paciente, utilizamos el colchón de vacío. Durante el traslado en ambulancia, la paciente sufre una desaturación a 89%. Se administra O2 con gafas nasales a 3 L. Se administra 1/3 de fentanilo, paracetamol 1g y metoclopramida IV. La paciente refiere mejoría del dolor y de la sensación de disnea. StO2 94%. Una vez en urgencias se realiza analítica con gasometria en rango. Hemoglobina de 9.6 g/dl. Body tac se visualiza fracturas costales derechas, 2° al 7° arco costal derecho con neumotórax derecho con ligero desplazamiento del mediastino. La paciente ingresa en UCI para vigilancia estrecha.

CONCLUSIONES

El neumotórax tras un trauma mayor suele producirse en un 20% de los casos. Los síntomas probables pueden ser desde asintomático hasta sintomatología cardiovascular por colapso de los grandes vasos. Por ello es importante hacer un correcto traslado, utilizando collarín cervical y colchón de vacío. Un correcto ABCDE y reevaluar porque la clínica puede aparecer pasado un tiempo. Debemos mirar mas allá de las lesiones llamativas, como una fractura abierta, ya que la clínica mas silente suele ser la mas grave e irreversible.

P. #1437

LA DECISIÓN DE CONTINUAR EN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Leyre C. Urueña Zamora, Andrea Baztan Ubani, Arantxa Bezunartea Pascual, Fermina Beramendi Garcíandia, Elena Álvarez Villanueva, María José Palacios Elizalde

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 46 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1
La paciente presentó los días previos un cuadro de gastroenteritis. Tras no ser vista por sus familiares en 48h, se da aviso al 112, que acude a su domicilio. Es encontrada en el suelo del baño con signos vitales presentes (bradipnea y bradicardia de ritmo indeterminado).
A las 13:04h, con la movilización a la ambulancia, presenta PCR. Tras 10 minutos de RCP avanzada, recupera pulso central.
A su llegada a urgencias, a las 13.30h, de nuevo PCR en asistolia.
Exploración física:
Temperatura 21°C. Glucemia capilar >500
Mala perfusión periférica. Mottling score 3
Pupilas isocóricas y reactivas
Cefalohematoma occipital, hematomas perioculares y en regiones de apoyo.
Se realiza intubación orotraqueal sin incidencias, comprobando correcta ventilación bilateral, sin ruidos añadidos.
Se canalizan 2 vías venosas y se realizan primeras pruebas complementarias. Se procede a recalentamiento mediante manta térmica, sueros calientes por vía periférica y por sonda vesical. Se administran 15 Ui actrapid endovenosas. Se continúa con maniobras de reanimación caridopulmonar en asistolia (RCP-A), sin administrar adrenalinas siguiendo protocolo de parada en hipotermia.
En gasometría inicial destaca acidosis metabólica hiperlactacidémica severa con hiperpotasemia (PH 6.59, HCO3 9, EB -30, Lactato 12mmol/L, K 9.6)
Mientras se mantiene masaje cardíaco de forma continua, se administra insulina endovenosa (80Ui en total), cloruro cálcico, salbutamol y bicarbonato 1M, consiguiendo mejoría de las cifras de pH y reducción de lactato hasta 6mmol/L.
Durante el tratamiento hay recuperación de la circulación espontánea en varios momentos, con ritmo de bradicardia extrema con complejos QRS anchos y EtCO2 de 30.
Se realiza TAC craneal con "Hallazgos sugestivos de encefalopatía hipóxico isquémica". Se cursan tóxicos en orina; negativos.
Debido a nuevo episodio de PCR en ritmo no desfibrilable a las 14:20h, a pesar de mejoría gasométrica, se decide de forma multidisciplinar (UCI, cardiología y cirugía cardíaca) soporte vital extracorpóreo con ECMO. Se realiza traslado a quirófano con cardiocompresor, entrando en ECMO a las 16:30h, sin incidencias.
De forma global, la paciente permanece de forma intermitente en parada cardiorrespiratoria, con maniobras de reanimación avanzadas en todo momento, durante aproximadamente 150-180 minutos. La temperatura máxima registrada es de 24°C (a su llegada 21°C)
Hope Score 38%.

JUICIO CLÍNICO
Parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en ritmo asistolia.
Hipotermia severa (21°C)
Cetoacidosis metabólica, hiperlactacidemia e hiperpotasemia severa
Encefalopatia hipóxico-anóxica
EVOLUCIÓN
La paciente presenta una evolución favorable las semanas posteriores, pudiéndose retirar ECMO a los 6 días y ventilación mecánica posteriormente.
Al alta de UCI, encefalopatía en resolución (sin focalidad neurológica grosera), y debilidad muscular en relación con ingreso prolongado con mejoría progresiva

CONCLUSIONES

La hipotermia es una disminución de la temperatura corporal central (TCC) menor de 35°C, pudiéndose clasificar como severa cuando es inferior a 30°C.
Debido a la disminución del consumo de oxígeno en relación con la hipotermia, se ha descrito un efecto preventivo sobre la hipoxia cerebral, permitiendo la recuperación neurológica completa. Por este motivo no existe un límite inferior para tratar, debiendo reanimar a toda víctima con hipotermia sin importar su TCC (siempre que no existan contraindicaciones para la RCP)
En estas situaciones excepcionales, lo habitual es que los pacientes precisen RCP de alta calidad de forma prolongada.
Aunque los estudios son limitados, no deben administrarse fármacos vasoactivos (por ejemplo adrenalina) con TCC <30°C.
De forma similar sucede con la desfibrilación. Por debajo de dicha temperatura, se recomienda realizar 3 descargas a máxima potencia, y si no hay éxito, continuar con maniobras de reanimación hasta mejoría de la temperatura. En caso de bradicardia, se podría usar marcapasos transcutáneo.
Durante la reanimación nos podemos servir de cifras como el potasio sérico o de escalas, como el HOPE score, para la toma de decisiones.

P. #1717

VIDEOCÁMARAS EN DEAS ¿QUÉ ENCUADRE PERMITE UNA BUENA VISIÓN DEL OPERADOR DE EMERGENCIAS PARA ASISTIR UN PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA?

Marc Darné Segura[1], Joana Waffelaert Pascual[1], Sandra Gómez González[1], Roberto Barcala Furelos[2][3], Felipe Fernández Méndez[2][4], Silvia Aranda García[2][1]

1. Grupo de investigación GRAFAIS, INEFC-Universitat de Barcelona, Barcelona, España
2. SEMES-socorrismo, Pontevedra, España
3. Grupo de investigación REMOSS, Universidade de Vigo, Pontevedra, España
4. Grupo de investigación REMOSS, Pontevedra, España

INTRODUCCIÓN

A pesar de las grandes expectativas en la RCP guiada por teléfono, el operador de emergencias, a pesar de seguir un protocolo estandarizado, no consigue asistir idealmente al lego para lograr un SVB de calidad. En parte, relacionado con la dificultad de no ver el escenario al comunicarse telefónicamente por voz. La disponibilidad de dispositivos de videocomunicación integrados por ejemplo en DEAs de acceso público podría mejorar la comunicación en la atención de la parada cardiorrespiratoria.

OBJETIVO

Determinar por consenso de expertos un encuadre que proporcione una buena visión para videoasistir en caso de parada cardiorrespiratoria a un testigo lego en primeros auxilios en el supuesto de un futuro modelo de DEA que incorpore una videocámara para poder comunicarse mediante videollamada.

MÉTODO

Estudio Delphi de tres rondas. Se invitó a participar a 50 teleoperadores de emergencias. Se recopiló información para lograr un consenso sobre cuáles serían los mejores encuadres para situar una videocámara instalada con un DEA para la asistencia a distancia de una parada cardiorrespiratoria. Ronda 1: se envió a los participantes un cuestionario para que contestasen 4 preguntas sobre 5 encuadres distintos en los que se veía a víctima y reanimador. Se les preguntó sobre el grado de acuerdo en una escala Likert de 4 puntos sobre en qué medida creían que el encuadre era adecuado para videoasistir en: 1) valoración de la respiración, 2) compresiones torácicas, 3) ventilación boca-a-boca, 4) manejo del DEA. Además, se les pidió que justificasen sus respuestas y escribiesen los comentarios adicionales que estimasen oportunos. Ronda 2: se preguntó sobre el grado de acuerdo o desacuerdo con los 3 encuadres que habían recibido un consenso fuerte (<85% de acuerdo de expertos) o un consenso moderado (75-84% de acuerdo de expertos) en la mayoría de las preguntas, y en comparación al resto de encuadres. Ronda 3: hicieron una evaluación final a favor o en contra de los encuadres seleccionados finalmente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 5 encuadres iniciales, 2 recibieron un consenso fuerte con acuerdo unánime o casi unánime (≥85%) por parte de los expertos. El encuadre A tenía una visión frontal respecto al reanimador, con una cámara situada a 65cm del pecho de la víctima y a 55 cm del suelo, y el encuadre B también tenía una visión frontal respecto al reanimador pero 45° en diagonal en dirección a la cabeza de la víctima, con la cámara situada a 80cm del pecho de la víctima y a 55cm del suelo. Los resultados de consenso para el encuadre A fueron: 93,33% en la valoración de la respiración, 93,33% en las compresiones torácicas, 86,67% en la ventilación boca-a-boca, y 70,00% en el manejo del DEA. Los resultados de consenso para el encuadre B fueron: 90,00% en la valoración de la respiración, 90,00% en las compresiones torácicas, 86,67% en la ventilación boca-a-boca, y 70,00% en el manejo del DEA. Estos mismo dos encuadres son los que finalmente fueron seleccionados y aprobados en la tercera y última ronda. Ambos encuadres permiten una buena visión para la videoasistencia en SVB porque la cámara se ubica frente al reanimador y a una distancia adecuada para observar el manejo de la vía aérea.

CONCLUSIONES

Los expertos consensuan que hay 2 encuadres potencialmente útiles para proporcionar una buena visión y videoasistencia por parte del teleoperador de emergencias en una situación de parada cardiorrespiratoria a un testigo lego en primeros auxilios: ambos con visión frontal del reanimador. Estos resultados pueden ser de especial relevancia en un futuro, cuando se quieran incorporar cámaras en los DEAs para facilitar las tareas del operador en emergencias.

P. #1807

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR HIPOTERMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Meryam Maamar El Asri, Silvia Moreno Clemente, Gorka González Arrube

Emergencias Osakidetza, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Se activa UVI móvil por mujer 64 años que tras apertura de puertas del domicilio, encuentran en el suelo. Familiares refieren no saber sobre ella desde hace 48 horas. Como antecedentes personales encontramos hipertensión arterial tratada con amlodipino y esclerosis múltiple, con autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.

A nuestra llegada, paciente consciente, en el suelo, balbuceando. Familiares no aportan más información.

Exploración física (EF):Consciente, afásica. Palidez cutánea y frialdad cutánea. Neurológicamente, presenta apertura ocular espontánea, emite sonidos incomprensibles, retira al dolor. Escala de coma de Glasgow (EG) 10 puntos. Pupilas midriáticas reactivas a la luz. Rigidez de extremidades, leve trismus.

Tórax: tonos cardíacos apagados, rítmica a 30 latidos por minuto (lpm). Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Resto de EF anodina.

En monitorización, se visualiza bradicardia a 30 lpm.

Mientras se canaliza vía venosa periférica (VVP), se objetiva parada cardiorrespiratoria (PCR) con taquicardia ventricular sin pulso (TVSP), por lo que se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada (RCPA). Se inician compresiones (manuales, posteriormente con cardiocompresor), se administra choque eléctrico a 200 J, se realiza intubación orotraqueal (IOT) y se conecta a ventilación mecánica invasiva (VMI). Se administra medicación intraparada (amiodarona, adrenalinas). Tras 10 min de RCPA, se objetiva temperatura (Tª) ótica de 23,5ºC en varias mediciones.

En este momento y con la sospecha de PCR por hipotermia grave, se inicia recalentamiento con sueroterapia caliente vía intravenosa (iv), colchón de calor, manta térmica y aplicación de calor externo con calefactor eléctrico en domicilio. Tras 30 min de RCPA e intento de recalentamiento, se objetiva Tª 24,5ºC (aumento de 1ºC) por lo que se contacta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de hospital de referencia para traslado en PCR, continuación de recalentamiento intensivo y valoración de oxigenación por Membrana extracorpórea (ECMO). Se realiza traslado desde el domicilio con RCP continua con cardiocompresor, conectada a VMI y con medidas de recalentamiento. Llegada al hospital tras 90 minutos de RCP.

En el hospital se continúa con medidas de recalentamiento y RCP. Se realiza valoración para ECMO, pero dada la situación funcional previa de la paciente valorada mediante escalas validadas que miden grado de dependencia, se desestima esta opción.

Tras 2h de RCP y con recalentamiento inefectivo hasta 26,5ºC se decide cese de la RCP. Se confirma tras ello, fallecimiento de la paciente.

CONCLUSIONES

Se trata de una PCR extrahospitalaria por hipotermia grave confirmada. Siguiendo las indicaciones de las guías de RCP en esta situación, se recomienda RCP y transferencia lo antes posible al hospital de referencia con ECMO1. La RCP en estos pacientes puede ser muy prolongada (varias horas). Además precisan de recalentamiento central, siendo este complicado en el medio extrahospitalario (ME). Se recomienda iniciar recalentamiento extrahospitalario y trasladar lo antes posible en PCR realizando maniobras de RCP (si el medio lo permite) al hospital de referencia con posibilidad de ECMO. Por otro lado, si el ME fuese hostil y no permitiese traslado con RCP continua, se acepta traslado con RCP intermitente. En cuanto al tratamiento, no se recomienda infusión de fármacos hasta Tº>30ºC, así como un máximo de 3 descargas si el ritmo fuese desfibrilable.

Estos pacientes presentan buen pronóstico de retorno de circulación espontánea (ROSC) y buen pronóstico neurológico. El ROSC en algunas series llega hasta el 80%. Además, los pacientes con hipotermia< 30ºC tienen algo riesgo de arritmia maligna y PCR, por lo que se recomienda movilizarlos de forma muy cuidadosa.

Por todo ello,se debería considerar implementar protocolos de actuación ante PCR con hipotermia, con traslado en PCR, así como la adecuada derivación a hospital útil con posibilidad de ECMO.

https://cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ca.pdf

https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166566

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675724000329

P. #1812

¿UNA SIMPLE CAIDA EN EL BAÑO? DOCTOR NO PUEDO RESPIRAR

Ana Benito Justel[1], Erik Urutxurtu Laureano[2], Cristina Horrillo García[3], Sandra Margot Navarro[4], Begoña Iturbe García[2], Alfredo Carrillo Fernández[5]

1. Emergencias Castilla y León. SACYL, Segovia, España
2. Emergencias Osakidetza, Bilbao, España
3. SUMMA112, Madrid, España
4. Emergencias Castilla y Leon. SACYL, Segovia, España
5. SERMAS, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 70 años. Fumadora, con antecedentes personales de enfisema pulmonar y bronquiectasias. Tratamiento habitual con broncodilatores.
A las 12 hras de la mañana, sufre caída casual en la bañera hacia atrás sin pérdida de conocimiento. La paciente no le da importancia y toma paracetamol 1 mg para las molestias. La clínica no mejora, comienza con disnea y el dolor que se intensifica. Continúa siendo reacia a consultar por "un accidente sin importancia", decidiendo tomar un Metamizol 575 mg de su marido. A las 23 horas la disnea es tan intensa que le impide hablar sin entrecortarse, por lo que solicitan asistencia.
A la llegada del Soporte Vital Avanzado la paciente impresiona de gravedad. Pálida, sudorosa, voz entrecortada, taquipnea 30 rpm. Sat O2 70% con FiO2 0,21%. Destaca edema en cara, cuello y lengua. Voz entrecortada y gangosa. Tensión arterial 120/80, frecuencia cardiaca 108 latidos por minuto.
Se coloca mascarilla con reservorio 100% y la StO2 sube a 92%.
Al realizar anamnesis y saber que es la primera vez que toma metamizol, se considera posible anafilaxia y se le administra Adrenalina 0,5 mg i.m., hidrocortisona 150 mg intravenoso. Al canalizar la vía periférica se observa que presenta enfisema subcutáneo en ambos brazos, y al desvestirla para la auscultación se observa lo mismo en tronco, abdomen y extremidades inferiores. Hematoma en región costal izquierda.
Se reinterroga a la familia y el marido nos informa de la caída sufrida por la mañana.
En la Auscultación cardiopulmonar silencio auscultatorio bilateral. Empeoramiento del estado general de la paciente, desaturación 88% pese a FiO2 0,9%, hipotensión 80/50. Estridor laríngeo persistente.
Se realiza aislamiento de la vía aérea (Mallampati 4) por el edema de lengua.
Se realiza eco pulmonar, dificultosa por la cantidad de enfisema subcutáneo. Se observan líneas E sugerentes del mismo y se intuye en el modo M patrón de la estratosfera o código de barras, pero no son claras las imágenes. Por todo ello, y ante la cercanía a un hospital de tercer nivel (5 minutos de traslado), la ausencia de neumotórax a tensión y la estabilidad de la paciente, se decide posponer el drenaje torácico al centro hospitalario.
Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se solicita radiografía de tórax donde se observa neumotórax izquierdo con 4 fracturas costales y enfisema subcutáneo generalizado. Se procede a realizar el drenaje del neumotórax e ingresa en la unidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

Los antecedentes personales de la paciente de enfisema y bronquiectasias, unido a su hábito tabáquico, pudieron ayudar a la formación del neumotórax y el enfisema posterior.
La ecografía pulmonar es una herramienta útil en el ámbito extrahospitalario para detectar neumotórax a tensión y ayudar en su drenaje. En nuestra paciente no fue decisiva, ya que el enfisema subcutáneo dificultaba la correcta visualización del neumotórax.
Las decisiones tomadas en el ámbito extrahospitalario han de ser rápidas y basadas en los datos recabados en poco tiempo. Si al realizar la primera anamnesis se hubiera conocido el dato del accidente doméstico las actuaciones terapéuticas a lo mejor hubieran sido diferentes.

P. #2098

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON POLITRAUMATISMO ASISTIDOS POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO EN UN SISTEMA DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

Victoria Torres Machado, Albert Gil Batlle, Mireia Fernández Sol, Juan José Verge López, Alba Gangolells Sabata, Xavier Jiménez Fàbrega

Sistema d'Emergències Mèdiques, L'Hospitalet De Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

El trauma sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La organización de los sistemas de emergencias prehospitalarias se ha adaptado continuamente para lograr optimizar la respuesta al trauma con la designación del tipo de recurso adecuado para cada paciente. Además, la utilización de códigos específicos estandariza la asistencia, mejora la comunicación y garantiza el traslado de los pacientes al centro sanitario adecuado a sus necesidades y en un tiempo óptimo.
Las Unidades de Soporte Vital Básico (USVB) constituyen uno de los principales recursos de los sistemas de emergencias. Además, existen diferentes sistemas de emergencias con Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA) con distinta configuración. En la asistencia prehospitalaria no se han encontrado diferencias en términos de supervivencia al comparar la asistencia entre USVB o USVA, tanto en el traumatismo cerrado como en el penetrante (4,5).
Sin embargo, se ha descripto el impacto significativo del tiempo prehospitalario en la supervivencia y estado funcional de los pacientes politraumatizados (1–3).
Este estudio describe las características de los pacientes con traumatismo múltiple asistidos por USVB en una comunidad autónoma.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas, demográficas, las relacionadas al mecanismo lesional y los tiempos prehospitalarios de los pacientes que sufren traumatismo múltiple y son asistidos por unidades de soporte vital básico.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional, de corte transversal y retrospectivo, de las asistencias prehospitalarias realizadas por USVB, a pacientes con politraumatismo, en una comunidad autónoma, durante los años 2021 a 2024. Se incluyeron los casos de pacientes asistidos que requirieron activación del código específico politraumatismo (Código PPT) por USVB, con preactivación hospitalaria por el Centro Coordinador Sanitario (CECOS). No se excluyeron los casos de asistencia conjunta de USVB con USVA. Se analizaron las variables epidemiológicas, demográficas, las relacionadas al mecanismo lesional y los tiempos prehospitalarios.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Las unidades de USVB realizaron la valoración inicial de 40.091 pacientes, que representan el 82% de los pacientes con politraumatismo potencialmente grave (Código PPT) trasladados con pre activación hospitalaria por el centro coordinador (CECOS) en este período. El incremento de asistencias en los últimos años ha sido del 39% (7.415 en 2021-10.333 en 2024). La mediana de edad fue de 40 años (RIC 29), 68,8% varones y 6,7% menores de 16 años. El 12,4% fueron mayores de 65 años. Los mecanismos lesionales principales fueron: 68,1% accidente de tráfico, 16,1% atropello, 9% precipitado, 1,8% agresión por arma (blanca/de fuego), 0,7% quemaduras. Los viernes y sábados son los días con más casos (15,8%) y con dos picos de actividad entre 12-14h y las 17-19h. El 28% de los pacientes presentaron un Traumatismo Craneoencefálico (TCE), 22,5% trauma torácico, 6,8% abdominal, 8,4% pelvis, 16,4% raquis y 51,2% afectación de extremidades. El resto se registró como lesiones externas y otras localizaciones. El 10,4% de los pacientes atendidos inicialmente por unidades de SVB presentaban criterios fisiológicos o anatómicos de gravedad (Prioridad 0 y 1), el 85% criterio de potencial gravedad por el mecanismo lesional de alta energía (Prioridad 2), el 3,8% algún antecedente patológico relevante (toma de anticoagulantes). Las medianas de los tiempos del proceso asistencial han evolucionado con los años, tiempo alerta-activación de la unidad (tiempo de coordinación) de 2,1 (RIC 3,3) a 2,4 (RIC 4,65) minutos, tiempo de asistencia de 28,5 (RIC 17,2) -29,8 (17,35) minutos y el tiempo total alerta-trasferencia hospitalaria de 86,6 (RIC 33,7)-91,2 (RIC 34,9).

CONCLUSIONES

Un porcentaje elevado de pacientes con politraumatismo potencialmente grave recibe la primera asistencia prehospitalaria por USVB. Los pacientes son varones jóvenes que han sufrido un accidente de tráfico, los días viernes y sábados principalmente, con activación del código poli trauma por mecanismo lesional de alta energía.

P. #2127

CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA GUARDIA CIVIL PARA ACTUAR EN PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS

Irene Pérez Regueiro[1][2], Lucía Carcedo Argüelles[3], Alberto Lana Pérez[2], Ana fernández feito[2], Rocío Guinea Rivera[4][2], Cristina López-Cepero Crespo[5]

1. Hospital Universitario San Agustín. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Avilés, España
2. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
3. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España
4. SAMU-Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España
5. Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, España

INTRODUCCIÓN

La supervivencia tras una parada cardiorrespiratoria (PCR) puede duplicarse o cuadruplicarse con la iniciación inmediata de la resucitación cardiopulmonar (RCP), mientras la desfibrilación temprana puede aumentarla al menos en un 10%. Los miembros de las Fuerzas del Orden son, en ocasiones, primeros intervinientes por su labor profesional. Generalmente son alertados junto con los servicios de emergencias médicas y suelen llegar antes, especialmente en las áreas rurales. En España, la función de la Guardia Civil (GC) es especialmente relevante en las zonas rurales, caracterizadas por gran dispersión. Las recomendaciones del ILCOR enfatizan la necesidad de formación periódica a profesionales no sanitarios susceptibles de ser primeros intervinientes, para una identificación precoz de la PCR, eliminación de barreras y proveer una RCP de alta calidad. Se desconoce el nivel de formación y conocimientos de estos profesionales sobre soporte vital básico (SVB), si bien existen iniciativas públicas y privadas para su formación e implantación de desfibriladores externos automáticos (DEA) en vehículos de la GC y Comandancias.

OBJETIVO

Describir la formación, los conocimientos de los profesionales de la GC sobre las maniobras de RCP, uso de DEA y la disposición para actuar ante una PCR.

MÉTODO

Diseño transversal, con una muestra de 793 profesionales de la GC de las Comandancias de una CCAA, captada entre 2018 y 2020. Un cuestionario anónimo permitió recopilar información sociodemográfica y laboral; sobre formación, experiencia, disposición y conocimientos de SVB. El estudio fue autorizado por las Administraciones, Comandancias, además del Comité de Ética de la Investigación Autonómico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 793 participantes, el 93,1% (n=738) eran hombres; la media de edad fue de 43,4 años (DE 6,96), mayoritariamente de la categoría de Cabo/Guardia (85,9%; n=681) y con más de 20 años de experiencia laboral (55,2%; n=438). El 42,5% (n=337) de los profesionales no había recibido formación en RCP y el 33,4% (n=265) hacía más de 2 años. La puntuación media de conocimientos en RCP fue de 5,19 puntos (DE 2,04), valorado sobre 10, mientras que la media de conocimientos del uso de DEA resultó 6,12 (DE 3,22). Las respuestas más erradas fueron: la profundidad de compresiones, habiendo acertado sólo el 7,69% (n=61) de los participantes; la frecuencia de compresiones, que acertaron el 25,7% (n=204) y la zona de colocación de los parches del DEA, que acertaron el 45% (n=555). Los trabajadores de más edad tenían menos conocimientos sobre RCP. En los conocimientos sobre el DEA, una mayor edad se asoció con mayores conocimientos (p=0,003). El 23,6% (n=187) manifestaron una nula o escasa disposición para realizar RCP, frente al 60,9% (n=483) que tenían una media/alta disposición y el 15,5% (n=123) disposición total. El 65,6% (n=520) realizaría RCP a víctima inconsciente que no respira, pero el 11,4% considera que ha de iniciar RCP antes de la llegada del Servicio de Emergencias. La categoría de suboficial se asoció con mayores conocimientos (p=0,007) y disposición (p<0,001). La media de conocimientos totales resultó más elevada en quienes recibieron formación en los dos últimos años (p<0,001). Los profesionales de la GC que habían realizado RCP en situación real tuvieron mayor disposición (p<0,001).

CONCLUSIONES

La formación en RCP y DEA de los profesionales de la GC resultó bastante escasa, pero la disposición para realizar RCP fue aceptable. La mayoría de los GC consideraron no tener la preparación suficiente. Los profesionales de mayor edad presentaron un menor nivel de conocimientos. Los conocimientos sobre el uso del DEA fueron superiores a los referidos en las maniobras de RCP. Una mayor periodicidad en la formación en RCP se asoció con un mayor nivel de conocimientos y mejor disposición para asistir a víctimas en situación de PCR.

P. #2153

CONOCIMIENTOS Y DISPOSICIÓN DE PROFESIONALES MILITARES PARA REALIZAR RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

Irene Pérez Regueiro[1][2], Lucía Fernández Arce[2], Alberto Lana Pérez[2], Ana Fernández Feito[2], Rocío Guinea Rivera[3][2], Cristina López-Cepero Crespo[4]

1. Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España
2. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
3. SAMU-Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España
4. Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, España

INTRODUCCIÓN

El ejército de tierra (ET) es un importante empleador en España. Es especialmente importante que sus miembros tengan capacitación para garantizar su seguridad y proveer primeros auxilios durante el entrenamiento o en operaciones. El ILCOR enfatiza la necesidad de formación a profesionales no sanitarios susceptibles de ser primeros intervinientes, para una identificación precoz de la PCR, eliminación de barreras y proveer una resucitación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad. Además, se recomienda una formación periódica al año y como máximo a los dos años. En la actualidad, en las enseñanzas de Escalas de Tropa y de Oficiales, se incluye docencia en primeros auxilios; sin embargo, la formación posterior dependerá de cada Unidad.

OBJETIVO

Describir la formación, los conocimientos de los profesionales del ET sobre las maniobras de RCP, uso de desfibrilador externo automático (DEA) y la disposición para actuar ante una parada cardiorrespiratoria

MÉTODO

Diseño transversal, con una muestra de 441 militares captada en 2020 en una Comunidad Autónoma. Mediante un cuestionario anónimo, se recopiló información sociodemográfica y laboral; sobre formación, experiencia, disposición y conocimientos de soporte vital básico. El estudio fue autorizado por los Mandos responsables del ET y por el Comité de Ética de la Investigación Autonómica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 91,6% de los 441 participantes fueron hombres, con una media de edad de 30,6 años; en su mayoría de la categoría de Tropa/Marinería 86,4% (n=381), frente a 11,8 (n=52) suboficiales y 1,81% (n=8) Oficiales. Un 20% (n=88) de los profesionales no habían recibido formación en RCP y el 53,3% (n=235) hacía más de 2 años. El 3,18% (n=14) habían realizado RCP en situaciones reales. La media de puntuación (valorado sobre 10 puntos) sobre el esquema de RCP fue 6,92 puntos, y 7,76 puntos (DE 2,41) sobre los conocimientos sobre uso de DEA. Los trabajadores de más edad tenían menos conocimientos sobre RCP (p=0,01). Por el contrario, en los conocimientos sobre el DEA, una mayor edad se asoció con mayores conocimientos (p=0,003). Los profesionales de más años y con más experiencia tenían mayor disposición. La categoría de suboficial se asoció con mayores conocimientos (p=0,007) y disposición (p<0,001). La media de conocimientos totales resultó significativamente más elevada en los profesionales que realizaron formación en los dos últimos años (p<0,001). La periodicidad de la formación también se asoció con una mayor disposición para realizar RCP.

CONCLUSIONES

La formación en RCP y DEA de los profesionales militares resultó escasa a nivel global, pero la disposición para realizar RCP de los profesionales fue aceptable. Los de mayor edad presentaron menor nivel de conocimientos. Los conocimientos sobre el uso del DEA fueron superiores a los referidos para las maniobras de RCP. La periodicidad de formación en RCP se asoció con un mayor nivel de conocimientos y una mejor disposición para asistir a víctimas en situación de parada cardiorrespiratoria a nivel global.

P. #11

NIVELES DE CAPNOMETRÍA COMO INDICADOR DE VALIDEZ DE LOS DONANTES EN ASISTOLIA NO CONTROLADA Y DE LA EVOLUCIÓN DE SUS INJERTOS RENALES TRASPLANTADOS

Carlos Rubio Chacón[1], Alonso Mateos Rodríguez[2], Fernando Neria Serrano[3], Amado Andrés Belmonte[4]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Oficina Regional de Trasplantes, Madrid, España
3. Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo De Alarcón, España
4. Hospital Universitario 12 de Octubte, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La donación en asistolia no controlada (DANC) es un programa que ha demostrado su eficacia, aumentando el número de donantes y ofreciendo injertos renales que, una vez trasplantados, muestran unos excelentes resultados. Sin embargo, debido a la precaria perfusión a la que están sometidos los órganos en el procedimiento de DANC, más de un 35% de los riñones obtenidos de estos donantes no son viables y han de ser desechados, la mayoría de ellos, por cambios isquémicos.
La capnometría, es un método no invasivo que mide la presión parcial espirada de CO2 y nos proporciona información del metabolismo celular. Se utiliza en la parada cardiorrespiratoria para conocer la perfusión periférica de los tejidos.
Justificación
Los niveles de capnometría en el procedimiento de DANC pueden ser una herramienta predictora de donantes válidos y de la evolución de estos injertos renales.
El objetivo principal de este estudio es analizar si los valores de capnometría en los potenciales donantes de asistolia no controlada son predictores de la validez de los donantes y de la evolución de sus injertos renales viables trasplantados.
Descripción
Estudio observacional, ambispectivo, realizado en la Comunidad de Madrid, entre enero del 2018 hasta diciembre del 2023.
Además de los valores de la capnometría, se evaluaron variables de DANC del ámbito extrahospitalario, y variables relacionadas con el receptor.
Respecto a la capnometría, sus valores iniciales y en la transferencia, fueron más elevados en los donantes válidos frente a los no válidos (24,5 mmHg versus 16 mmHg en la inicial; p<0.078 y 26 mmHg versus 15 mmHg en la transferencia; p<0.004).
El punto de corte óptimo de los niveles de capnometría que presentó para discernir entre donantes válidos y no válidos fue de 17 mmHG en la transferencia.
En el modelo multivariante, resultaron ser variables significativas: la utilización de cardiocompresión mecánica (OR 14.2, p-valor< 0.009), la recuperación transitoria del pulso en algún momento durante la PCR (OR 19, p-valor <0.013), los donantes con menor edad (OR 1.09, p-valor <0.026) y los valores de capnometría en la transferencia altos (OR 1.08, p-valor 0.012).
En cuanto a la evolución de la función de estos injertos, los valores elevados de capnometría en la transferencia se relacionaron con menor retraso de la función del injerto renal (26 mmHg, vs 21 mmHg, p-valor 0.004) y con menos días hasta el descenso de los valores de creatinina (31 mmHg, vs 22 mmHg p-valor 0.018). Se observó una correlación inversa y significativa entre los niveles de capnometría en la transferencia y el número de diálisis tras el trasplante (valor de Rho de -0.35) y los valores de la creatinina sérica en el día 1 y 15 postrasplante (valor de Rho de -0.48 y -0.4, respectivamente).
Discusión
Nuestro estudio demuestra que la capnometría en la transferencia es una herramienta útil para discriminar los donantes válidos de los que no lo son. En nuestro modelo multivariante construido con siete variables extrahospitalarias, observamos que las que pueden influir de forma independiente en la validez de los donantes son: la edad, los niveles de capnometría en la transferencia, el traslado del potencial donante con cardiocompresión mecánica y la recuperación transitoria del pulso en algún momento de la PCR.
La capnometría en la transferencia fue también un buen predictor de la evolución de los injertos renales viables una vez trasplantados, observándose que valores más elevados de ésta se relacionaron con menor retraso de la función del injerto y menor tiempo de recuperación de la función renal y que existía una correlación inversa entre la capnometría en la transferencia y el número de diálisis post trasplante y los niveles de creatinina sérica en los días 1 y 15 de evolución.

P. #88

CADA SEGUNDO CUENTA. LA IMPORTANCIA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PRECOZ

Berta Alonso García, Alicia Cardenas García, Clara Ponce Aceituno, Miguel Ángel Vázquez De La Torre González

Centro de Salud Moralzarzal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se recibe aviso al 112 por un hombre de 62 años, sin antecedentes personales de interés salvo consumo de tabaco, cuyos familiares refieren pérdida súbita de conciencia mientras se encontraba en su domicilio, sin síntomas previos, que se encuentra actualmente en parada cardiorrespiratoria.

Desde los servicios telefónicos del 112 se recomienda comenzar con maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas (compresiones torácicas) por parte de los familiares, guiadas telefónicamente, pero los familiares lo rechazan e inician el traslado al hospital por sus propios medios en coche.

En el trayecto al hospital son detenidos por exceso de velocidad por la policía, quienes al descubrir al paciente en parada cardiorrespiratoria, comienzan maniobras de reanimación cardiopulmonar básica durante 4 minutos hasta la llegada de los servicios de emergencias extrahospitalarias. Entre la primera y la segunda llamada al 112 transcurren 16 minutos.

A la llegada de los servicios de emergencias extrahospitalarias, se confirma la parada cardiorrespiratoria, se continúan las compresiones torácicas y se comienza con soporte vital avanzado:

- Se realiza apertura de la vía aérea y ventilación con ambú
- Se realiza monitorización del paciente
- Se realiza intubación endotraqueal mediante secuencia de intubación rápida sin incidencias (Cormack 1) con capnografia (medición de ETCO2)
- Se canaliza vía venosa periférica, y se realiza analítica en la que destaca pH 6,9, pCO2 80, EB -20, K+ 2,8, ácido láctico mayor de 10.
- Se colocan los electrodos del desfibrilador, con un registro de primer ritmo desfibrilable, en fibrilación ventricular. Se realiza primera descarga, tras lo cual se continúa con masaje cardiaco durante dos minutos. El paciente continúa en fibrilación ventricular por lo que se realiza la segunda descarga y se continúa con masaje cardiaco. Se administra Adrenalina intravenosa 1 mg en bolo. El paciente continúa en fibrilación ventricular por lo que se realiza la tercera descarga y se continúa con masaje cardiaco, tras lo cual se produce recuperación de ritmo sinusal con alteraciones difusas de la repolarización, QTc prolongado y sin ascenso del ST, a los 10 minutos desde el comienzo de maniobras de soporte vital avanzado.

Tras recuperación de la situación de parada cardiorrespiratoria, se realiza ajuste de sedoanalgesia y se traslada al hospital en situación de estabilidad hemodinámica.

Durante el traslado el paciente presenta elctrocardiograma con ritmo sinusal y frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 100%. Pupilas isocóricas reactivas. Auscultación pulmonar con buena ventilación bilateral. Auscultación cardiaca sin soplos.

Se realiza seguimiento del paciente a las 6 horas del ingreso. Nos informan de diagnóstico de coma en relación con encefalopatía hipóxico-isquémica tras PCR recuperada.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado pone de manifiesto la importancia de la reanimación cardiopulmonar en el manejo de una parada cardiorrespiratoria, así como el impacto que puede tener la rapidez y la eficacia de las maniobras realizadas durante los primeros minutos del evento.

El paciente estuvo sin recibir oxigenación cerebral durante aproximadamente 16 minutos hasta que se comienzan maniobras de reanimación cardiopulmonar, lo cual tuvo un impacto directo sobre el cerebro, dando lugar a una encefalopatía hipóxico-isquémica, lo que recalca la relevancia de la intervención temprana en los primeros minutos de una parada cardiorrespiratoria.

Este tipo de daño cerebral se produce debido a la falta de oxígeno en los tejidos cerebrales, lo que puede causar alteraciones permanentes en las funciones neurológicas. Cuanto más tiempo transcurre sin oxigenación, más grave será el daño cerebral, lo que aumenta el riesgo de secuelas a largo plazo.

Este caso refuerza la necesidad de educar a la población sobre la importancia de realizar maniobras de RCP básicas inmediatamente después de una parada cardiorrespiratoria.

P. #105

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRIAJE PREHOSPITALARIO EN UN IMV REALIZADO POR PRIMEROS INTERVINIENTES

Juan Castañeda Sánchez, Silvia Caparrós Gómez, Zaira Cobo Cobo, María Pérez González, Alba Martínez De La Horra, María Del Carmen Magdalena Fernández

061 CANTABRIA, Santander, España

INTRODUCCIÓN

El triaje consiste en la clasificación de víctimas de acuerdo a su gravedad y pronóstico vital. Consta de un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, con la finalidad de orientarnos sobre sus posibilidades de supervivencia, priorizar tratamientos y organizar la evacuación en función de los recursos disponibles. En el ámbito extrahospitalario hablamos de dos tipos de triaje: el básico o inicial y el avanzado. El primero busca una priorización de las víctimas para su evacuación inicial del lugar del incidente hacia el puesto sanitario en el que se realizará un triaje avanzado, el cual marcará las prioridades de estabilización, si ésta es posible, y evacuación. El triaje básico es realizado por los primeros intervinientes, (bomberos, policía, etc.), personal responsable de la seguridad en la escena que normalmente no es personal sanitario. La dificultad que supone para este personal la priorización en la evacuación de las víctimas ha llevado a simplificar el primer triaje con la creación del método SHORT.

OBJETIVO

Comparar la efectividad del primer triaje en la clasificación de las víctimas de un IMV realizado por personal sanitario respecto al realizado por personal de emergencias no sanitario, usando como método de triaje el método SHORT, en base a las coincidencias entre ambos grupos en la priorización y el estudio de loes errores de los mismos, clasificándolos de acuerdo a los términos los términos de sobretriaje o supratriaje, cuando asignamos a una víctima una prioridad superior a la que realmente la corresponde, y subtriaje o infratriaje cuando se asigna una prioridad inferior a la que realmente le corresponde.

MÉTODO

Se realizó un taller práctico sobre triaje prehospitalario donde los participantes de manera individual debían clasificar por colores a 5 víctimas de acuerdo al método SHORT, en función a criterios clínicos que respondían a la secuencia de actuación recogida en este método de triaje. Los participantes acudieron a los talleres de manera voluntaria y dentro de unas jornadas organizadas por los Servicios de Emergencias de la Comunidad sin que se precisara para la realización de los talleres de ninguna formación previa.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 34 participantes, 18 fueron personal sanitario y 16 no sanitarios, entre los que se encontraban policías, bomberos y voluntarios de Protección Civil. El porcentaje de acierto a la hora de clasificar a las víctimas fue del 93,3% en el grupo de los sanitarios y del 95% en el grupo de los no sanitarios. La principal diferencia en la clasificación se observó en la detección de víctimas de color amarillo, donde aumentaba el porcentaje de sobreestimación de la gravedad en el grupo de los sanitarios, asignando a un mayor número de pacientes la clasificación de rojo.

CONCLUSIONES

Ante un IMV, dados los riesgos potenciales de la escena donde se produce, la responsabilidad del primer triaje recae en personal de emergencias no sanitario, por lo que es necesario simplificar las características de este primer triaje para su adecuada realización. El método SHORT proporciona un primer triaje adecuado a los primeros intervinientes independientemente de la formación sanitaria específica. El método SHORT no precisa de recuentos numéricos para su cálculo, ni de control de constantes vitales; esto agiliza el triaje y permite ahorrar tiempo para las víctimas que esperan. Para alcanzar el objetivo de seguridad del paciente se debe intentar minimizar al máximo el subtriaje, pero también el sobretriaje con el fin de optimizarse los recursos.

P. #116

URGENCIAS Y ABCDE: INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Carlota Higueras Sánchez, Mercedes Ruiz Valero, Antonio Bullejos Caballero, Patricia Martínez Soria, Ana Federica Soto Telles, Raquel Hijar Jiménez

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 60 años sin antecedentes de interés, trasladada a Urgencias por una Unidad Móvil de Vigilancia Intensiva (UVI-móvil) tras inhalación de humo en un incendio domiciliario.

La paciente fue encontrada inconsciente tras intentar extinguir un incendio en su domicilio durante aproximadamente 50 minutos. Los primeros intervinientes de la UVI-móvil le salvaron la vida al aplicar medidas críticas: iniciaron oxigenoterapia al 100%, procedieron a la intubación orotraqueal con un tubo del número 6 debido a edema significativo de la vía aérea y aseguraron una ventilación adecuada durante el traslado. Además, administraron 5 mg de hidroxicobalamina como parte del tratamiento inicial.

Exploración en Urgencias:

- A: Vía aérea aislada mediante intubación orotraqueal. Hollín abundante en boca y nariz.
- B: Buena ventilación, sin asimetrías mecánicas. Saturación de oxígeno al 98%.
- C: Perfusión periférica adecuada, Frecuencia cardiaca 75 lpm, Tensión arterial 125/82 mmHg.
- D: Sedoanalgesiada, RASS -5, pupilas móticas y simétricas.
- E: No quemaduras cutáneas ni deformidades evidentes. Abdomen blando, pelvis estable, extremidades sin anomalías visibles.

Al ingreso, la gasometría mostró un pH de 7,32 con acidosis metabólica debido a la hipoxia tisular prolongada, además de pO2 de 365 mmHg con una carboxihemoglobina del 13%, muy por encima de los valores normales (VN, 0,1-3%), confirmando una intoxicación significativa por monóxido de carbono. La oxihemoglobina reducida (81,5%; VN: 90-95%) indicaba capacidad disminuida de transporte de oxígeno, y el lactato elevado (27 mmol/L) evidenciaba metabolismo anaerobio severo.

Cinco horas después, en UCI, una segunda gasometría mostró clara mejoría con un pH normalizado (7,40), reducción de carboxihemoglobina (1,6%) y recuperación de oxihemoglobina (93,5%). Estos resultados reflejan la eficacia del tratamiento con oxígeno al 100% e hidroxicobalamina.

La función renal se mantuvo normal, con creatinina de 0,72 mg/dL. La CK elevada (958 U/L) generó sospecha de rabdomiolisis, descartada posteriormente por la ausencia de mioglobinuria. La troponina T (159 ng/L) indicó posible afectación miocárdica por hipoxia. La hemoglobina de 9,6 g/dL y el hematocrito de 28,3% reflejan anemia leve posiblemente multifactorial (dilucional y por toxicidad sistémica). El resto de parámetros bioquímicos fueron normales. Radiografía de tórax y tomografía computarizada craneal no mostraron hallazgos relevantes iniciales.

Se realizó una fibrobroncoscopia inmediata tras su estabilización inicial en la que se observó la vía aérea completamente ocupada por hollín negro, dificultando la visualización de las estructuras. Mediante un lavado bronquial abundante, se logró despejar la vía aérea, mejorando significativamente la capacidad ventilatoria del paciente. Este procedimiento confirmó la presencia de edema severo en la vía aérea, lo que respaldó la necesidad de una intubación temprana.

CONCLUSIONES

La inhalación de humo en incendios puede causar toxicidad sistémica y lesiones en la vía aérea debido al monóxido de carbono y cianuro, que interfieren en la respiración celular al afectar la hemoglobina y las mitocondrias. El monóxido de carbono forma carboxihemoglobina, reduciendo el transporte y la liberación de oxígeno a los tejidos. La hidroxicobalamina, al neutralizar el cianuro, y el oxígeno al 100% son tratamientos esenciales para revertir la hipoxia y prevenir complicaciones graves.

La actuación rápida de los servicios de emergencias y la aplicación del protocolo ABCDE son esenciales para la supervivencia en casos de intoxicación por humo y gases tóxicos. La administración precoz de oxígeno al 100% y antídotos como hidroxicobalamina son pilares clave del manejo. La fibrobroncoscopia con lavado bronquial es esencial en el manejo de lesiones en la vía aérea. En este caso, permitió eliminar hollín, mejorar la ventilación y reducir el riesgo de complicaciones infecciosas. Además, facilitó la evaluación y manejo del edema, guiando el tratamiento.

Los profesionales de la UVI-móvil desempeñaron un papel crítico al garantizar la estabilización inicial mediante oxigenoterapia, intubación temprana e hidroxicobalamina.

P. #124

PARÁMETROS ANALÍTICOS INICIALES PARA PREDECIR LA VIABILIDAD DE LOS ÓRGANOS EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO IIA

Patricia Blanco Hermo[1], Jorge Carrasco Yubero[1], Raquel Abejón Martín[1], Alonso Mateos Rodríguez[2], Julia Castro Rodríguez[3], Fernando Neria Serrano[4]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. ORT, Madrid, España
3. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
4. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Donación en Asistolia No Controlada (DANC) o tipo IIa de la clasificación de Maastricht modificada de Madrid es consecuencia de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) no esperada, tras la aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) infructuosas. Existe un amplio margen de mejora en los criterios de inclusión y detección de parámetros que pueden predecir la viabilidad de los órganos.

OBJETIVO

Estudiar parámetros epidemiológicos y bioquímicos que puedan influir en la viabilidad de los órganos en DANC tipo IIa.
- Cuál es el donante tipo
- Cuál es el órgano más donado
- Ver si los datos analíticos ayudan a valorar la viabilidad de los órganos

MÉTODO

Estudio observacional, analítico, longitudinal, de cohortes, retrospectivo.
Población: pacientes en PCR-EH atendidos por un Servicio de Emergencias Médicas (SEM), que no recuperan pulso y cumplen criterios de inclusión en el código DANC en los años 2009-2024.
Exclusión: pacientes con órganos no válidos.
Se recogieron variables sociodemográficas y bioquímicas del registro nacional de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Se empleó el Wilcoxon Rank Sum test para valorar las diferencias entre parámetros bioquímicos

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Fueron recogidos 631 donantes, con una mediana de edad de 48 años (41.0-53.0), mayoritariamente hombres (547, 86,7%), nacidos en España (571, 92,4%). El 62,8% de los procesos tuvieron lugar en el Hospital Clínico San Carlos. Los parámetros bioquímicos fueron: pH 7 (6,8-7,1); EB -13,0 (-17,6–6,0); pCO2 98,9 (68,0-160,0); CHO3 18,5 (14,9-23,1); Glucemis 327,5 (190-454); Lactato 10,0 (6,5-12,8); Creatinina 1,5 (1,3-1,7).
Un 99,5% (628 donantes) donaron al menos un riñón, seguido de hígado (138 donantes, 21,9%) y pulmón (101 donantes, 16%). No se encontraron diferencias significativas entre donantes de pulmón y los no donantes de pulmón, pero se hallaron diferencias significativas entre donantes de hígado y no donantes de hígado en casi todos los parámetros bioquímicos.
No donantes: pH 7,0 (6,9-7,2); EB -17,7 (-23,4–15,7); pCO2 93,0 (64,8-160,0); CHO3 19,6 (15,6-24,0); Glucemis 287 (169-409); Creatinina 1,5 (1,3-1,7).
Donantes: pH 6,8 (6,8-6,9); EB -10,4 (-16,6–5,0); pCO2 133,0 (88,0-160,0); CHO3 15,1 (12,1-18,0); Glucemia 429 (337-600); Creatinina 1,4 (1,1-1,6).

CONCLUSIONES

El donante tipo es un hombre español de 48 años.
El riñón es el órgano más donado.
Los datos analíticos ayudan a valorar la viabilidad de los órganos, siendo más significativa en los hígados.
Es necesario seguir estudiando diferentes parámetros para optimizar los criterios de inclusión en el donante potencial.
Tener una analítica inicial previa a la inicial del hospital ayudaría a justar mejor los parámetros predictivos analíticos.

P. #239

MANEJO PREHOSPITALARIO DE HEMORRAGIA POR HERIDA CON ARMA BLANCA

Berta Alonso García, Alicia Cárdenas García, Clara Ponce Aceituno, Miguel Ángel Vázquez De La Torre González
Centro de Salud Moralzarzal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Se recibe aviso al 112 por un hombre de 45 años que ha sufrido una agresión con arma blanca, con herida penetrante a nivel dorsolumbar.
A la llegada de los servicios de emergencias extrahospitalarias, se realiza valoración.
Paciente en decúbito lateral derecho, alerta, escala de coma de Glasgow (GSD) 15/15. Eupneico, vía aérea permeable. Se realiza colocación de collarín cervical. Pulso radial presente. Buen relleno capilar. Sangrado activo de herida incisa a nivel dorsolumbar paravertebral izquierda a nivel de L1 de aproximadamente 6 cm de anchura.
Se realiza hemostasia de la herida mediante presión fuerte, directa y sostenida durante cinco minutos. A continuación, se realiza vendaje compresivo utilizando gasas y compresas abundantes y venda de crepé ejerciendo presión sobre la herida con un vendaje circular.
Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, movilización simétrica de ambos hemitórax, sin heridas ni hematomas ni otras lesiones. SatO2 a 96%. Se realiza colocación de gafas nasales con oxígeno a 2 litros.
Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Se realiza ECG con ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización, hemodinamicamente estable con TA 137/94mmHg y 79 lpm.
Abdomen: Blando, compresible, no signos de irritación peritoneal, no heridas ni hematomas.
Se canaliza via venosa periférica y se administra suero salino fisiológico 0.9% 500ml, midazolam 10mg, fentanilo 100mcg y ácido tranexámico 1g.
Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas en miembros superiores. Miembro inferior izquierdo balance muscular 5/5 tanto proximal como distal y sensibilidad aparentemente conservada. Miembro inferior derecho presenta paresia de predominio proximal. Eleva contra gravedad, a unos 45° presenta dificultad para mantener pierna elevada, claudica levemente. Anestesia en cara anterior de muslo derecho, hipoestesia en caras lateral y medial de muslo derecho. Distal a rodilla presenta hipoestesia en cara pretibial, sensibilidad conservada en el resto de miembro inferior derecho.
Se realiza primera analítica con Hb 17,7g/dL y Hto 52%.
Durante el traslado el paciente se mantiene hemodinámicamente estable, TA 136/80mmHg, 86 lpm, Sat 99%, consciente y orientado.
Se realiza segunda analítica con Hb 16,4g/dL y Hto 48%. Se realiza analítica ECO fast, donde se aprecia liquido libre.
Se realiza seguimiento del paciente a las 6 horas del ingreso. Se realiza RM que muestra traumatismo penetrante raquimedular con voluminoso hematoma en el espesor de la musculatura paravertebral y trayecto de entrada a través del interespacio D12-L1, con alteración de la señal de la médula espinal a la altura del epicono que afecta a toda la extensión en el plano axial sin solución de continuidad medular, con solución de continuidad de ligamentos supraespinoso, interespinosos y ambos ligamentos amarillos. Hematoma intrarraquideo adyacente de 5 mm de espesor, que no ocasiona compresión medular. Hemorragia subaracnoidea con engrosamiento y mala definición de las raíces de la cola de caballo.
Se procede al alta tras 5 días de ingreso con recomendaciones de realización de rehabilitación.

CONCLUSIONES

El trauma es una enfermedad tiempo dependiente en la que la probabilidad de supervivencia depende del tiempo trascurrido hasta el acceso al tratamiento definitivo por lo que todas las actuaciones realizadas en la escena y durante el traslado se harán evitando cualquier demora innecesaria.
Durante este periodo, la atención prehospitalaria eficiente y el traslado a un centro especializado aumentan significativamente las probabilidades de supervivencia. Los retrasos en la asistencia pueden derivar en una mayor pérdida de sangre, hipoxia y fallos orgánicos, complicando el pronóstico del paciente.
La evaluación sistemática y ordenada del paciente de trauma permite establecer el nivel de prioridad del paciente, así como identificar las lesiones que suponen riesgo vital y tomar las decisiones para realizar las acciones criticas pertinentes en la escena y siempre en el menor tiempo posible.

P. #291

NO SOLO EN EL ICTUS EL TIEMPO ES CEREBRO

Patricia Bernaldo De Quiros Plaza, Irene García España, María Reinares Sánchez, María González Criado, Sergio Francisco Sampedro, Marina Gil Mosquera

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 35 años, encontrada en vía pública con bajo nivel de conciencia de tiempo indeterminado. Policía notifica a servicios de emergencias médicas extrahospitalarias (SEM) y tras no palpar pulso, comienza con RCP básica durante 6 minutos. A la llegada del SEM la paciente presenta pulso efectivo. Administran naloxona y flumazenilo por sospecha de intoxicación por drogas de abuso, siendo inefectivo. GV inicial: pH: 6,9; pCO2: 90; lactato: 8; HCO3: 23, glucemia de 180. Acidosis respiratoria severa. GCS de 3/15, por lo que se aísla vía aérea mediante IOT y se extraen restos alimenticios.

A su llegada al servicio de urgencias (SU) se traslada a Box Vital. Siguiendo los protocolos de actuación se realiza primera valoración y pruebas complementarias.

Box Vital: paciente HD estable, con TOT. TA: 120/70 mmHg; FC: 88 lpm; Sat02: 100% (FiO2 1); Tª: 35.5°C

Antecedentes personales: hepatopatía crónica, bypass húmero-femoral de vena safena, endocarditis, varios intentos autolíticos previos, consumo de alcohol, TLP y patología dual.

Pruebas complementarias (PC):

Gasometría venosa: pH: 7, pCO2: 85, pO2: 42, lactato: 6, Na2+: 139, k+: 7.4, Glu: 224, tHb: 13.9, HCO3: 22 (acidosis mixta severa).

Analítica: leucocitosis con neutrofilia. PCR 3.2

ECG: ritmo sinusal a 88 lpm.

Rx tórax: pérdida de volumen en base derecha, probable relación con atelectasia. TOT en correcta posición

TAC craneal: sin signos de sangrado agudo intracraneal.

Juicio Clínico: PCR (posible asistolia reanimada), IRA global y broncoaspiración masiva.

Plan: soporte completo, descartar intoxicación por drogas de abuso y/o alcohol, valoración de encefalopatía hipóxica isquémica.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): HD estable. Persiste bajo nivel de conciencia y la falta de reflejo pupilar.

Broncoscopia: se extraen abundantes restos alimentarios y secreciones espesas del árbol bronquial. Se observan restos alimentarios alrededor del TOT.

EEG: estatus electrolítico generalizado con correlato mioclónico refractario a fármacos anticrisis y sedación. Mal pronóstico. A los 14 días en UCI exitus.

CONCLUSIONES

Se trata de una paciente con antecedentes de consumo de drogas de abuso e ingresos previos por intentos autolíticos, que se recibe en el Box Vital tras PCR recuperada. Tras las PC, se sospecha que el origen de la parada podría ser respiratorio por broncoaspiración.

La broncoaspiración puede producirse por múltiples causas, como enfermedades respiratorias previas, pérdida de conciencia, trastornos neurológicos, alteraciones en el reflejo de la tos, disfagia o ICTUS, en este caso se sospechó que podría estar relacionada con el consumo de tóxicos siendo el resultado negativo para drogas de abuso y fármacos psicotrópicos.

La gasometría venosa muestra acidosis mixta severa, lo que indica que podría haber varios factores contribuyendo a la alteración del equilibrio ácido-base, como insuficiencia respiratoria, problemas renales o alteraciones metabólicas, lo que agravó la condición general de la paciente y llevó a una PCR.

En resumen, la parada cardiorrespiratoria de esta paciente probablemente fue multifactorial, con la broncoaspiración masiva como un factor importante, combinado con el posible consumo de sustancias, antecedentes de enfermedades crónicas y un posible intento autolítico.

Resaltar la buena coordinación hasta la llegada al hospital. La RCP básica, con recuperación de pulso y la continuación de los cuidados del SEM hasta el traslado. Sin embargo, no sabemos con exactitud cuánto el tiempo de PCR. A pesar de la estabilidad HD, la actividad cerebral, tras realización de EEG, ofrece un mal pronóstico.

La hipoxia durante la PCR puede haber causado un daño cerebral severo, conocido como encefalopatía hipóxica isquémica. Esta condición podría haber contribuido a la falta de recuperación neurológica. En una PCR "El tiempo es cerebro", en este caso se consiguió recuperar la actividad cardiaca, pero se llegó tarde para la recuperación de la actividad cerebral.

P. #315

¿CÓMO VOY A ESTAR TENIENDO UN INFARTO, DOCTOR?

Cristina Horrillo García[1], Ana Benito Justel[2], Marcos Pastor Galán[2], Roberto Santiago Herrero[2], Raquel García López[2], José Miguel Cáceres Castro[2]

1. SUMMA112, Madrid, España
2. Emergencias Castilla y León. SACYL, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 50 años, ex -adicto a drogas por vía parenteral. Abandono del hábito enólico y tabáquico hacía 5 años. Antecedentes: obesidad, VHC sin tratamiento y cirrosis hepática. Tratamiento habitual: Vitamina B12 intramuscular cada 30 días. Acude al Centro de Atención PriMaría porque hace 48 horas, comenzó con un dolor epigástrico tipo pinchazo, sin irradiación con sensación nauseosa y sudoración que cedía a los pocos minutos. No comió nada, empeorando el dolor en las 3 últimas horas. Al preguntarle por la intensidad refiere que ha pasado de una puntuación de 2 en la escala Eva a 9, con sensación de pinchazos y empeorando con el movimiento, decúbito y la respiración profunda. Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. ACP arrítmico con soplo sistólico panfocal. Murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo. No masas ni megalias. Murphy negativo. TA 120/80, Fc105 lpm. Sat O2: 97%. El ECG mostró una fibrilación auricular a 105 lpm, elevación ST en II,III y avF y descenso desde V2 a V6 y avL. Se realizaron derivaciones derechas mostrando elevación en v4R, v5Ry v6R. Ante la sospecha de un código infarto se activa Soporte Vital Avanzado, que decide, a pesar de los antecedentes del paciente, pautar doble antiagregación (AAS 375mg y Ticagrelor 180mg) debido a que en su historia clínica presentaba una analítica de hacía 2 meses con coagulación y perfil hepático normal. Completaron el tratamiento con fentanilo, omeprazol y metoclopramida. La gasometría no mostró alteraciones. Al llegar a la Unidad de Hemodinámica del Hospital el paciente se inestabiliza y se procede a sedación e intubación orotraqueal. Ecocardiografía: comunicación interventricular de gran tamaño. Se realiza coronariografía diagnóstica que muestra tronco coronario izquierdo con placa distal que compromete la bifurcación, arteria descendente anterior con lesión severa en origen, lesión significativa proximal y enfermedad severa en segmento medio. Arteria coronaria derecha con oclusión completa desde segmento medio. Ante estos hallazgos y la situación hemodinámica del paciente, se decide soporte con ECMO-Va.

La comunicación interventricular es una complicación poco frecuente en los IAM inferiores (0,2%) aunque de elevada mortalidad. Nuestro caso muestra una clínica insidiosa por la que el paciente retrasa la consulta y que puede motivar el avance de la lesión. Una prueba tan sencilla e inocua como el electrocardiograma, vuelve a ser la llave para la supervivencia del enfermo. Sin embargo, también hay que destacar la importancia de la ecografía en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SUEH) que dirigiría de forma más precisa el diagnóstico y puede anticiparse a complicaciones, como en este caso. Esta herramienta, que no está presente en muchos de los SUEH, es básica para patologías potencialmente mortales como esta. Llama la atención la estabilidad hemodinámica del paciente hasta que se le realiza la coronariografía. Resaltando el papel tan importante de los códigos en las patologías tiempo dependientes. Finalmente, comentar que en el paciente con shock cardiogénico la terapia con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), sirvió de puente para la estabilización del paciente y posterior reparación del tabique. Existen líneas emergentes de investigación donde se está utilizando el ECMO en las PCR en los SUEH con buenos resultados. Sería interesante incluir en investigaciones futuras, si pacientes como el de nuestro caso clínico se beneficiarían de una atención temprana con ECMO en los SUEH en caso de haberse inestabilizado antes de llegar al hospital

CONCLUSIONES

En los SUEH los diagnósticos a pacientes son complicados. Existen herramientas tecnológicas adaptadas a este medio como el ecógrafo, que predicen complicaciones y el diagnóstico de patologías tiempo-dependientes. El ECMO podría una herramienta útil en un perfil concreto de pacientes en los SUEH.

P. #317

ACTIVACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS EN LA CENTRAL DE COORDINACIÓN SANITARIA EN INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Lidia Cortés Planas, Eva María Valiño, Jaime Barreiro López, Barry Lynam, Marcos Rodríguez, Alejandro Closa -

Servicio Emergencias Médicas Cataluña, Sant Just Desvern, España

HISTORIA CLÍNICA

La gestión de los incidentes con múltiples víctimas (IMV) representa un reto para los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM), puesto que requiere una respuesta coordinada y eficiente para optimizar los recursos y minimizar los efectos del incidente.1
En este caso, la central de coordinación sanitaria (CECOS) recibió varias llamadas al 112 alertando de un accidente de autocar con vuelco parcial en una vía rápida y en zona interurbana. Mediante triangulación de coordenadas y el acrónimo METHANE, se obtuvo información clave para dimensionar el incidente y activar el nivel de respuesta correspondiente del Plan de Emergencias.
La respuesta inicial incluyó la creación de una mesa de gestión de CECOS independiente de la gestión territorial, con un canal de radio exclusivo para garantizar una comunicación fluida entre los diferentes equipos. Se movilizaron recursos de soporte vital avanzado (SVA) aéreo (1), SVA terrestre (1), soporte vital básico (SVB) (1), mandos de coordinación operativa (1), con el fin de garantizar una respuesta inicial adecuada.
Con la llegada de la primera unidad al lugar, se confirmó y amplió la información mediante METHANE, permitiendo una mejor dimensión de la situación. Esto derivó en la activación de recursos adicionales, como una unidad aérea (1) y terrestre (1) de bomberos, un segundo SVA aéreo, unidades de intervención y soporte (UIS) (3), SVB (7), transporte sanitario no urgente (TSNU)(6), Unidad Alta Complejidad QA (1) y otros cuerpos de emergencias como Bomberos, Policía y Protección Civil.
Con la finalidad de facilitar la transmisión de información en tiempo real desde el lugar del incidente y la CECOS, se utilizó la aplicación web IMV permitiendo realizar una prealerta temprana a los hospitales y centros de atención primaria próximos con información cotejada del incidente.
Paralelamente, se movilizaron unidades de la segunda corona para garantizar que el resto del territorio continuara recibiendo atención sanitaria adecuada mientras se gestionaba el incidente.

CONCLUSIONES

La recopilación inicial de información por parte de CECOS en un IMV es fundamental para preactivar de manera temprana el Plan de Emergencias, puesto que permite valorar con precisión la magnitud del incidente y tomar decisiones rápidas y acertadas. El uso sistemático de acrónimos como METHANE facilita la recolección de la información clave necesaria para dimensionar el incidente y detectar sus necesidades de respuesta.
Además, la utilización de plataformas digitales como la aplicación web de IMV ha demostrado ser una herramienta esencial para mejorar la sincronización operativa entre los diferentes servicios implicados. Esta herramienta reduce errores de comunicación, mejora la eficiencia en la distribución de recursos y permite un seguimiento en tiempo real de la evolución del incidente y su trazabilidad.
En términos de desescalada, la CECOS tiene que mantener una reevaluación y actualización dinámica de toda la información, permitiendo así la disminución progresiva de recursos que ya no sean necesarios y garantizando que el sistema de emergencias vuelva a la normalidad en el menor tiempo posible. Esta fase es tan importante como la respuesta inicial, puesto que evita el bloqueo prolongado de recursos innecesarios y asegura que la atención sanitaria extraincidente no se vea comprometida.
Finalmente, este caso subraya la importancia del papel de la CECOS ante la respuesta de los IMV, ya que la optimización de los recursos y la coordinación eficiente son elementos clave para garantizar una atención sanitaria adecuada y una rápida recuperación del sistema sanitario desprendido de un incidente de esta magnitud.

P. #399

EL ÉXITO DE LA PRECOZ ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDÍACA

Raquel Grado Sanz[1], Ana Prieto Álvarez[2]

1. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario, Toledo, España
2. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar, Alcalá De Henares (madrid), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 32 años sin antecedentes conocidos, sufre de madrugada mientras trabajaba, pérdida de consciencia brusca cayendo al suelo desde su altura, siendo encontrado 1 minuto después por otro trabajador que tras comprobar ausencia de respuesta y de respiración, alerta a otros compañeros, llaman al 112 e inician reanimación cardiopulmonar (RCP) telefónica dos minutos después del suceso. No hay presencia de desfibrilador semiautomático (DESA) en la empresa. A la llegada del Soporte Vital Avanzado Medicalizado móvil (UVIm) 6 minutos después, testigos se encuentran realizando RCP de calidad. Se comprueba situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) y se inicia RCP avanzada según protocolo, monitorizando ritmo de fibrilación ventricular (FV).

Durante la actuación, se realiza anamnesis a los testigos, que desconocen antecedentes del paciente, solo refieren que venía de una fiesta con amigos, por lo que durante el procedimiento se administra Flumazenilo y Naloxona intravenosos sin lograr respuesta. Tras 6 minutos de RCP avanzada por el equipo de la UVIm y 2 desfibrilaciones por ritmo de FV, se logra recuperación de circulación espontánea con taquicardia sinusal. Constantes: tensión arterial (TA) 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 130 lpm, Saturación de oxígeno (SatO2) 90%, Glasgow 3 puntos. Se procede a intubar al paciente previa sedorelajación con Etomidato 25mg y Rocuronio 100mg, con tubo orotraqueal del número 8 y con control cervical manual dada la caída previa a la parada con posible traumatismo craneoencefálico, y se conecta a ventilación mecánica invasiva modo volumen control. End Tidal de carbónico (EtCO2) 37 mmHg. Se coloca collarín cervical para traslado. El electrocardiograma (ECG) 10 minutos tras recuperación de la parada resulta sin alteraciones de isquemia aguda, únicamente se objetiva taquicardia sinusal. Se traslada con preaviso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hospitalaria como parada recuperada, objetivándose en analítica de orina al ingreso resultado positivo para cocaína. Se realiza escáner de cráneo que resulta sin hallazgos patológicos y cateterismo que fue anodino. Tras 5 días de ingreso en UCI, pasa a planta de hospitalización donde tras 4 días es dado de alta sin secuelas neurológicas (Cerebral Performance Category (CPC) de 1).

CONCLUSIONES

-La parada cardiaca es una patología tiempo-dependiente.
-El reconocimiento precoz de la misma por testigos supone una activación precoz de la cadena de supervivencia, lo cual puede tener consecuencias positivas para el paciente.
-El inicio de maniobras de RCP por personal lego hasta llegada de sanitarios, aumenta las posibilidades de supervivencia.
-La llegada de UVIm en los primeros 8 minutos de una parada cardiaca, aumenta la probabilidad de un desenlace favorable.
-En paciente joven sin antecedentes patológicos de interés, se debe sospechar consumo de tóxicos como causa reversible de PCR.
-El ritmo de parada más frecuente en el consumo de cocaína es la fibrilación ventricular.

P. #408

LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS EN ESPAÑA ANTE LOS INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Rafael Castro Delgado[1][2][3][4], Gemma Ferrando Torres[5][4][6], Yolanda Villalon Alvarado[7][4], Antonio Pérez Alonso[8][4]

1. Universidad de Oviedo, Oviedo, España
2. SAMU-Asturias, Oviedo, España
3. Red de investigación en Emergencias Prehospitalarias (RINVEMER-SEMES), Madrid, España
4. GdT SEMES Incidente de múltiples víctimas y desastres (IMVDES), Madrid, España
5. SEM, Girona, España
6. Universidad Pompeu Fabra, Mataró, España
7. Hospital Málaga, Málaga, España
8. Emergencias Navarra, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de emergencia tienen dentro de sus atribuciones la respuesta pre hospitalaria ante incidentes de múltiples víctimas (IMV). Dado que en nuestro país existen 17 sistemas de salud con su correspondiente sistema de emergencias, pueden existir diferencias importantes en la preparación y respuesta ante IMV.

OBJETIVO

El objetivo es presentar las características de la preparación de los sistemas de emergencia en nuestro país ante incidentes de múltiples víctimas.

MÉTODO

Mediante la identificación de informantes clave a través del Grupo de Trabajo de IMV y Catástrofes y de la Red de Investigación en Emergencias Prehospitalarias (RINVEMER) de SEMES, generalmente responsables de los grupos de trabajo de IMV de los SEM, se pasó un cuestionario que recogía distintos elementos en relación a la preparación ante IMV incluyendo aspectos relacionados con la logística, la formación y los procedimientos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Obtuvimos datos de 17 SEM. Solo 1 no disponía de plan de actuación ante IMV y 2 no disponían de material específico. 3 tenían su plan consensuado con los hospitales. 16 tenían definido un sistema de triage estructurado y 11 utilizan el META. Las tarjetas de triage son utilizadas en 16 de ellos. 5 disponen de un soporte informático específico para IMV y 7 disponen de plan específico de respuesta NRBQ. Ante un IMV, 13 SEM siempre alertan a los hospitales, y cuatro solo si la gravedad del incidente lo precisa. En 6 de ellos la alerta es realizada por la enfermera reguladora y en cuatro de ellos por el médico regulador. 3 SEM no disponen de plan específico ante IMV en la central de coordinación. Solo en dos SEM la formación en IMV es obligatoria y periódica, en 3 no existe y en el resto voluntaria. Los dos mismos SEM la tienen también como formación obligatoria para los trabajadores de nuevo ingreso. 14 de ellos tienen formación en IMV (8 híbrida y 6 presencial).

CONCLUSIONES

Si bien existen elementos comunes en cómo se preparan los en ante IMV, es necesario mejorar las estrategias formativas y consensuar algunos de los procedimientos existentes.

P. #575

CÓDIGO REBOA. PRIMERO PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE REBOA EN EL MEDIO HEMS

Antonio Martínez García, Ruben Quintero Minguez
SESCAM, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el REBOA es una técnica en auge para la reanimación de pacientes que presentan patología grave en situación de Shock hemodinámico refractario. Si bien no es una técnica definitiva, su uso nos hace ganar tiempo para poder implementar el tratamiento final cuando esté sea posible. Esto hace que el REBOA sea la "técnica estrella" para la filosofía de los servicios de emergencias extrahospitalarias y más en particular, en el medio HEMS.
El REBOA se ha postulado como uno de los pilares básicos de la reanimación del paciente trauma grave con shock hemorrágico y de la doctrina del control de daños. El gold estándarde la reanimación del paciente con shock hemorrágico causado por hemorragias de torso y de miembros inferiores no compresible es el REBOA, hasta poder realizar una cirugía de control de daños efectiva.

OBJETIVO

Proponer un protocolo de oclusión de la aorta con balón endovascular de reanimación en los pacientes que atienden los medios HEMS en España.

MÉTODO

Se realizo una revisión bibliografía extensa en las principales bases de datos como CUIDEN, SCIELO, PUBMED, usando los operadores boléanos y los siguientes Descs tanto en español como en inglés: Ambulancia Aérea OR Aorta OR REBOA OR balón aórtico OR Oclusión con balón OR Atención prehospitalaria teniendo en cuenta que los resultados obtenidos estuvieran publicados en los últimos 10 años sin límite de idioma.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han obtenido 101 resultados de búsqueda de los cuales solo un artículo trata sobre la colocación del REBOA en vuelo HEMS (Víktor A. Reva et al, 2021). En él se realizaron seis punciones a ciegas en bóvidos, una fue exitosa, 2/6 fueron en la vena, 3/6 fallaron por completo. La inserción correcta del cable y la colocación de la vaina se realizaron en 1/6 de los animales del grupo 'ciego' y 6/9 animales del grupo guiado por ultrasonidos. La punción ecográfica tomó una mediana de 65 segundos (rango 5-260) y una mediana de 4 minutos para colocar la vaina. Una mediana de tiempo para un procedimiento REBOA exitoso fue 5 minutos (2.5–10). No se encontraron resultados de protocolos, guías, recomendaciones o algoritmos de colocación de REBOA en el medios HEMS o en el medio prehospitalario.

CONCLUSIONES

Se propone el primer protocolo de implementación del REBOA en el medio prehospitalarios y más concretamente donde los medios HEMS sean los encargados de realizar esta técnica.

P. #622

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

Rubén Pérez García, Raúl López Izquierdo, Laura Pajares Fernández, Jorge Gutiérrez Miguel, Elisa Alba Ingelmo Astorga, Inmaculada García Rupérez

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Se define parada cardiorrespiratoria (PCR) como el cese de la actividad cardiaca confirmada por ausencia de pulso, inconsciencia y apnea o respiración agónica. Es un grave problema de salud pública a nivel mundial. En Europa se registraron en torno a 20.141 asistencias en el 2018 y unas 356.000 en Estados Unidos en ese mismo año. La tasa de supervivencia de la PCR apenas alcanzó el 10%, lo que es un dato preocupante. En Europa se creó el European Resucitation Council (ERC) con el objetivo de preservar la vida humana elaborando recomendaciones para la prevención y tratamiento del paro cardiaco y otras emergencias críticas basadas en la evidencia científica. Se define traqueostomía como "la realización de un orificio que comunica la tráquea con el exterior e implica la modificación del tracto aéreo superior al proporcionar una entrada adicional de la vía respiratoria" siendo su principal indicación el cáncer de laringe. En cuanto al manejo de la PCR en paciente traqueostomizado las guías de la ERC sólo mencionan recomendaciones en el manejo del soporte vital pediátrico.

OBJETIVO

Analizar la formación específica del personal sanitario sobre reanimación cardio pulmonar (RCP) en pacientes traqueostomizados

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en personal sanitario (PS) perteneciente al sistema tanto público como privado de Castilla y León. variables independientes: edad, sexo, profesión: personal enfermería (PE), personal medicina (PM), técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), técnicos de emergencias sanitarias (TES), haber presenciado una PCR en pacientes traqueostomizados (PCRt). Variable independiente: haber recibido formación específica sobre RCP en pacientes traqueostomizados (FRCPt). Se realizo mediante una encuesta en Google forms y el análisis de datos mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 29.0 Para el análisis descriptivo de la muestra: se utilizó la media. y la desviación estándar (DS) para las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas. Para comparar las medias se utilizó la prueba de t de student y la chi-cuadrado para variables cualitativas. Significación estadística: nivel de confianza del 95% (IC 95%) y p valor < 0.05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El tamaño muestral fue de 683, de ellos 107 (15,7%) fueron varones y 576 mujeres (84,3%). La edad media fue de 43,18 (DS 11,09). Edad media varón 43,74 (DS 11,59), 43,07 (DS 11,0) (p>0,05). En cuanto a profesión sanitaria: PE 60,6%; PM 14,8%; TCAE 15,5%; TES 0,6%; otros 8,5%. FRCPt: 79 (11,6%) de los cuales: PE 12,6%; PM 12,9%; TCAE 9,4%, 6,9% TES 0 (p<0,05). PCRt: 168 (24,6%) de los cuales habían recibido FRCPt 44 (26,2%) (p<0,05).

CONCLUSIONES

La FRCPt es muy deficitaria en el personal sanitario analizado. Un alto porcentaje de profesionales no ha recibido dicha formación y ha presenciado en alguna ocasión una PCR en estos pacientes. Existe una asociación entre PCRt y recibir FRCPt que puede justificarse por medidas de formación en unidades específicas que manejen un gran volumen de pacientes con alguna modificación en la vía aérea. Es necesaria una formación adicional sobre el manejo de estos pacientes a todo el personal sanitario para mejorar su asistencia y poder disminuir la morbimortalidad asociada.

P. #662

ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO. SCOPING REVIEW

Rodrigo Santos Gómez
Ministerio de Defensa, Alicante, España

INTRODUCCIÓN

La administración de sangre total y productos sanguíneos: hematíes, plasma y plaquetas, constituye uno de los pilares en la estrategia de Resucitación de Control de Daños o Damage Control Resuscitation (DCR) que se lleva a cabo en el paciente traumatizado grave con hemorragias. El beneficio entre el uso de la sangre total o los diferentes componentes, así como las diferentes proporciones y su impacto en la mortalidad son la fuente de numerosos estudios científicos que fundamentan la realización de esta revisión.

OBJETIVO

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre la transfusión de sangre completa y/o productos sanguíneos en el ámbito prehospitalario en el paciente adulto politraumatizado con shock hemorrágico. Analizar los beneficios reportados para el paciente con estas prácticas en términos de morbi-mortalidad.

MÉTODO

El diseño del estudio corresponde a una revisión sistemática del tipo Scoping Review (ScR) elaborado bajo los criterios de la extensión PRISMA-ScR, llevada a cabo para sintetizar la evidencia disponible del tema concreto no solo procedente de la literatura científica sino también de la literatura gris: protocolos de organismos y sociedades científicas, normativa y legislación aplicable, publicaciones en prensa…
Para la población (P) se han escogido adultos (<18 años) que han sufrido una hemorragia de origen traumático en el ámbito extrahospitalario, la intervención I ha sido la administración de sangre total o componentes sanguíneos, la comparación ha sido realizada entre la administración de los propios componentes y el resultado (O) ha sido el efecto de la intervención en la morbimortalidad del paciente.
Bases de datos analizadas: Pubmed, Scopus, CINAHL, Web of Knoledge, Google Academic, Google, LILACS y CUIDEN.
Criterios de inclusión: idioma español o inglés, publicación entre 2012-2024, inicio de la resucitación prehospitalario. Criterios de exclusión: hemorragias no traumáticas, niños o pacientes geriátricos, animales, uso de otros componentes para la resucitación

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De análisis de los artículos destacan los siguientes aspectos: con respecto al nivel de la evidencia se constata la escasa presencia de ensayos clínicos aleatorizados. Con respecto al uso de sangre total la evidencia relata beneficios en la supervivencia de los pacientes. La administración de concentrados de hematíes, plasma y/o plaquetas en términos generales mejora el pronóstico, pero no hay un consenso acerca de los porcentajes en los que debe ser utilizado ni un protocolo claro que estandarice su uso. La mayoría de estudios evidencian una mejora en las escalas de gravedad del trauma tras la administración de estos componentes. La literatura gris reporta la amplia variabilidad de protocolos de transfusión y del marco legal-normativo para la práctica.

CONCLUSIONES

La administración de sangre y/o productos sanguíneos es una práctica que suscita interés en los últimos años debido a las mejoras en el paciente y a los escasos efectos adversos, no obstante, la mayoría de autores concluyen en la ausencia de una herramienta estandarizada que permita identificar qué pacientes son destinatarios de estos tratamientos, así como un protocolo para su práctica. Se concluye que más estudios del tipo ensayo clínico aleatorizado deben ser realizados para identificar estos factores que contribuyan a una práctica eficaz y segura en los pacientes objetivo. Así como se abre el abanico de opciones de tratamiento no solo a los concentrados de hematíes o hemocomponentes por separado si no al uso de la sangre completa como terapia.

P. #717

LOS TIEMPOS DE RESPUESTA COMO HERRAMIENTA CLAVE EN LA GESTIÓN DE LAS PATOLOGÍAS TIEMPODEPENDIENTES

Beatriz Rodríguez Esplandiu, Mª ISABEL Vázquez García, NATALIA VANESA González Puebla, VICTORIA Cantó Blázquez, María Arévalo De Pablos, Adrián González Ruiz

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La codificación de los incidentes desde una central coordinadora de un Servicio de Emergencias (SEM) tiene una importancia decisiva en los tiempos de respuesta de las unidades. Tanto es así que la codificación inicial podría determinar los tiempos de respuesta de las unidades, tanto de Soporte Vital Avanzado (USVA) como de Soporte Vital Básico (USVB).

OBJETIVO

Valorar la influencia que el tipo de patología para la que se solicita una demanda tiene en los tiempos de respuesta de las unidades asistenciales de un SEM en función del código inicial del incidente asignado.

MÉTODO

Análisis observacional retrospectivo de una muestra de demandas asistenciales gestionados por una central coordinadora de un SEM urbano en el segundo semestre de 2024, codificados para los incidentes de: trauma, parada cardiorrespiratoria (PCR), pacientes inconscientes, convulsiones, patologías digestivas, patología cardiovascular sin especificar y caídas casuales.
Variables epidemiológicas: edad, sexo y código de incidente.
Variables independientes: grupos de incidentes divididos en tres grupos: traumas graves, PCR e inconsciencia y patologías menos graves y tipo de unidad asistencial.
Variables dependientes: tiempos de respuesta de llegada, de gestión y de asistencia en la escena.
Análisis descriptivo (medidas centrales y de dispersión). Análisis inferencial (T de Student para variables cuantitativas). IC 95%. SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

25378 demandas. Epidemiológicamente: 50,2% mujeres, edad media 54,6 años(DE 23,6). Los códigos más frecuentes fueron patología cardiovascular sin especificar(44,28%) y caídas casuales(42,43%).
Hemos agrupamos las patologías, de cara al análisis inicial, en tres bloques: códigos traumatológicos de pacientes graves (1,7%), PCR y pacientes inconscientes(2,2%) y patologías menos graves que incluyen: patología digestiva, convulsiones, caídas casuales y patología cardiovascular sin especificar(96,1%).
La media del tiempo de llegada: patologías menos graves: 6min29s(DE 3min23s), grupo de traumas: 6min23s(DE 3min32s) y PCR e inconscientes: 5min55s(DE 3min20s). Hay significación estadística para las diferencias de los grupos, p<0,001.

Agrupamos después los casos en dos grupos, pacientes más graves, que incluían traumas graves e inconscientes(3,9%) frente al resto de patologías(96,1%).
- El tiempo de llegada en los graves: 6min7s(DE 3min26s) vs 6min29s(DE 3min23s) en no graves, p<0,001.
- El tiempo de gestión de la llamada por la Central de Comunicaciones fue, grupo de los graves: 2min45s(DE 3min39s) vs 4min45s(DE 5min59s) en el de los menos graves, p<0,001
- El tiempo de asistencia en la escena fue en los menos graves 24min27s(DE 11min50s) vs 30min23s(DE 13min4s) en los graves, p<0,001.

Valorando la comparación de los tiempos entre los tipos de unidades:
- Tiempo de llegada: SVB 6min21s(DE 3min15s) vs 6min44s(DE 3min38s) SVA.
- En cuanto a la gestión de las llamadas: SVB, 4min30s(DE 6min4s) vs 3min27s(DE 5min31s) en SVA, p<0,001.
- También con lógica, los tiempos de asistencia son menores: SVB 23min2s(DE 11min22s) vs 27min59s(DE 21min23s) en SVA.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados podemos concluir que las unidades se dirigen más rápido a lo que a priori está codificado como más grave. Esto tiene una doble lectura, por una parte, es importante una buena codificación para impulsar este hecho, y por otra, se posibilita un exceso de confianza ante avisos en principio leves que luego pueden no serlo.
Las unidades de SVB llegan antes debido a su mayor número en los SEM, habitualmente el doble o 2/3 más que las USVA.
La gestión de la llamada es mayor en las patologías menos graves reflejo de la necesidad de afinar el tipo de unidad a la gravedad del incidente para evitar duplicidad de asignaciones.
Todo ello determina la gran importancia que tiene que la gestión de las llamadas sea un sistema ágil, desarrollado por personal con formación y experiencia en este tipo de tarea ya que tiene una repercusión clara en el tiempo de llegada al paciente.

P. #842

ABORDAJE DE LA EPIGASTRALGIA: DEL TRASTORNO DIGESTIVO AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Camilo José Vázquez Corveiras[1], Vanesa Sánchez Gutiérrez[2], Bibiana Basadre Rodríguez[3], Graciela González Belmonte[3], Óscar Grela Beres[4], Noa Valiño Ferraces[4]

1. FPUS 061 Galicia, La Coruña, España
2. SESPA, Gijón, España
3. FPUS 061 Galicia, Lugo, España
4. FPUS 061 Galicia, Foz, España

HISTORIA CLÍNICA

Un varón de 57 años, sin antecedentes personales de interés, contactó los servicios de emergencia por un dolor epigástrico intenso de aparición súbita. A su evaluación inicial, presentaba una presión arterial de 110/70 mmHg, pulso de 100 latidos por minuto, piel fría y sudorosa, aunque sin dolor torácico ni disnea. Durante su traslado en la ambulancia, el paciente sufrió una pérdida abrupta de conciencia. La monitorización electrocardiográfica reveló una FVSP. Inmediatamente se inició la resucitación cardiopulmonar (RCP) de acuerdo con los protocolos de Soporte Vital Avanzado (SVA) y se procedió a una descarga con desfibrilador externo automático. Tras dos intentos de desfibrilación, se consiguió un ritmo cardíaco estable. En el hospital, la angiografía urgente mostró una oclusión en la arteria descendente anterior, y se realizó una angioplastia con implantación de stent. El paciente fue dado de alta después de una recuperación satisfactoria a los 7 dias.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de no subestimar la epigastralgia como posible manifestación de un problema cardíaco grave. En particular, sugiere que la FVSP puede presentarse en ausencia de síntomas típicos de IAM, como el dolor torácico o la disnea. La rápida intervención prehospitalaria y la destreza en el manejo de la desfibrilación por parte del equipo de enfermería fueron cruciales para la supervivencia del paciente. Es esencial mantener un alto índice de sospecha para complicaciones cardíacas ante dolores abdominales agudos y formar adecuadamente a los equipos de emergencia en el reconocimiento y manejo de arritmias letales. El caso demuestra la relevancia de integrar servicios de emergencia con protocolos claros y capacitación constante, beneficiando el pronóstico de los pacientes con presentaciones atípicas de IAM.

P. #855

¿QUÉ ME VOY A ENCONTRAR CUANDO ASISTA A UN HERIDO POR ARMA BLANCA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO?

Eva María Valiño Otero, Barry Lynam, Jaime Barreiro López, Lidia Cortés Planas, Francesc Xavier Mateu Rubio, Alejandro Closa García

Sistema de emergencias médicas Cataluña, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Se define arma blanca como un "Arma constituida por una hoja metálica u otro material de características físicas semejantes, cortante o punzante" (1). Ésta se considera la causante de la mayoría de los traumatismos penetrantes en nuestro país, llegando a representar más del 80% del total de las lesiones penetrantes en los registros de trauma, muy por encima de las armas de fuego u otros tipos de mecanismos lesionales penetrantes(2).
Siendo una entidad con suficiente relevancia se plantea la necesidad de estudiar las características y el patrón lesional encontrado en los pacientes heridos por arma blanca durante su asistencia extrahospitalaria.

OBJETIVO

- Conocer las características y el patrón lesional del herido por arma blanca, en los pacientes asistidos por el Servicio de emergencias médicas.
- Describir la utilización de medidas de hemostasia externa aplicadas en los pacientes con heridas por arma blanca exanguinantes.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo de los pacientes recogidos en el registro de paciente politraumático (PPT) con activación del código PPT prehospitalario por parte del Servicio de emergencias médicas (SEM). Se recogieron los pacientes asistidos entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024. Los criterios de inclusión fueron aquellos pacientes en los que se activó el código PPT y constara el registro de arma blanca como mecanismo lesional causal. Se excluyeron los registros duplicados y aquellos en los que no quedara claro el mecanismo lesional causante de las lesiones.
Se analizaron las variables de año, edad, sexo, intoxicación asociada, así como la localización de la lesión, la necesidad de contención de hemorragia externa exanguinante y el tipo de hemostasia aplicada.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 357 pacientes con lesiones causadas por arma blanca, entre los dos años analizados, 168 (47%) en 2023 y 189 (53%) en 2024. La mediana (RIC) de edad fue de 30 (16) años, siendo el 95% de la muestra varones. Se encontró algún tipo de intoxicación asociada en 65 (18%) de los pacientes.
En cuanto al número de lesiones por paciente, se contabilizaron

7 pacientes en los que no se registró la localización exacta de la lesión. De los 350 restantes, 180 (51,3%) presentaron una sola lesión y 114 (32,6%) dos lesiones. El 16,1% restante presentaron entre 3 y 6 lesiones en el mismo paciente. En cuanto a su localización se observó que la cara anterior del tórax fue la zona mayormente afectada representando un 28% de las lesiones totales registradas, seguido del abdomen (14%) y la cabeza (10%).
Finalmente, se registró la aplicación de algún tipo de hemostasia externa en 90 (25%) de los pacientes, siendo la compresión directa/vendaje compresivo y el apósito hemostático los más utilizados, representando la suma de ambos el 50% de las medidas hemostáticas aplicadas.

CONCLUSIONES

Según los datos analizados del registro PPT, el paciente herido por arma blanca es en su mayoría hombre, en edad joven (menor de 40 años) y con posibilidad de presentar una intoxicación asociada. En cuanto al patrón lesional, la mitad de los casos presentaron 1 sola incisión, aunque la probabilidad de presentar lesiones múltiples en diferentes zonas del cuerpo es semejante, siendo las más probables la parte anterior del tórax, el abdomen y la zona cefálica.
Se aplicó algún tipo de hemostasia externa en un cuarto de los pacientes registrados con herida penetrante, siendo la compresión directa/vendaje compresivo y el apósito hemostático las más utilizadas.

P. #861

VALORACIÓN DE UN ACCIDENTADO

Elena Moles Estevez[1], Serafín Moles Moreno[2], Jhoselin Maite Cabrera León[1]

1. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España
2. Hospital Público Comarcal de Baza, Baza, España

HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis:
Aviso al servicio de urgencias extrahospitalaria y guardia civil por varón de 68 años, como único antecedente personal hipertensión arterial bien controlada, que mientras se encontraba en la montaña a 2000 metros de altura y 10 km de la localidad más cercana, sufre una caída accidental por un desnivel de 10 metros. Se activa como recurso de rescate helicóptero medicalizado que acude pasadas dos horas y el paciente es trasladado a la localidad más cercana hasta un hospital comarcal. A su valoración, el paciente se encuentra consciente y orientado, hemodinámicamente estable, ha caminado 200 metros hasta el lugar accesible para rescate, refiere dolor lancinante cervical, con limitación de la movilidad y mareo, y herida abierta en codo derecho. Se inmoviliza con collarín cervical, se le canaliza una vía periférica y se administran 75 mrg de Fentanilo y 1 g de Amoxicilina/Clavulánico.
A su llegada al servicio de Urgencias Hospitalarias…
Exploración física:
TA: 128/98 mmHg. SatO2 96%.
Regular estado general. Glasgow 13/15.
Herida sangrante en codo derecho con pérdida de continuidad y sustancia, con limitación funcional. Herida inciso contusa a nivel occipital. Múltiples hematomas por toda la superficie corporal.
Tórax simétrico, estable, no claros signos de fractura. Hipoventilación generalizada bilateral. Sin ruidos sobreañadidos.
Columna vertebral: apofisalgias a nivel cervical y dorsal hasta D6 con contractura muscular en musculatura paravertebral bilateral a nivel dorsal y cervical. Fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades.
Pelvis estable, no dolorosa.
Resto normal.
Pruebas complementarias
Analítica sanguínea
Bioquímica: Glucosa 167 CPK 909, LDH 476
Hemograma 13000 leucocitos con neutrofilia.
PCR 0,5
Coagulación normal.
ECG: ritmo sinusal. No alteraciones de la repolarización ni de la conducción.
Body TAC:
A nivel de columna cervical se observa fractura de C2 a nivel de ambos pedículos con separación de fragmentos de 5,7 mm en lado derecho y 8,6 mm en el lado izquierdo. Fractura del proceso transverso de C 1.
Fractura acuñamiento anterior de D4, con pérdida de altura aproximadamente del 30% sin afectación del muro posterior.
Fractura de arcos costales anteriores de 1° Y 2° y fracturas de arcos costales posteriores de 1°, 2°, 3° 4° y 5°, sin desplazamiento significativos.

Pequeño derrame pleural bilateral de mayor expresión en lado izquierdo, con áreas de contusión pulmonar bilaterales de mayor tamaño en el lado izquierdo.
Resto normal.
Tratamiento
Se administran otros 75 mcg de Fentanilo y 70 mg de Propofol.
Se realiza interconsulta con Neurocirugía del hospital de referencia que acepta traslado Urgente a UCI de dicho hospital con una perfusión de Propofol.

CONCLUSIONES

La atención del paciente traumatizado grave requiere una evaluación y tratamiento rápidos y eficaces de las lesiones que ponen en peligro su vida a través de una evaluación inicial con el objetivo de distinguir aquel accidentado grave o potencialmente grave y decidir el traslado al hospital suficientemente capacitado en función de las necesidades del paciente. En nuestro caso, el paciente es trasladado a un hospital comarcal por petición propia del paciente, lo cual supuso un retraso de varias horas en optimizar en manejo del paciente, aumentando el riesgo de inestabilización de éste.
Es también importante recordar que, en un politrauma, aún que el paciente deambule por su propio pie, es imprescindible inmovilizar cuello y pelvis y utilizar el colchón de vacío para realizar el traslado.
En el caso del TAC cervical, remarcar que está indicado siempre que se realice un TAC craneal o en los pacientes que no cumplan los criterios NEXUS/Canadá. La radiografía cervical no esta indicada por la escasa sensibilidad en la detección de lesiones cervicales.

P. #870

UNA IMAGEN DIAGNÓSTICA

Boris David Silva Pacheco[1], Mónica Coll Hernández[1], Yago Muñecas Cuesta[2], Esther Acosta Acosta[1], Lucía Díaz Gil[1], Ainhoa Pérez García[3]

1. SUMMA112, Madrid, España
2. SESCAM, Toledo, España
3. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 61 años obeso sin otros antecedentes, nos avisan del centro coordinador por dolor brusco interescapular irradiado a miembros inferiores cayendose mientras caminaba con posterior imposibilidad para mover las piernas. A nuestra llegada paciente consciente, diaforético, no ha logrado levantarse,en días previos asintomático, no suele ir mucho al médico.
A la exploración auscultación cardiopulmonar normal, abdomen sin alteraciones, dolor a la palpación lumbar. Pérdida de fuerza y sensibilidad en ambos miembros inferiores, resto de exploración neurológica normal,dificultad para encontrar pulsos, posiblemente disminuidos. Frecuencia cardiaca:74 Tensión arterial:206/113 saturación:98% Escala de dolor 9/10. Se administró fentanilo y urapidilo con leve mejoría del dolor, pero sin control tensional.
Nos planteamos como diagnóstico diferencial compresión medular postraumática o disección de aorta. Electrocardiograma sin alteraciones de la repolarización. Realizamos eco in situ con aumento del diámetro aórtico abdominal junto a la bifurcación de iliacas de aproximadamente 3,5 cm, único hallazgo visualizable por gran perímetro abdominal.Se decidió traslado en colchón de vacío, minimizando las movilizaciones bruscas. Se realizó preaviso de código aorta a cirugía vascular.
Tomografía axial computarizada hospitalaria: Disección de aorta tipo B de standford que se extiende por toda la aorta abdominal, ambas iliacas y sectores femorales incluidos.

CONCLUSIONES

La disección aórtica es una enfermedad poco frecuente, con una mortalidad inmediata del 1% en una hora y con un 25% de supervivencia a las 2 semanas en pacientes sin tratamiento, por lo que requiere un diagnóstico precoz. Como factores de riesgo destacan la hipertensión arterial, el síndrome de Marfan y las alteraciones de la pared aórtica, siendo más frecuente su presentación en varones, con una edad media de 63 años.
La sospecha clínica basada en la sintomatología es clave para llegar al diagnóstico precoz. El 95.5% de los casos, presentan dolor, que puede orientarnos al tipo de disección. Cuando el dolor se presenta en región retroesternal, irradiado al cuello, suele indicar afectación de aorta ascendente; cuando se inicia en espalda o abdomen, suele afectar a la aorta descendente. Pueden encontrarse otras manifestaciones clínicas dependiendo de la afectación de ramas aórticas, como puede ser el accidente cerebrovascular, isquemia renal o mesentérica. El paciente suele presentar tensión arterial normal o elevada, con aumento de la presión diferencial, soplo diastólico por afectación valvular aórtica o signos derivados del taponamiento cardíaco como la

hipotensión. Es importante establecer un diagnóstico diferencial con procesos coronarios agudos, trastornos neurológicos, insuficiencia aórtica o pericarditis.
La confirmación diagnóstica se puede realizar por la ecografía transtorácica o transesofágica o por la tomografía axial computarizada. Los cuadros clínicos atípicos o la no disponibilidad inmediata de este tipo de imágenes, hacen que el abordaje diagnóstico sea un reto, retrasando el diagnóstico inicial y empeorando el pronóstico del paciente. La valoración ultrasonográfica a la cabecera del paciente puede ofrecer una prueba de detección rápida y oportuna, para el paciente con clínica de un posible síndrome aórtico agudo. Esta prueba diagnóstica tiene a favor la comodidad del paciente, la inmediata disponibilidad en algunos servicios de urgencias, la facilidad y la rapidez de adquirir información que conduce a valorar diagnósticos diferenciales y en algunos casos a establecer un diagnóstico definitivo, disminuyendo el tiempo de abordaje diagnóstico y terapéutico.
El tratamiento médico inicial debe dirigirse a la estabilización del paciente, normalizando la presión arterial y reduciendo el ritmo cardiaco, limitando así la fuerza de eyección del ventrículo izquierdo, ya que éstos son los principales factores determinantes de la dilatación y rotura de la falsa luz. En el caso de hipotensión, hay que descartar la existencia de taponamiento cardíaco, el tratamiento definitivo es quirúrgico.

P. #911

IMPORTANCIA DE LA RCP BÁSICA REALIZADA POR TESTIGOS PARA LA SUPERVIVENCIA Y LA REDUCCIÓN DE SECUELAS EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Paula San José Alonso[1], Sebastián Felipe Ipiña Vega[2], Christian Baizán Díaz[3], Jorge Gracia Ochotorena[2]

1. 061 Cantabria, Santander, España
2. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
3. Emergencias 112 Castilla y León, Ponferrada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 56 años, dado de alta el día anterior tras ingreso por edema agudo de pulmón y siendo diagnosticado durante dicho ingreso de miocardiopatía dilatada con fracción de eyección de ventrículo izquierdo severamente reducida. Avisan por paciente que se ha desplomado estando en el supermercado; por los datos que aportan los alertantes se identifica posible parada cardiorrespiratoria, por lo que se les da indicaciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica de manera telefónica a la par que se activa a la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA). La llamada en el Centro Coordinador entra a las 10:00 horas y el equipo sanitario llega al lugar a las 10:13 horas. Encuentran al paciente tumbado en el suelo inconsciente y una persona realizando compresiones torácicas. A la evaluación del paciente se constata que se encuentra en parada cardiorrespiratoria y se inicia RCP avanzada. En el primer análisis del ritmo se observa una Fibrilación Ventricular (FV), por lo que se administra una primera descarga de 150 Julios. Tras el segundo ciclo de compresiones torácicas, continúa en FV, aplicándose una segunda descarga de 150 Julios. Tras el tercer ciclo de compresiones torácicas se reevalúa al paciente, obteniendo pulso carotídeo y permaneciendo el paciente inconsciente, por lo que se procede a intubación orotraqueal. Se realiza traslado a Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, donde en las primeras horas se consigue realizar extubación observándose ausencia de secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES

La RCP básica precoz es un factor determinante para mejorar la supervivencia y reducir las secuelas en casos de parada cardiorrespiratoria.
Uno de los principales beneficios es la preservación de la oxigenación cerebral. La interrupción del flujo sanguíneo durante una parada cardiorrespiratoria puede causar daños neurológicos irreversibles en pocos minutos. Al realizar compresiones torácicas de alta calidad, se mantiene una circulación mínima que permite el transporte de oxígeno a órganos vitales.
Además, mejora la efectividad de la desfibrilación cuando está indicada. Una reanimación cardiopulmonar de calidad previa a la desfibrilación incrementa las posibilidades de respuesta favorable al choque eléctrico.
Si observamos los datos del informe OHSCAR 2022, podemos apreciar que la supervivencia al alta de los pacientes cuya parada fue presenciada y presentaron un ritmo inicial desfibrilable fue de un 27,1% (n=1520) en aquellos que no

se realizó RCP por testigos, y de un 27% (n=855) en los que sí recibieron RCP básica. Presentaron un buen estado neurológico al alta un 27,1% y 24% respectivamente. Con estos datos puede parecer que no hay diferencia entre recibir soporte vital previo por testigo y no recibirlo, pero hay que tener en cuenta que en el primer grupo estamos hablando de pacientes con primer ritmo desfibrilable, por lo que es probable que la atención por parte de los Servicios de emergencias (SEM) fuera muy rápida. Por otro lado, aquellos pacientes cuya parada fue presenciada y tuvieron un ritmo inicial no desfibrilable, tuvieron una supervivencia al alta del 4,8% (n=4157) y un buen estado neurológico al alta del 3,7%. Por lo tanto, podríamos sacar algunas conclusiones; en primer lugar, el pronóstico es claramente peor en el caso de parada con ritmo inicial no desfibrilable. En segundo lugar, podemos fijarnos en que el número total de paradas presenciadas con ritmo inicial no desfibrilable es muy alto comparado con los dos primeros grupos. Es posible que, si hubieran recibido un soporte vital básico cuando se presenció la parada, un porcentaje de estos pacientes podría haber presentado un ritmo desfibrilable cuando llegaron los SEM, y, consecuentemente, una mayor probabilidad de supervivencia y recuperación neurológica adecuada.

P. #1060

INCONSCIENTE (RESPIRA), 1 AFECTADO

Joaquín Lacambra Escobedo[1], Sara Alegre Fresno[2], Carlos Rubio Chacón[3], Alberto Montarelo Navajo[3], Ángel Luis Burgos Saco[3], María Paz Ortega Mercader[1]

1. Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla, Madrid, España
2. Centro de Salud Valleaguado, Madrid, España
3. SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: inconsciente (respira), 1 afectado.
Episodio actual: se recibe aviso desde Servicio Coordinador Urgencias (SCU) a las 17:28 horas de paciente "desconocido" en situación de: "inconsciente (respira), 1 afectado".
12 minutos más tarde, nos encontramos en una zona residencial. Nos reciben dos personas con marcado estado de nerviosismo y de ansiedad que comentan "¡está parada! ¡está muerta! ¡están haciéndole maniobras de resucitación!".
"Desconocido" se trata de una mujer posicionada en decúbito supino que está recibiendo compresiones torácicas por familiar. Las compresiones fueron iniciadas un minuto antes a nuestra llegada de forma transtelefónica y guiada por SCU.
Exploración física: inconsciente, no respira, sin pulso, sin signos de traumatismo o de violencia física.
Evolución: se confirma parada cardiorrespiratoria transmitiendo por "malla" la situación clínica y hemodinámica de la paciente. Se insta a que el testigo que ha iniciado las compresiones torácicas, continúe hasta la colocación del "dispositivo mecánico de compresión torácica". Se aisla vía aérea mediante secuencia rápida de intubación. Se canalizan dos vías venosas de acceso periférico. Se monitoriza a la paciente dónde se objetiva la presencia de actividad eléctrica sin pulso (AESP), por lo que se administra adrenalina y se continúan maniobras de resucitación. A los seis minutos de administrar la catecolamina, se objetiva normofrecuencia cardíaca y pulso carotídeo. Se realiza ecografía POCUS dónde destacan signos de sobrecarga derecha con dilatación de ventrículo asociado sin visualizar trombo visible. La paciente comienza con bradicardia progresiva y pérdida de pulso asociada que obliga a reiniciar las maniobras de resucitación nuevamente durante dos minutos precisando de la administración de segunda dosis de adrenalina intravenosa tras lo cual, vuelve a normalizar frecuencia cardíaca y recuperar pulso.
Interrogando familiares, refieren que la paciente tiene 33 años, carece de antecedentes y se encuentra en tratamiento con anticonceptivos orales. En las semanas previas había descrito clínica de malestar general junto con decaimiento y disnea progresiva por lo que consultó recientemente con diagnóstico de "infección de vías respiratorias".
Tras una atención sanitaria avanzada de 38 minutos, se traslada a Centro de Referencia con "alerta hospitalaria".
Durante la movilización, la paciente presenta nuevamente parada cardiorrespiratoria con ritmo no desfibrilable (AESP). Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar con administración de tercera dosis de adrenalina tras lo cual la paciente, a la llegada al Hospital de referencia, presenta pulso

carotídeo y frecuencia cardíaca normalizada.
Resolución: dada la inestabilidad clínica y hemodinámica que ha precisado de maniobras de reanimación cardiopulmonar junto con administración de 3 dosis de adrenalina ante la presencia de actividad eléctrica compatible con ritmo no desfibrilable (AESP), se realiza transferencia en sala de reanimación quince minutos posteriormente a la salida del lugar de la intervención.
Durante la asistencia hospitalaria, solicitan gasometría venosa en la que se aprecia insuficiencia respiratoria global y acidosis grave. Realizan ecografía POCUS nuevamente con la obtención de imágenes similares a las previas. Solicitan CT-TORÁCICO URGENTE con la descripción de "tromboembolismo pulmonar bilateral masivo" ante lo que deciden ingreso en UCI para monitorización y tratamiento definitivo.
Tras un tiempo de estancia hospitalaria total breve, la paciente fue dada de alta sin ningún tipo de secuela ni de complicación asociada encontrándose actualmente en seguimiento de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

- La reanimación cardiopulmonar (RCP) transtelefónica es una herramienta de utilidad conocida que, al iniciarse de forma precoz y de forma guiada por personal entrenado, ha demostrado aumentar la supervivencia.
- Por cada minuto que se retrasa la RCP disminuyen un 10% las probabilidades de supervivencia.
- Se recomienda la fibrinólisis extrahospitalaria en pacientes inestables en situación de parada cardiorrespiratoria en los que el nivel de sospecha sea suficiente para tromboembolismo pulmonar.

P. #1115

ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR COMO ESTRATEGIA POTENCIALMENTE EFECTIVA PARA MEJORAR LA AUTOEFICACIA

Esteban Montoya Giménez[1], María Del Carmen Rodríguez García[2], Helena Martínez Puertas[2], José Miguel Garrido Molina[3], Alba García Viola[4], Verónica V. Márquez Hernández[2]

1. Brigada de la Legión (Ministerio de Defensa), Almería, España
2. Universidad de Almería, Almería, España
3. Centro de emergencias sanitarias 061, Almería, España
4. Distrito Almería, Almería, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca continúa siendo un serio problema global de salud en todo el mundo susceptible de revisión y mejora. La alta motivación de los reanimadores podría llevar a una resucitación cardiopulmonar de alta calidad.

OBJETIVO

Analizar la motivación del personal sanitario en la resucitación cardiopulmonar y su relación con la autoeficacia.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo-correlacional transversal en una muestra de profesionales sanitarios (N=399), formada por médicos y enfermeras de cuidados críticos, urgencias y emergencias de España realizado entre 2024 y 2025. El nivel de motivación y autoeficacia se midieron utilizando la versión española del the Cardiopulmonary Resuscitation Motivation Scale (s-CPRMS) y Basic Resuscitation Skills Self-Efficacy Scale (BRS-SES) como instrumentos estandarizados válidos y fiables. Este estudio siguió las recomendaciones STROBE. Se estableció un nivel de confianza del 95% y se consideraron significativos valores de $p<0.05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los sujetos mostraron una alta motivación en la resucitación cardiopulmonar (M=4.34; DE= 0.33), con valores similares para el personal de medicina (M=4.36, DE= 0.33) y enfermería (M=4.34, DE=0.34; $p > 0.05$). El factor "importancia percibida" obtuvo la puntuación más alta, observando valores significativamente mayores en las mujeres (U=14985,500, Z=-3,358; p=0.001) y en los profesionales más jóvenes (= -.117; p=0.019). La motivación para el factor "Facilitadores de la Resucitación" resultó significativamente mayor en los profesionales que habían recibido formación en RCP durante el último año (H=7.850, gl=3; p=0.04). La alta motivación de los sujetos se asoció a una autoeficacia significativamente mayor (= .317; $p<0.001$).

CONCLUSIONES

Promover una alta motivación entre los profesionales sanitarios podría ser una estrategia potencialmente efectiva para mejorar la confianza en su capacidad (autoeficacia) para realizar una resucitación cardiopulmonar de calidad que traslade resultados post parada favorables.

P. #1127

COMPARATIVA DE LOS PARÁMETROS BIOQUÍMICOS ENTRE LAS MUESTRAS ANALÍTICAS EXTRAÍDAS EN LA ESCENA Y LAS RECOGIDAS EN LA PUERTA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO IIA

Jorge Carrasco Yubero[1], Elena Sanz De Miguel[1], Alicia Benito Sánchez[1], Alonso Mateo Rodríguez[2], Fernando Neria Serrano[3], Francisco Javier Acebedo Esteban[1]

1. SAMUR PC, Madrid, España
2. Organización Regional de Transplantes. Facultad de Medicina Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España
3. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

España es líder mundial en la donación de órganos y tejidos. La donación en asistolia no controlada (DANC) comenzó en la Comunidad de Madrid en el año 2004. Se precisa de la perfecta coordinación entre Servicios de Emergencias Extrahospitalarios y Hospitales. En la Ciudad de Madrid existen dos hospitales receptores: Hospital 12 octubre (HUDO) y Hospital Clínico San Carlos (HCSC). Como en proyectos anteriores, estudiar los parámetros que se recogen en la analítica sanguínea que se realiza en la escena en el contexto de la Parada Cardiorrespiratoria extrahospitalaria puede ayudarnos a predecir la viabilidad de los órganos y evaluar áreas de mejora.

OBJETIVO

Estudiar y comparar parámetros epidemiológicos y bioquímicos en la escena y en la puerta de hospital que puedan influir en la viabilidad de los órganos en DANC tipo IIa.

MÉTODO

Se recogieron variables sociodemográficas y bioquímicas del registro nacional de la ONT. Se emplearon las pruebas de Wilcoxon o la de Chi cuadrado para valorar las diferencias entre parámetros bioquímicos; se consideraron que existían diferencias significativas cuando el p valor fue inferior a 0.05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Fueron recogidos dos grupos de donantes, 125 válidos en los que se recoge analítica sanguínea en la escena, y 506 donantes válidos en los que se extrae la analítica en puerta de urgencias del Hospital Clínico San Carlos y el Hospital 12 de Octubre. Se comprueban diferencias significativas con $p<0,05$ en el pH (7.1 ± 0.2) vs (6.9 ± 0.2); EB (-6.1 ± 7.8) vs (-16.0 ± 7.9); pCO2 (69.4 ± 22.3) vs (114.5 ± 45.5); Glucemia (186.8 ± 122.8) vs (379.9 ± 186.3) y Lactato (7.7 ± 6.6) vs (11.9 ± 3.4). Se encuentra asociación estadística en el CHO3 y Creatinina.
En los pacientes que donan pulmón, de forma significativa con $p<0,05$ encontramos que el pH, el EB, el CHO3 y la pCO2 se encuentran en valores más patológicos en puerta de hospital de urgencias.

CONCLUSIONES

En la puerta de hospital los parámetros analíticos son más patológicos
Es necesario ampliar la muestra y los parámetros analíticos con los que obtener datos más significativos para mejorar la viabilidad de los órganos en la donación no controlada tipo IIa

P. #1210

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO VS. IMPACTACIÓN ESOFÁGICA: LA IMPORTANCIA DEL MANEJO PRECOZ POR PARTE DE LA POBLACIÓN

Javier Martín Ruiz, Santiago Ortiz Fernández, Héctor Malanda Esteban, Fernando Lombardía Recio, Natalia Vanesa González Puebla, Ervigio Corral Torres

SAMUR - Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) es una patología tiempo-dependiente que produce asfixia, pudiendo progresar a hipoxemia, disminución del nivel de consciencia (NC) y parada de origen respiratorio (PCR). Su causa principal es el atragantamiento por alimentos mal triturados.
No obstante, dada la confluencia de la vía aérea y el tracto digestivo en la hipofaringe, el atragantamiento no es sinónimo de OVACE, también puede producir impactación esofágica. En este caso, los pacientes no presentarían sintomatología respiratoria, más allá de la hiperventilación en contexto ansioso.
La mayoría de las OVACE pueden resolverse por parte de la población general mediante golpes interescapulares o compresiones abdominales (maniobra de Heimlich). El manejo de la impactación requiere farmacoterapia y/o tratamiento endoscópico.

OBJETIVO

El objetivo principal es remarcar la distinción entre OVACE e impactación esofágica, ya que presentan un manejo diferente a pesar de compartir causa (atragantamiento). Como objetivo secundario valoraremos si la sintomatología revierte ante la actuación de personal no sanitario in situ antes de acudir nuestras unidades, debido a la necesidad de instaurar tratamiento precoz ante la asfixia.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Pacientes atendidos por obstrucción de la vía aérea por un servicio de emergencias entre enero de 2022 y diciembre de 2024.
Variables epidemiológicas: edad, sexo, motivo de la llamada. Variables independientes: constantes iniciales, presencia de disfagia previa, NC, PCR, supervivencia. Variable dependiente: variable binaria OVACE vs impactación esofágica.
Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial. Variables categóricas mediante Chi cuadrado, variables continuas mediante t de Student. Intervalo de confianza 95%. SPSS V29.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tamaño muestral de 88 personas atendidas: 40 pacientes (45%) con dificultad respiratoria (OVACE) y 48 (55%) sin dificultad respiratoria (impactación).
49 eran hombres (56%). Edad media: 49 años con DE: 27.5, sin diferencias significativas con respecto a la variable binaria.

En cuanto a las constantes iniciales, se apreciaron diferencias significativas en Glasgow (14,38 OVACE vs 15 impactación; p=0.020), SatO2 (94.76 OVACE vs 97.57 impactación; p=0.011) y tensión arterial sistólica en mmHg (TAS) (130,19 OVACE vs 142.32 impactación; p=0.039). Sin diferencias en frecuencias cardiaca y respiratoria.
Causa del atragantamiento: 78 pacientes con sólidos (89%) y 10 con líquidos (11%). El alimento (trozo de carne) es el cuerpo extraño más frecuente. Sin diferencias significativas, aunque con tendencia a que los sólidos se asocien a OVACE (con más muestra, habría significación).
Disfagia previa: diferencias significativas en pacientes con impactación (p=0.028).
Disminución del NC: presente en 12 pacientes (14%), de los cuales 4 (5%) progresan a PCR. Ambas presentes únicamente en OVACE (p<0.001).
Mejoría a nuestra llegada: diferencias significativas en OVACE (p=0.047), ante realización de maniobras por parte de los testigos.
Pacientes que precisan atención por nuestra parte (aspiración de restos alimentarios o secreciones, oxigenoterapia o maniobras de soporte vital avanzado ante PCR): diferencias significativas en OVACE (p<0.001). El resto de los pacientes precisaron traslado para valorar realización de endoscopia, sin diferencias.
Supervivencia del 100% de los pacientes.

CONCLUSIONES

1. El número de pacientes con impactación esofágica es mayor que los que presentan OVACE, pero éstos presentan mayor gravedad. Resultan esenciales una buena anamnesis, exploración física dirigida y toma de constantes, dirigidas a la precisión diagnóstica y descartar afectación respiratoria.
2. La realización precoz de compresiones abdominales por parte de testigos no sanitarios in situ es claramente satisfactoria, por lo que se debe promover la formación en primeros auxilios a la ciudadanía.
3. Aquellos pacientes con alta sospecha clínica de impactación esofágica deben ser trasladados a un centro sanitario, ya que no disponemos de la terapéutica necesaria en nuestras unidades.

P. #1233

APUÑALADO. CUANDO LO QUE VEMOS PUEDE ESCONDER MUCHO QUE NO VEMOS

Ainhoa Sologuren Marquet, Iker Hernández Gómez
Osakidetza, Donostia-San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

Madrugada de viernes a sábado, avisan por varón de 27 años, que acude por sus medios a comisaria, tras ser apuñalado en tórax y mano derecha.
A la llegada de Soporte Vital Avanzado (SVA), disnea y desasosiego, refiere le cuesta respirar.
Exploración: Presión arterial 127/45. Frecuencia cardiaca 114. SaturaciónO2 98% con Ventimask. Frecuencia respiratoria 24. Glucemia capilar 115.
Signos evidentes de intoxicación etílica.
Cabeza: herida inciso-contusa en región parietal izquierda.
Auscultación cardiaca: tendencia a taquicardia
Auscultación pulmonar: hipoventilación en base izquierda.
2 lesiones incisas, sin observarse salida de aire, con exposición grasa en región anterior de hemitórax izquierdo, a nivel de 8ª costilla, y en línea medio-axilar izquierda 7ª costilla. No enfisema.
Abdomen anodino, no defensa.
Extremidades superiores: lesión incisa en región interdigital de 3er y 4º dedos de mano derecha, de unos 2 cm de profundidad.
Tratamiento SVA: Se coloca parche de Asherman pese a no presentar salida de aire por posible neumotórax por herida penetrante en ambas lesiones de tórax. Se canalizan 2 vías periféricas y se administra 50 mcgr fentanilo y suero salino fisiológico 500 ml calientes. O2 VMSK 31%. Se realiza limpieza y compresión en heridas de cabeza y mano.
Paciente hemodinámicamente estable durante la atención.
Una vez en el hospital, realizan tomografía axial computarizada (TAC):
- Moderado hemotórax izquierdo con foco de sangrado activo basal posterior
- Pequeña burbuja de neumotórax apical izquierdo
- Laceración esplénica grado 3 en la escala de AAST. Sin claras lesiones vasculares.
- Rotura diafragmática anterior izquierda con defecto de 34 mm con herniación hacia el tórax de parte del cuerpo gástrico y pequeña cantidad de hemoperitoneo con foco de sangrado activo.
- Hematoma mesentérico en espacio gastroesplénico de 47x61x48 mm, en contacto con la curvatura mayor gástrica, el cual presenta un engrosamiento de la pared y un foco de sangrado activo. Pequeña burbuja de aire adyacente a la pared gástrica y al sangrado, por lo que no se puede descartar perforación de estómago.
- Sin otras burbujas de neumoperitoneo.
- Pequeña irregularidad e hipodensidad en el extremo distal de la cola pancreática, el cual se encuentra adyacente al bazo y hematoma mesentérico por lo que no se puede descartar pequeña laceración a dicho nivel.
- Moderada cantidad de hemoperitoneo a nivel perihepático, periesplénico, entre asas y en pelvis.
- Defecto de 13 mm en la piel a nivel torácico lateral izquierdo

(adyacente a aproximadamente séptima costilla) con burbujas de aire.
Se procede a intervención quirúrgica urgente del paciente, con posterior ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES

Las agresiones con armas penetrantes, especialmente por cuchillos, están significativamente en aumento, afectando principalmente a varones de entre 20 y 40 años; y relacionándose con los fines de semana y el ambiente nocturno.
Las lesiones en tórax y abdomen son las más frecuentes, y las que se relacionan con una mayor mortalidad, precisando de TAC para el correcto diagnóstico de las mismas; ya que la radiografía o el eFAST pueden no ser suficientes para detectar algunas de las lesiones potencialmente mortales.
En la emergencia extrahospitalaria debemos tener en cuenta que las lesiones internas por heridas penetrantes pueden ser muy diversas y debemos sospecharlas desde la aproximación inicial, teniendo en cuenta la importancia del tiempo en nuestra atención. La trayectoria interna, profundidad y extensión de las lesiones son muy difíciles de preveer, pero debemos tenerlas en mente, con un amplio diagnóstico diferencial y adelantándonos a las posibles complicaciones; siendo nuestro caso un claro ejemplo de que una incisión en tórax puede producir lesiones abdominales que en un momento inicial, con una exploración normal, podemos no sospechar, pero que precisa una cirugía urgente.
+ BIBLIOGRAFÍA

P. #1249

CÓDIGO INFARTO: CUANDO EL SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERIZADO ES FUNDAMENTAL Y AGILIZA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, MEJORANDO LA ASISTENCIA INICIAL Y LOS TIEMPOS DE RESPUESTA

Ainhoa Sologuren Marquet, Iker Hernández Gómez
Osakidetza, Donostia-San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

Entra la llamada desde 112 por dolor torácico, activando de forma conjunta Soporte Vital Avanzado Enfermerizado (SVAE) como recurso de zona y Soporte Vital Avanzado medicalizado (SVAM).
En 12 minutos, SVAE está con el paciente, realizando la valoración inicial y realiza electrocardiograma (ECG) diagnóstico, que transfiere al Centro Coordinador, donde el Médico coordinador visualiza ECG e informa a SVAM:
Varón de 69 años, mientras estaba en la huerta comienza con opresión centrotorácica irradiada a hombro izquierdo, seguido de sudoración fría y 1 vómito.
ECG: bradicardia sinusal a 58 lpm, QRS estrecho con elevación de ST en I, aVL, V1-V4 e imagen especular con descenso de ST en cara inferior y lateral (II, III, aVF y V5-V6)
A los 5 minutos de realizar el ECG, llega SVAM, conocedores del caso y diagnóstico, con vía canalizada y ácido acetilsalicílico (AAS) 250 mg administrado por SVAE, siguiendo la indicación del médico coordinador; por lo que se realiza la transferencia del paciente y evaluación médica: presión arterial (PA) 172/110. Frecuencia cardiaca (FC) 53. Saturación O2 (SatO2) 96%. Glucemia capilar 93. Mal aspecto general, pálido, sudoroso, afectado por dolor. Auscultación cardíaca rítmica. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, buena ventilación global bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Extremidades superiores: buen pulso radial. Extremidades inferiores: no edemas. Se administran 2 puff de solinitrina, con mejoría del dolor con PA 181/107, FC 61, SatO2 97%; y posteriormente se inicia perfusión de solinitrina 5 mg en 50 ml a 6 ml/h con PA 139/81, FC 57, SatO2 99%. Se realiza llamada con Hemodinámica de guardia, acordando 2° antiagregante (ticagrelor 180 mg) e iniciando el traslado del paciente, que dura unos 20 minutos aproximadamente; consiguiendo que el tiempo transcurrido desde el 1er ECG (previo a la llegada del SVA) hasta que el paciente esta en sala de hemodinámica se reduzca a 42 minutos, haciendo una transferencia rápida y una valoración médica dirigida, en relación al diagnóstico precoz realizado gracias a la labor de SVAE.
En sala de hemodinámica se realiza cateterismo cardiaco emergente objetivando enfermedad coronaria monovaso por oclusión aguda en descendente anterior media. Se realiza Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria con tromboaspiración del trombo e implante de stent con buen resultado. A los 5 días es dado de alta del hospital con Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) límite, sin datos de complicación.

CONCLUSIONES

En este caso se presentan varios aspectos fundamentales de la emergencia extrahospitalaria que se entrelazan de forma muy positiva en beneficio del paciente, y que reduce y minimiza los errores que han sido descritos en la literatura con anterioridad, en relación a la identificación y manejo prehospitalario del síndrome coronario agudo.
Por un lado, la rápida detección de un probable síndrome coronario agudo por el médico coordinador, activando ambos recursos. Por otro, el manejo por parte de SVAE, rápido y conocedores de la situación de gravedad del paciente, que ponen en marcha las técnicas diagnósticas y tratamiento dirigido previo a la llegada de SVAM. Y por último, la transferencia y agilidad entre SVAE y SVAM para iniciar de forma precoz el traslado para el tratamiento definitivo en sala de hemodinámica.
+ BIBLIOGRAFÍA

P. #1264

FÉRULA DE TRACCIÓN: CUANDO LA CONTRAINDICACIÓN NO ES TÁN FÁCIL DE DETECTAR EN LA PRIMERA ATENCIÓN

Ainhoa Sologuren Marquet, Iker Hernández Gómez
Osakidetza, Donostia-San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

Avisan por varón de 65 años, precipitado de un 2° piso. Lo encuentra una viandante en el suelo, con deformidad evidente en extremidad inferior izquierda y traumatismo craneoencefálico (TCE). Consciente en todo momento, el paciente no se queja de nada.
A nuestra llegada como Soporte Vital Avanzado (SVA), paciente consciente, sentado contra la pared, niega dolor.
Se sigue el algoritmo XABCD, realizando:
X: inmovilización cervical. No lesiones exanguinantes.
A: hablando, tráquea centrada.
B: buena ventilación, ambos hemitórax simétricos.
C: no pulso radial, pálido, frío.
D: Glasgow 15. Glucemia capilar 153.
E: PA 86/40. FC 83. SatO2 92% con marcada frialdad acra. Glasgow 15. Pálido, frío. Eupneico. Cabeza: traumatismo nasal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin defensa. Extremidades superiores sin signos de contusión ni deformidad. Extremidades inferiores: fractura abierta de fémur izquierdo, con deformidad en tercio medio-distal y acortamiento, sin cambios de coloración respecto a contralateral. Imposibilidad para palpar pulsos de forma bilateral. Pelvis aparentemente estable.
Electrocardiograma: ritmo marcapasos a 66 lpm.
Se canaliza vía periférica y se administra Ácido tranexámico 1 g + SSF 500 ml caliente + Fentanilo 50 microgramos(mcgr) + 50 mcgr + 50 mcgr, O2 reservorio e inmovilización con collarín cervical, tablero espinal dama da elche, pulpo y cinturón pélvico.
Una vez inmovilizado, ante sospecha de fractura de fémur en tercio medio-distal, se coloca férula de tracción en pierna izquierda, con alineación de la fractura, manteniendo buena coloración del pie, sin conseguir pulso. PA 80/40. SatO2 100%
Se intenta mantener el calor corporal con manta térmica, suero caliente y temperatura alta en la ambulancia.
Se informa a coordinación para prealertar a Urgencias del hospital y valorar activación de protocolo de transfusión masiva.
En Urgencias, realizan TAC completo politrauma, visualizándose: Fractura abierta y conminuta de la región metafodiafisaria femoral distal con desplazamiento diafisario lateral de unos 25 mm aproximados y con múltiples esquirlas óseas interpuestas entre los trazos de fractura y el tejido células subcutáneo hasta la región cutánea. Los trazos de fractura se extienden por el hueco intercondíleo hasta la región intraarticular. Fractura conminuta aparentemente no desplazada de la rótula asociada.
Por lo que se realiza intervención quirúrgica urgente por Traumatología con colocación de fijador externo de fémur e ingresa en UCI.

CONCLUSIONES

La férula de tracción femoral está indicada en las fracturas del cuerpo femoral, en especial en las fracturas de tercio medio y distal. Es fundamental considerar también las contraindicaciones de la misma: fractura de pelvis, lesión de rodilla, fractura de tobillo, pie o parte inferior de pierna homolaterales.
Sin embargo, en el medio extrahospitalario, en ocasiones es difícil detectar si la fractura que presenta el paciente afecta a la rodilla, como sucedió en nuestro caso. De esta forma, se aplicó una férula de tracción a una fractura de fémur distal, que con las pruebas complementarias realizadas en Urgencias, se sabría a posteriori que afectaba a la cara articular del fémur y la rótula. Situación que puede repetirse en el medio extrahospitalario, debido a la falta de pruebas diagnósticas; más si cabe en el caso de una patología traumática poco frecuente.
Sirva este caso, además, para repasar la utilización de la férula de tracción: para ello, debemos colocar al paciente en decúbito supino, con el miembro inferior afectado sostenido, y utilizar analgésicos, opioides, para el proceso de tracción, ya que es dolorosa.
La férula realiza una tracción cutánea, que ha demostrado una eficacia similar a la tracción esquelética para el control del dolor y mantener la alineación de las fracturas, sin afectar a la posterior cirugía ni manejo postquirúrgico.
Una vez colocada, no debemos obviar una evaluación frecuente, para asegurar una adecuada tracción.
+BIBLIOGRAFÍA

P. #1320

ACCIDENTE EN LA ESTACIÓN DE ESQUÍ DE ASTÚN TRAS DECOLGARSE UN TELESILLA. SITUACIONES DE CATÁSTROFE Y ATENCIÓN A POLITRAUMA

Teresa Mahave Carcelén, José Peinado Pérez, Marta Castejón Rabinad, Saida Macho Fillat, Esther Cobo Fernández
HUMS, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

El día 19 de enero de 2025 sobre las 11:30 se produjo un accidente en la estación de esquí de Astún tras el fallo en una de las poleas y cable de sujeción del telesilla de Canal Roya, rompiendo el mecanismo de tensión que sustenta el telesilla y produciéndose fuertes sacudidas que afectaron a las 80 personas que se encontraban montadas en el mismo.
Tras el accidente se activó el protocolo de emergencia tanto en la estación de esquí como en el resto de la Comunidad Autónoma. Rápidamente acudieron los servicios médicos a la cumbre de la pista donde se había producido el accidente y se cerraron el resto de pistas para agilizar el transporte de heridos. Astún dispone de una clínica situada en el parking donde llegaron los primeros heridos.
Sin embargo, dado que se esperaba una gran afluencia de pacientes por la magnitud del accidente, se habilitó en el comedor de la estación de esquí un Hospital de Campaña para realizar una primera atención a los heridos.
Los autores de este caso, todos residentes de MFYC en el HUMS, nos ofrecimos para colaborar y atender a los pacientes, realizando un triaje simplificado y valorando en primer lugar, el siguiente caso:
Mujer de 18 años sin AP de interés que es traída desde el lugar del accidente tras caída de unos 3 metros de altitud y posterior trauma en abdomen y cara anterior de tórax tras caída de su hermano pequeño sobre ella.
Porta inmovilización cervical y corporal. Consciente, alerta, orientada, colaboradora a pesar de nerviosismo, refiere dolor moderado a múltiples niveles.
- Vía aérea libre
- Ventila ambos hemitórax. SatO296%
- No exteriorización de sangrado a ningún nivel. Relleno capilar distal preservado. TA 100/55mmHg
- Glasgow 15.

Tras valoración inicial, se explora más detalladamente:
AC: taquicardia rítmica sin soplos
AP: Hipoventilación hemitórax derecho con dolor en la zona. No volet costal.
Abdomen en tabla, sin alteraciones en piel, defensa generalizada.
Correcta movilización distal de extremidades.
Dolor referido a punta de dedo en zona lumbar y pelvis.
Ante hallazgo de abdomen en tabla y politraumatismo se decide traslado de la paciente en helicóptero a HUMS, donde ya habían sido avisados del accidente, activando protocolo de catástrofe tanto en Urgencias como en UCI. Se administra analgesia intravenosa y SSF
A su llegada a urgencias, se realiza ecoFAST que visualiza pequeña cantidad de líquido libre perihepático. Se solicita bodyTC:

- Contusión pulmonar con pequeño neumotórax derecho
- Laceraciones hepáticas profundas sin afectación vascular asociada. Pequeño hemoperitoneo perihepático.
- Fractura del cuerpo de la escápula derecha
- Fractura de ala sacra derecha
- Fractura de rama iliopubiana derecha
- Fractura de la 3°costilla derecha
- Fractura de la apófisis espinosa transversa L5

La paciente ingresa en UCI por politraumatismo y posteriormente es valorada por Cirugía Torácica, Cirugía General y Traumatología, siendo dada de alta a domicilio tres semanas más tarde habiendo sido intervenida de osteosíntesis con tornillo sacro-iliaco derecho percutáneo y osteosíntesis de fractura de escapula.

CONCLUSIONES

Dada la poca disponibilidad de recursos en el lugar en el que nos encontrábamos, fue de vital importancia a rapidez de activación de protocolo de catástrofe y la disponibilidad de medios de traslado, así como la colaboración del personal de la estación, el 061, personal militar que se encontraba de maniobras cerca, usuarios que se acercaron a colaborar y personal sanitario y gestor que participó en el traslado y posterior atención a los heridos.

En resumen, la gestión de un paciente politraumatizado en un accidente de esquí con múltiples víctimas debe centrarse en la intervención rápida, el triaje simplificado y la coordinación eficiente de recursos,

P. #1401

ABORDAJE DE UNA MORDEDURA CANINA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS: UN CASO EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Mónica Herranz Garriga, Marina Esther Cillanueva Ortiz, Karen Nielsen Martínez

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Recibimos el aviso de un varón de 63 años, encontrado inconsciente en su propiedad tras un posible ataque canino. El aviso lo da un vecino, quien, no puede acceder a la zona debido a la presencia del perro del paciente merodeando por el lugar suelto y presuntamente lleno de sangre. Debido a la situación de riesgo, solicitamos la presencia de las autoridades pertinentes para la sujeción del animal y garantizar la seguridad del equipo asistencial.

A nuestra llegada, el paciente se encuentra boca abajo, inconsciente y cubierto de sangre. Se procede a una primera valoración, evidenciándose un nivel de consciencia con una puntuación en la escala de Glasgow de 6 Se inicia una evaluación primaria siguiendo el esquema ABCDE.

Durante la exploración física, se constatan múltiples heridas traumáticas en la región facial y cervical, con afectación principalmente en el tercio inferior facial. Impresionan efectivamente de mordeduras de perro, observamos hemorragia activa en algunos puntos de las laceraciones faciales, por lo que mediante compresión y apósitos hemostáticos procedemos su control con éxito. Se canalizan dos vías venosas periféricas para la administración de sueroterapia y analgesia.

Dada la localización y la extensión de las lesiones, el paciente presenta una potencial obstrucción de la vía aérea. Tras correcta aspiración de secreciones y sangre de la zona orofaríngea y ante la persistencia del bajo nivel de conciencia, se decide realizar intubación orotraqueal. Debido a las heridas que presenta el paciente en el tercio inferior facial, la visualización de la anatomía se complica mucho así como la manipulación de la vía aérea. Se realizan dos intentos, y se logra la intubación con éxito, asegurando así una adecuada ventilación y oxigenación del paciente. Posteriormente, se estabiliza al paciente y se coordina su traslado urgente a un centro hospitalario de referencia para manejo quirúrgico y cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

El abordaje en las urgencias extrahospitalarias de la vía aérea en pacientes con traumatismos faciales es una situación relativamente frecuente a la vez que muy compleja. En este caso concreto se presentaron diversos retos: la necesidad de coordinación con las fuerzas de seguridad para garantizar así la seguridad del equipo, la valoración del paciente en estado crítico con hemorragias activas en un entorno hostil y el abordaje avanzado de la vía aérea en un contexto de trauma facial grave. El control precoz de la hemorragia es crucial en la atención prehospitalaria, especialmente en lesiones faciales donde el sangrado suele comprometer la vía aérea. En este caso, se priorizó el control de la hemorragia con dispositivos hemostáticos

y con la reposición de volumen.
Asegurar la vía aérea en un paciente con trauma facial extenso representa un gran reto, debido a la dificultad de la visualización de las estructuras anatómicas y por la inestabilidad que presenta el paciente. Por lo tanto la experiencia del equipo así como la adecuada valoración y predicción de una vía aérea difícil son los pilares fundamentales para asegurar el correcto manejo del paciente.
Además, con este caso se evidencia el enfoque multidisciplinario en la atención prehospitalaria de los equipos de emergencia y de las fuerzas de seguridad. También mencionar la importancia de una coordinación adecuada en cuanto al traslado, pues el centro de referencia se encontraba a unos 150 km del suceso.
Por último, este caso clínico resalta la necesidad de continuar la formación del personal de emergencias en el manejo avanzado de la vía aérea y en la identificación de riesgos asociados a traumas severos en escenarios extrahospitalarios. La preparación y el entrenamiento en estas situaciones críticas marcan sin ninguna duda la diferencia en la supervivencia y recuperación de los pacientes.

P. #1420

ANÁLISIS DE LAS LESIONES POR E-SCOOTER VS MOTOCICLETA EN VÍA URBANA

Damian Andrei Badea
SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La popularidad de los e-scooter (patinete eléctrico) ha crecido notablemente en entornos urbanos, consolidándose como una opción de micromovilidad. A diferencia de otros medios de transporte como las motocicletas, donde es muy común el uso de medidas de protección (casco integral, chaleco, guantes…) aquí no está tan generalizado. Es por ello que la severidad de los accidentes podría variar mucho a pesar de la limitación de velocidad y del mecanismo lesional aparentemente leve. Consideramos de interés la comparación entre patrones de lesiones en e-scooter y motocicleta de cara a desarrollar estrategias asistenciales y de prevención.

OBJETIVO

1. Analizar la incidencia y gravedad de las lesiones traumáticas por e-scooter y motocicleta en el medio urbano.
2. Identificar los patrones de lesión más frecuentes en cada grupo y su relación con factores de riesgo asociados.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo. Estudio de cohortes de los pacientes que sufrieron accidentes de tráfico en vía urbana atendidos por unidades Soporte Vital Avanzado de un Servicio de Emergencias (SEM) durante el año 2024, sin límite etario.
Se excluyeron accidentes por patinete no eléctrico, y de cara a la homogeneidad del mecanismo lesional, aquéllos de motocicleta donde la velocidad de circulación fuera ≥50km/h. Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables independientes: rango horario, mecanismo lesional, medidas de protección, consumo OH, pérdida de conocimiento, parámetros hemodinámicos (SatO2, TAD, TAS, TAM, FC, FR, glucemia analítica) y metabólicos (pH, EB, Hb, Hcto, Lactato, Na, K, pCO2), necesidad de técnicas avanzadas (intubación, tubo de tórax). Variable dependiente: lesiones. Análisis estadístico: medidas centrales y de dispersión, con Chi cuadrado (variables categóricas) y t de Student (cuantitativas). Nivel de significación p<0,05. SPSS versión 29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

452 pacientes (edad media-37,3±12,7, 391(86,5%)varones). La muestra comprendió 314 motocicletas (69,5%) y 138 e-scooters (30,5%). Los usuarios de e-scooter fueron más jóvenes (32,55±10,94 años vs 39,44±12,87 años), sin diferencias significativas entre tipo de vehículo y sexo. En e-scooter los accidentes ocurrieron más frecuentemente por la noche (22:00-07:00) (44,9%), siendo en motocicleta por la mañana (07:00-14:00h) (32,5%) y tarde (14:00-22:00h) (47,5%).
El mecanismo lesional más frecuente en e-scooter fue la

simple (n=71(51,4%)) seguido de accidente con otro vehículo (n=30(21,7%)), En motocicleta, fue el accidente con otro vehículo (n=221(70,4%)). Las lesiones más frecuentes fueron: en e-scooter hubo más TCE con sospecha de lesión intracraneal (n=8(5,8%)), TCE cerrado sin fractura (n=25(18,1%)) y herida abierta/ complicada (n=13(9,2%)) (p=0,002), frente a más fracturas abiertas/múltiples en motocicleta (n=20(6,4%)) (p=0,002). Con una frecuencia similar entre e-scooter y motocicleta hubo fracturas simples cerradas (n=46(33,3%) vs n=90(28,7%)) y luxación/esguince (n=14(10,1%)vs n=19(6,1%)).
Los usuarios de e-scooters presentaron más frecuentemente consumo de OH (23,2%vs 2,9%(p=0,001)), y hubo una diferencia significativa respecto a motocicletas en el uso de medidas de protección (20,3%vs 76,8%(p=0,001)) y pérdida de conocimiento (13,0%vs 1,3%(p<0,001)). Se comparó el tipo de accidente con las variables hemodinámicas y metabólicas, observando diferencias entre e-scooter y motocicleta estadísticamente significativas: FC (86,49vs 82,59(p=0,020)), pH (7,37vs 7,40(p=0,005)), EB (-0,27vs 1,09(p=0,017)) y K (3,73vs 3,89(p=0,041)). Del total de ambas cohortes, solo tres motociclistas presentaron un EcoFAST+ (1,0%), siendo uno de ellos por neumotórax, y uno precisó tubo de tórax. Requirieron intubación 3 motociclistas (1,0%) y 3 e-scooter (2,2%), sin diferencias significativas entre ambos grupos. Sobre la resolución del aviso, tampoco hubo diferencias significativas entre las cohortes, si bien lo más frecuente fue el traslado hospitalario (84,3%).

CONCLUSIONES

• El análisis comparativo de las lesiones traumáticas asociadas a e-scooter y motocicleta revela un patrón de lesión muy específico para cada tipo de vehículo. Sin duda, es muy llamativo el aspecto de las menores medidas de protección y mayor número de traumas craneales en vehículos en los que aparentemente se exigen menores requisitos para su conducción.

P. #1540

EFECTOS INDESEADOS DE LA ADENOSINA EN TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR EN EL PACIENTE COMPLEJO

Carmen Migoya Méndez, Vianney Sánchez Merino., Daniel Blanco Llana, Laura San Juan Martín, Mª Jesús Díez Pinilla
Emergencias SACYL, Valladolid, España

HISTORIA CLÍNICA

Las taquicardias supraventriculares son un grupo de trastornos del ritmo cardiaco frecuentes atendidos por los servicios de emergencias extrahospitalarias. El diagnóstico diferencial incluye taquicardias por
reentrada aurículo-ventricular (intranodal o mediada por vía accesoria) y taquicardia auricular/flutter auricular. El tratamiento con maniobras vagales y adenosina es una práctica habitual ante este tipo de taquicardias.
Se aconseja iniciar su tratamiento realizando maniobras vagales, cuya eficacia se estima en torno al 20-30%. Si dichas maniobras no son efectivas se procede a usar el tratamiento farmacológico con adenosina, la cual puede usarse como tratamiento de las taquicardias supraventiculares o como herramienta para diagnosticar otras arritmias de QRS estrecho como el flutter.
HISTORIA CLINICA.
Mujer 58 años
Antecedentes personales. Cardiopatía, obesidad, hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, ca. de mama. Antecedentes cardiológicos: Cardiopatía isquémica con 9 stent. Flutter auricular con ablación efectiva. FA paroxiística con ablación con FR VVPP. Miocardiopatía hipertrófica.
Acude por sus medios al centro de salud , derivada del hospital tras realizar una RMN y detectar una hiperglucemia. Le realizan EKG donde detectan TPSV.
Constantes: FC: 180; Ta:149/88; Spo2:97%
Electrocardiograma: taquicardia rítmica con QRS estrecho con frecuencia cardiaca 170.
El equipo de atención primaria inicia maniobras vagales las cuales son inefectivas y activan a nuestra unidad tras observar en el EKG taquicardia supraventricular.
A nuestra llegada, tras monitorización de la paciente y valoración del caso, se decide comenzar con 6mg adenosina, sin respuesta, por lo que se decide seguir con 12 mg de adenosina que no es efectiva, se repite con 18mg. Mal seguimiento terapéutico. No toma de forma adecuada rivaroxabán por lo que se administra enoxaparina 80mg SC.
Tras esta tercera dosis, la paciente sufre una pausa con convulsión y parada cardiorrespiratoria con EKG sin ritmo ventricular (sólo con ondas f), por lo que se comienzan maniobras de RCP, y recupera la circulación espontánea tras iniciar compresiones torácicas y ventilación manual con ambú, con el mismo ritmo que el inicial, TPSV. El personal del HEMS tras su llegada, inicia tratamiento con metroprolol, que se suspende por mala tolerancia al fármaco. Se administra insulina rápida para control glucémico. Estable hemodinámicamente sin dolor precordial y FC mantenida de 170, se decide el traslado terrestre al hospital para continuar el tratamiento.
Durante el ingreso hospitalario se realiza cardioversión

eléctrica tras descartar trombos mediante ecocardiograma transesofágico.

CONCLUSIONES

La adenosina es un fármaco seguro, pero no está exenta de efectos adversos. La eficacia alcanza un 80-95% de los casos. La ausencia de eficacia puede deberse a una dosis insuficiente, a una técnica de administración deficiente o a que la arritmia no obedece a un mecanismo de reentrada que involucre el nodo AV.
Los efectos secundarios más comunes son la rubefacción facial, mareo, malestar general, disnea y dolor torácico. El broncoespasmo, la fibrilación auricular y la fibrilación ventricular son más raros, pero posibles.
Como complicaciones podemos tener la prolongación de ese paro sinusal, incluso la PCR. Por lo que se debe monitorizar al paciente en todo momento, valorar su estado hemodinámico y tener el material preparado para estas posibles complicaciones.

P. #1576

EL ACCIDENTE QUE NO SOLO FUE DE MOTO, TAMBIÉN FUE CEREBROVASCULAR

Elena Huertas Luque, Estefanía Barbero Rodríguez, María Minuesa García

Servicio Urgencias Atención Primaria Baza, Baza, España

HISTORIA CLÍNICA

Avisan por caída de motorista en camino rural. Iba junto a otros motoristas en una concentración de motos clásicas. Nos comunican que está consciente. Acudimos en UVI Móvil y encontramos al paciente en decúbito lateral izquierdo. Los testigos refieren que no ha consumido alcohol ni otras drogas y refieren que iban a una velocidad adecuada para el camino que transitaban. Tampoco se observan irregularidades importantes en el suelo.
Asistencia:
X sin hemorragias exanguinantes
A: Se realiza retirada de casco con control cervical y se aplica collarín. Mantiene vía aérea permeable
B: Dolor a la palpación en hemitórax izquierdo, no deformidad en la zona ni crepitación. auscultación simétrica y sin ruidos sobreañadidos. Frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto. Saturación 92% aire ambiente. Se realiza aporte de oxígeno a alta concentración (15 litros por minuto) que durante la asistencia se reduce a 2 litros por minuto con gafas nasales por mejoría, manteniendo saturación a 99%
C: tensión arterial en 100/80, taquicardia a 100 latidos por minuto, relleno capilar adecuado.
D: Glucemia 124, afebril. Glasgow 14/15. Sin alteraciones pupilares
A la exploración neurológica presenta alteración de la posición de la comisura izquierda, difícil de valorar por edematización y hematoma importantes en zona frontal y facial izquierda debido a traumatismo por desplazarse el casco abierto que llevaba. Dificultad para movilización de brazo izquierdo, Normal en el resto de miembros. La exploración neurológica está algo limitada por agitación del paciente tras el accidente, desorientado en tiempo y espacio, comunica frases repetitivas y no recuerda lo sucedido.
E: deformidad en hombro izquierdo, con erosión en zona externa de brazo izquierdo, muñeca izquierda donde presenta deformidad, y mano ipsilateral.
Además del collarín y el aporte de oxígeno, se canalizan dos vías periféricas y se administra fentanilo 75 microgramos y ácido tranexámico 1 gramo. Inmovilizamos muñeca izquierda. Tras quedar el paciente más tranquilo, se confirma imposibilidad para movilización de brazo izquierdo, y muñeca izquierda, conserva fuerza en mano izquierda pero menos comparada con contralateral. Realizamos traslado con movilización en bloque y colchón de vacío.
Tras realización de pruebas complementarias en el Hospital, no destacan alteraciones analíticas. Se evidencia fractura de radio y cúbito izquierdos a nivel distal y fractura de quinto metacarpiano izquierdo. En los resultados del TAC craneal se observa hematoma subdural en zona frontal izquierda de escasa cantidad, fractura de arco cigomático izquierdo con ocupación de senos paranasales izquierdos. Pero lo que más llama la atención de los resultados es la presencia de hemorragia en

pequeña cuantía a nivel bulbar de características subagudas. Durante su estancia hospitalaria, el paciente refirió haber notado esa mañana sensación de mareo e inestabilidad al levantarse a la que no dio importancia por haber tenido episodios de vértigo anteriores, por lo que probablemente nuestro paciente tuviera un accidente cerebrovascular hemorrágico en troncoencéfalo que provocó la alteración del equilibrio ayudando a caerse de la moto.
Tras contar el caso al equipo de la guardia, nuestro técnico nos dijo: "Cuando lo estabas explorando, pensaba que lo tenías en mente. Yo soy motero y me parecía imposible que alguien acostumbrado a conducir se hubiera caído en ese lugar"

CONCLUSIONES

Debemos tener cuenta todas las circunstancias que han rodeado un accidente, para que no se escapen posibles peculiaridades como la de este caso clínico. Además, el trabajo en equipo y más aún, el trabajar en una zona en la que gran parte de la población es conocida, puede ayudar a afinar aún más posibles diagnósticos diferenciales aún sin tener pruebas diagnósticas a nuestro alcance en ese momento.
Los accidentes cerebrovasculares troncoencefálicos son en múltiples ocasiones infradiagnosticados, por lo que no podemos perderlos en nuestro diagnóstico diferencial.

P. #1676

INTOXICACIÓN POR COCAÍNA. ¿...Y SI USO β-BLOQUEANTES?

Cristina Horrillo García[1], Ana Benito Justel[2], Erik Urutxurtu Laureano[3], Raquel Lafuente Saenz[4], Manuel Ramírez Domínguez[1], Héctor García Plata[1]

1. SUMMA112, Madrid, España
2. Emergencias Castilla y León. SACYL, Segovia, España
3. Emergencias Osakidetza, Bilbao, España
4. SESCAM, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años, fumador de 20 cigarrillos al día y consumidor ocasional de cocaína y cannabis. Alerta al 112 su compañero de piso porque a las 3.00 hras de la madrugada, tras consumo de cocaína y alcohol comienza con dolor centrotorácico opresivo y gran nerviosismo. Acude al domicilio una UVI móvil medicalizada. El paciente se encuentra consciente y orientado. Glasgow 15. Poco colaborador y agitado. Refiere dolor opresivo centrotorácico no irradiado desde hace 40 minutos, intensidad de 10 en la escala Eva y no se modifica con el movimiento. Se inició en reposo y no cede. Ha tomado 2mg de lorazepam sin mejoría. Tensión arterial (TA) 200/110. SatO2 100%. Tª 37.5°C, glucemia 88mg/dl. Taquipnea de 19 rpm, taquicardia 140 lpm. Auscultación cardiopulmonar. MVC. Buena ventilación en todos los campos. Nos ruidos patológicos. Exploración neurológica: pupilas midriáticas y reactivas. No focalidad neurológica. ECG. Taquicardia sinusal a 140 lpm. Elevación del ST en derivaciones precordiales V1-V4.
Ante la sospecha de un SCACEST debido a intoxicación por cocaína se pauta midazolam 3mg iv, perfusión de nitroglicerina y doble antiagregación con AAS 375mg y ticagrelor [1]80mg. Se realiza alerta prehospitalaria por código infarto. Durante el trasado el dolor mejora disminuyendo de 10 a 5 en la escala Eva y la TA disminuye a 160/90. A pesar de la nitroglicerina iv la TA tiene fluctuaciones con picos de 195mmHg de sistólica. Se realiza transferencia en la sala de hemodinámica del Servicio de Cardiología. Discusión: la evidencia científica actual muestra que las intoxicaciones por cocaína deben ser tratadas inicialmente con benzodiazepinas intranasal o intravenosa. En caso de que vaya acompañado por un SCACEST el tratamiento de primera línea sería midazolam, nitroglicerina y doble antiagregación (aspirina y ticagrelol). Para la hipertensión arterial o taquicardia, como segundo escalón, se contraindican el uso de los α y β bloqueantes porque podrían agravar el vasoespasmo. Sin embargo, el mecanismo fisiopatológico que agrava el vasoespasmo es similar al que ocurre en el feocromocitoma, donde el bloqueo no debe iniciarse sin realizar previamente un bloqueo ya que puede exacerbar la vasoconstricción inducida por la adrenalina, inhibiendo su componente vasodilatador, con aumento rebote de la TA y la postcarga provocando disfunción cardiaca y edema agudo de pulmón.
El propanolol no sería el fármaco de elección porque su efecto -bloqueador agravaría los síntomas del paciente. El labetalol es un fármaco con acción α y β, que a dosis entre 200-600mg/12 hras puede generar un efecto beneficioso en pacientes con

este mecanismo fisiopatológico, como el feocromocitoma o intoxicación por cocaína.
De tal forma que los bloqueadores β con acción simultánea de inhibición de los receptores alfa (causantes de la vasoconstricción por cocaína) tales como el labetalol, carvedilol y bucindolol podrían tener un efecto diferente a del de propranolol u otros bloqueadores beta sin acción alfa. Con el mismo razonamiento también es desaconsejable administrar bloqueadores beta a pacientes estables, con o sin cardiopatía, que consuman cocaína de forma ocasional o habitual.

CONCLUSIONES

En los consumidores habituales o intoxicaciones por cocaína los Bloqueadores β, como es el caso del propanolol, estarían contraindicados como fármaco de elección. Los bloqueadores con acción α y β (labetalol, carvedilol y bucindolol) pueden producir un efecto beneficioso. Sería interesante abrir líneas de investigación sobre el tema.

P. #1703

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: GARANTÍA DE SEGURIDAD Y EFICACIA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Juan Carlos Rodríguez Venegas[1], Raúl Muñoz Guardado[2], María Florencia Altamira Bayes[2], Miguel Velasco Vadillo[2]

1. emergències mèdiques, Hospitalet Del Llobregat, España
2. Falck, Sant Quirze Del Vallès, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA:
Se alerta Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAE) por un accidente de bicicleta en una carretera de montaña, donde un ciclista se ha precipitado por un barranco de 4 metros de altura.
HISTORIA CLÍNICA:
El paciente se accidentó al chocar con una piedra en el asfalto, lo que lo hizo caer hacia el barranco, posiblemente golpeando con la barra de seguridad de la carretera antes de caer por el precipicio. No hubo testigos del accidente. El ciclista llevaba un reloj deportivo con GPS que envió una alerta a su pareja, quien llegó al lugar indicado y dio la alarma.
VALORACIÓN DEL PACIENTE:
A nuestra llegada Soporte Vital Básico en el lugar, encontramos al paciente en un acceso complicado, caído en un desnivel pronunciado, a unos cuatro metros, envuelto en zarzales que frenaron su caída, en decúbito lateral izquierdo en trendelemburg pronunciado que es la propia inclinación del terreno. Se solicitó apoyo de bomberos para el rescate.
En el primer contacto, paciente inmóvil, Consciente y Orientado.
X: No sangrado externo.
A: Permeable. Inmovilización del segmento cervical bimanual.
B: Frecuencia respiratoria 20 por minuto, sin ruidos anómalos, tórax excursiona simétrico sin deformidades, pulsioxímetria 96%
C: Pulso radial, Frecuencia cardiaca 94, TA 164/93, Relleno capilar < 2". Se canaliza acceso venoso periférico. No signos de sangrado externo ni interno.
D: Consciente y orientado, pupilas isocóricas y normo reactivas, Glasgow 15, normo glicemia capilar, moviliza Extremidades Superiores (EESS), no tiene sensibilidad ni movilidad desde región mamilar hasta Extremidades Inferiores (EEII), Posible afectación medular desde Dorsal 4. Manifiesta dolor en clavícula y escapular derecha. Analgesia intravenosa. Se solicita soporte aéreo de traslado.
E: Frio, protección térmica. Contusiones y erosiones varias en EESS, EEII, cara, clavícula derecha. Se recoge información del propio paciente de su Historia Clínica previa. Paciente sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas.
INTERVENCIONES:
SVAE accede al paciente descendiendo aproximadamente cuatro metros y desbrozando zarzas que impedían la valoración inicial. Con la ayuda de los bomberos, se instaló una cordada de seguridad para facilitar el rescate. Se movilizó al paciente en bloque sobre un tablero espinal, teniendo presente la posible afectación medular y los posibles cambios hemodinámicos que se suceden en los primeros momentos después del accidente así como la adaptación al escenario y la posición inicial del paciente. Se le colocó un collarín cervical y se aseguró al tablero. Se realizó una revalorización constante de los signos

vitales mientras se ascendía la camilla y el personal sanitario hasta un lugar seguro en la carretera. Helicóptero sanitario en el lugar, se revalúa y se transfiere al paciente al equipo sanitario aéreo para traslado a centro útil.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
Este caso, aunque podría parecer un servicio asistencial rutinario de una unidad de SVAE, destaca la complejidad de la gestión de la emergencia en un escenario aislado y hostil. El paciente requería atención especializada debido a la gravedad de sus lesiones y el riesgo de deterioro inmediato por la movilización y hemodinámica. Liderar la coordinación entre diferentes cuerpos de seguridad y la atención inmediata fueron cruciales. La situación exigió habilidades técnicas y no técnicas para equilibrar la seguridad del equipo y las necesidades del paciente. La atención y estabilización del paciente en un entorno complicado resaltan la diferencia entre la teoría y la práctica en situaciones de emergencia, donde la experiencia ayuda pero el conocimiento especializado es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

P. #1728

LA MIGRACIÓN EN EL HIERRO. UN VISTAZO AL 2024

Luis M. González García, Manuel Gálvez Rodríguez
Hospital Insular Ntra Sra de Los Reyes, Valverde, España

INTRODUCCIÓN

La crisis migratoria en El Hierro, durante el año 2024 ha sido una crisis sin comparación, que lo ha sufrido Canarias. Donde han llegado 46.843 personas y 24.444 han llegado a El Hierro, significando un 52,2% del total, a una Isla de 11.680 habitantes con uno de los hospitales más pequeños del Estado Español y con una dotación adaptada la población adscrita, con 31 camas de hospitalización, un Servicio de Urgencias (SU) con un box de crítico, 2 de exploración y 2 de observación, además de un personal deficitario, un médico, enfermero, auxiliar y celador en cada turno.

OBJETIVO

Dar a conocer una realidad objetiva de una sensación constante de IMV ante cualquier activación por "Pateras". Trasmitir la constante necesidad de actualización de los profesionales que hacemos urgencias.
Informar de forma clara, la capacidad de resiliencia de un Hospital, sus trabajadores y de una Isla.

MÉTODO

Descriptivo y observacional, retro y prospectivo.
Se han analizados todas las llegadas a la Isla y todos los paciente que han sido atendidos in situ y en nuestros servicios hospitalario.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En comparación con 2023 el incremento ha sido de 9.889 migrantes, un 59,54% más.
Se han valorado en el SU a 542 paciente en el año pasado, con 143 ingresos hospitalarios, lo que ha significado en días de tener hasta 15 paciente graves. Se han atendido patologías que en nuestro medio (y probablemente en el resto de España) no eran muy conocidas, como la Hipotermia Severa, el Pie de Patera, Rabdomiolisis graves con fracaso renal, perforaciones de vísceras y sobre todo deshidrataciones, (fundamentalmente hipertónicas, por ingesta de agua de mar).
Hubo 46 fallecidos, la mayoría han sido por Hipotermia y sepsis, secundarias principalmente al "Pie de Patera", patología que no manejábamos inicialmente, y que nos ha hecho adaptarnos y prepararnos al respecto.

CONCLUSIONES

En varias ocasiones se trata de acciones como si de un Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) constante se tratase, pero el tesón de nuestros compañeros ha llevado a reorganizar el SU y el Hospital de forma tal que los Residentes herreños no se vieran afectados. Una crisis sin visos de fin. Necesidad de adaptación real. Recursos mínimos pero con ganas de salvar vidas.

P. #1742

CRISIS COMICIAL, ¿DE DÓNDE VIENES?

Alicia Paloma García Marín, Patricia Carrasco Marcos, Mariano Bartolomé Colussi, David Carlos Lorenzo Simón, Juan Manuel Alonso Niño

SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer 42 años sin antecedentes de interés, natural de Perú pero residente en España que avisa su familiar al 112 porque en domicilio presenta movimientos clónicos en miembro superior derecho (MSD) con desviación de la mirada a la derecha y movimientos de chupeteo, con desconexión del medio, de 2-3 minutos con postcrítico posterior, a la llegada del SUMMA 112 presenta nueva episodio con movimientos clónicos de mano derecha y desviación oculocefálica a la derecha sin clara desconexión del medio de 2 minutos de duración sin postcritico posterior. Como antecedentes refiere haber vuelto hace 3 semanas de un viaje a Vietnam y allí estuvo con cuadro febril con síntomas respiratorios que se trató con amoxicilina 1g y con eso, cedió la fiebre. En domicilio no requiere de tratamiento farmacológico y se realiza traslado a urgencias hospitalarias sin incidencias. En urgencias se realiza TC craneal con y sin contraste intravenoso y se objetiva una lesión parieto-occipital izquierda mal delimitada con captación de contraste que asocia extenso área hipodenso perilesional, sin datos de herniación, considerando primera posibilidad tumor cerebral primario (glioblastoma multiforme), siendo otra opción diagnóstica la posibilidad de lesión metastásica. Analítica sin alteraciones significativas, no elevación de reactantes de fase aguda. Se inicia tratamiento con levetiracetam y dexametasona. Se realiza resonancia magnética cerebral que informan como posible absceso piógeno vs neoplasia glial de alto grado, por lo que se realiza biopsia y en la anatomía patológica crece en el cultivo Burkholderia Pseudomallei y se traslada a Medicina Interna con diagnóstico de Meloidosis humana con afectación del sistema nervioso central (absceso cerebral por Burkholderia pseudomallei resístete a ceftazidima) y crisis generalizada tónico-clónica y crisis parciales motoras de MSD secundarias a lo previo. Rehistoriando a la paciente refiere que en Vietnam estuvo bañándose en ríos y haber bebido agua no embotellada. Se realiza tratamiento con meropenem intravenoso durante 8 semanas seguido de trimetoprim/sulfametoxazol durante 6 meses vía oral, y levetiracetam 500mg cada 12h, al alta, únicamente leve alteración de la agudeza visual.

CONCLUSIONES

- La anamnesis detallada sigue demostrando ser la herramienta principal a lo hora de realizar un correcto y dirigido diagnóstico diferencial, como se ha demostrado en nuestra paciente, su antecedente de viaje reciente, permite ampliar el diagnóstico diferencial y que la primera impresión diagnóstica con la imagen radiológica (origen tumoral) quede desplazada.
- Ante el hallazgo de una lesión ocupante de espacio cerebral con captación de contraste, siempre debemos pensar en la posibilidad de una causa infecciosa, independientemente de que no exista expresión en la analítica de sangre.
- Sería importante, desde el punto de vista de Medicina Preventiva, hacer más incapie en campañas de concienciación de la población sobre los riesgos al realizar viajes a determinados países, no solo incidiendo en la vacunación pre-exposición, sino también en el conocimiento de las posibles enfermedades endémicas de cada zona, que se pueden evitar mediante la aplicación de medidas higienico-dietéticas.
- Debemos tener en cuenta que hay gérmenes que pueden permanecer latentes en el organismo sin haber manifestado una infección aguda florida, incluso asintomática, como en el caso de la Burkholderia pseudomallei, por lo que la temporalidad de los viajes es importante.

P. #1763

PROPUESTA DE CHECKLIST PARA PRIMEROS INTERVINIENTES: RESPUESTA ESTRUCTURADA EN ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE MONTAÑA

Patricia Mingo Mir[1], Lucía Ortega Pérez De Villar[2], Iñigo Soteras Martínez[3], Diana Gallego De Marcos[4][5]

1. Hospital la fe, Valencia, España
2. Universidad de Valencia, Valencia, España
3. Hospital de Cerdanya, Girona, España
4. Universidad Europea, Valencia, España
5. Universidad Isabel I, Burgos, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento del ocio y deporte en el ámbito de la montaña. La población general, independientemente de la preparación, se ha convertido en usuario recreativo habitual. En consecuencia, se observa un incremento de accidentes en el entorno natural.
A diferencia del urbano, el medio inhóspito, presenta factores ambientales extremos, circunstancias de aislamiento, y limitación de recursos que condicionan el manejo del accidentado, incrementando la complejidad.
En este entorno, donde muchos usuarios carecen de conocimientos sanitarios, la presión, el miedo y las dudas limitan la capacidad de decisión, dificultando la atención inicial al accidentado. El uso de herramientas cognitivas, tipo "lista de verificación" o "checklist", facilita la toma de decisiones y reduce este tipo de limitaciones humanas.
Justificación
El objetivo de este proyecto es proponer una "checklist" de atención inmediata para personal no sanitario que pueda ayudar a mejorar la atención inicial en accidentes de montaña. Mediante el uso de la "checklist", se espera una activación precoz de los servicios de urgencia y rescate, discriminar la necesidad de estos y mejorar la comunicación de los alertantes.
El entrenamiento en el uso de la "checklist" como procedimiento estandarizado ayudará a optimizar la seguridad y atención inicial del accidentado, mejorar su estabilización, disminuir las secuelas y aumentar la supervivencia.
Como consecuencia de todo lo anterior, se relaciona la disminución del gasto sanitario.
Descripción
El desarrollo de la propuesta se ha basado en una revisión bibliográfica y análisis de la evidencia científica sobre atención inicial al trauma prehospitalario, primeros auxilios y asistencia al accidente en montaña y medio natural.
Para determinar el contenido se realizó una revisión no sistemática de artículos sobre medicina de montaña a través de PubMed, Cochrane y WOS. Se consultaron los principales libros sobre primeros auxilios en medio natural. El manual "PHTLS. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario" y el manual "Soporte Vital Avanzado. Ed. según las recomendaciones 2015 de ERC" sirvieron de base por el reconocimiento y validez de sus procedimientos en medicina extrahospitalaria a nivel internacional. El acrónimo PAS (proteger, alertar y socorrer) representó el fundamento para la elaboración de la propuesta por ser el paradigma comúnmente adoptado en las formaciones y recomendaciones actuales.
Mediante un proceso informal iterativo, se desarrolló un listado inicial con los ítems más relevantes que debía incluir la "checklist". Se clasificaron y sintetizaron hasta obtener un esquema simple y visual. Teniendo en cuenta a los usuarios lego a quienes se dirige el proyecto, se seleccionaron ítems que no necesitaran formación sanitaria para llevarlos a cabo. Cada ítem de la "checklist" ha sido referenciado para dar soporte a su inclusión.
La "checklist" está estructurada en cuatro grandes apartados: "valoración de la escena", "alerta", "valoración primaria", "valoración secundaria". A través de éstos se han distribuido los ítems cuyo control se considera imprescindible para una óptima atención inicial al accidentado de montaña. En un tríptico plegable se muestran los elementos más críticos que pueden ser olvidados debido a la situación, con el consiguiente peligro potencial para la víctima, adaptados para personal lego.
El feedback de expertos en la materia ha sido esencial para refinar los diferentes apartados y elaborar el contenido final.
Discusión
Existe poca bibliografía sobre primeros intervinientes no sanitarios en terreno hostil. Las "checklists" publicadas sobre incidentes en montaña son escasas y las dirigidas a usuarios lego prácticamente nulas.
A través de este proyecto se espera despertar conciencia sobre formación en primeros auxilios de los usuarios recreativos de la montaña y animar a la comunidad científica a dirigirse a este sector.
Tras la propuesta de "checklist" se considera necesaria su validación y evaluación para la posterior puesta en marcha en condiciones reales.

P. #1803

MANEJO PREHOSPITALARIO DE FRACTURA-LUXACIÓN ABIERTA DE TOBILLO CON COMPROMISO VASCULAR

Hipólito Ramón García Miranda[1], Sonia Ruiz Morales[2]

1. Servei Emergencies Mediques, Reus, España
2. Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial y sobrepeso, sin otras patologías de interés. Sufre caída de su propia altura tras un mal gesto, presentando fractura-luxación abierta de tobillo derecho con sangrado activo pulsátil. Familiares activan el servicio de emergencias médicas (SEM), movilizando inicialmente una unidad de soporte vital básico (SVB), que solicita apoyo de soporte vital avanzado (SVA) ante la gravedad del caso.
A la llegada del equipo de SVA, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con las siguientes constantes vitales:
Tensión arterial (TA): 150/80 mmHg
Frecuencia cardíaca (FC): 98 lpm
Saturación de oxígeno (SatO2): 97%
Llenado capilar: <2 segundos
Exploración física relevante:
Fractura abierta de tobillo derecho con sangrado activo pulsátil.
Cianosis distal, pérdida de sensibilidad y ausencia de pulsos pedios en la extremidad afectada.
Extremidad contralateral indemne.
MANEJO EN EL ESCENARIO PREHOSPITALARIO:
Se establecieron accesos venosos periféricos y se realizó un lavado exhaustivo de la herida con irrigación abundante. Ante la necesidad de reducir la fractura-luxación para restaurar la perfusión distal y disminuir el riesgo de isquemia, se explicó el procedimiento a la paciente y se decidió la administración de sedoanalgesia.
Protocolo de sedoanalgesia:
Preoxigenación con gafas nasales para minimizar riesgos de depresión respiratoria.
Administración de fentanilo 50 mcg en bolo intravenoso, seguido de ketamina 50 mg EV, con un refuerzo de 25 mg de ketamina para alcanzar un nivel de sedación adecuado.
Posteriormente, se realizó la maniobra de reducción con éxito, logrando:
Detención del sangrado pulsátil.
Mejora de la coloración de la extremidad.
Aparición de un tenue pulso pedio palpable.
Se procedió a inmovilizar la extremidad con férula posterior y vendaje compresivo para estabilizar la lesión y controlar el sangrado residual.
DISPOSICIÓN:
La paciente fue trasladada a un centro hospitalario en condiciones estables para valoración por los servicios de cirugía vascular y traumatología. Se informó al hospital receptor sobre la condición clínica de la paciente, destacando la necesidad de una evaluación quirúrgica urgente para el manejo definitivo de la lesión.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la relevancia del manejo prehospitalario en una fractura-luxación abierta con compromiso vascular, resaltando:
Priorización de intervenciones críticas: Control inicial del sangrado, restauración de la perfusión distal mediante reducción urgente y estabilización de la extremidad.
Uso seguro y eficaz de sedoanalgesia prehospitalaria: Ketamina y fentanilo permitieron realizar un procedimiento doloroso, manteniendo la estabilidad hemodinámica y ventilatoria.
Coordinación con el nivel hospitalario: Comunicación efectiva con los equipos quirúrgicos para garantizar un manejo definitivo rápido.
La intervención temprana prehospitalaria no solo mejora el pronóstico funcional, sino que también reduce el riesgo de complicaciones graves como isquemia irreversible e infección. Este caso destaca la importancia de la capacitación en técnicas avanzadas de sedoanalgesia y procedimientos invasivos en el ámbito prehospitalario.

P. #1804

MANEJO PREHOSPITALARIO DE DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD A DURANTE TRASLADO INTERHOSPITALARIO

Hipólito Ramón García Miranda[1], Sonia Ruiz Morales[2]
1. Servei Emergencies Mediques, Reus, España
2. Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA:
Paciente masculino de 35 años, con antecedentes de glomerulonefritis autoinmune, diabetes mellitus y hipertensión arterial mal controlada, acude a urgencias por dolor torácico persistente de fuerte intensidad. Inicialmente se activa código IAM por sospecha de isquemia miocárdica, siendo trasladado al laboratorio de cateterismo. Durante el procedimiento, no se evidencian lesiones coronarias significativas, pero se observa una dilatación aórtica significativa. Una angiotomografía computarizada (TAC) confirma el diagnóstico de disección aórtica Stanford A.
En el momento de mi llegada, el paciente se encontraba en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con perfusión de nitroprusiato sódico, manteniendo las siguientes constantes vitales:
Tensión arterial sistólica (TAS): 210 mmHg
Frecuencia cardíaca (FC): 110 lpm
Dolor torácico: Eva 6/10
Se requiere traslado urgente a un centro de referencia especializado en cirugía vascular y cardiovascular, con un trayecto estimado de 90 minutos.
MANEJO DURANTE EL TRASLADO:
Objetivos terapéuticos:
Control estricto de la tensión arterial sistólica (TAS) por debajo de 120 mmHg.
Reducción de la frecuencia cardíaca (FC) a 60 lpm para minimizar el estrés sobre la pared aórtica.
Alivio del dolor torácico como medida para disminuir la respuesta simpática.
Intervenciones realizadas:
Control de la TA y FC:
Administración de bolo de labetalol 20 mg IV, seguido de perfusión continua, ajustando la dosis progresivamente para alcanzar los objetivos.
Incremento gradual de la perfusión de nitroprusiato sódico, combinando sus efectos con el labetalol para un control sinérgico de la TAS y la FC.
Control del dolor:
Se administraron bolos de fentanilo 50 mcg IV en intervalos, logrando reducir el dolor a Eva 0/10, lo que contribuyó a limitar la descarga adrenérgica y la respuesta simpática.
Monitoreo continuo:
Monitorización estricta de la presión arterial invasiva y la frecuencia cardíaca.
Evaluación seriada del estado neurológico y signos de perfusión distal para identificar posibles complicaciones durante el traslado.
Resultados durante el traslado:
El paciente llegó al centro de referencia en condición estable, con:
TAS: 120-130 mmHg
FC: 60-70 lpm
Dolor torácico: Eva 0/10
No se registraron incidentes durante el trayecto.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
El manejo prehospitalario de una disección aórtica Stanford A durante el traslado interhospitalario exige:
Control riguroso de la tensión arterial y frecuencia cardíaca: La combinación de nitroprusiato sódico y labetalol permitió un ajuste efectivo y seguro de los parámetros hemodinámicos, reduciendo el riesgo de progresión o ruptura de la disección.
Alivio del dolor torácico: El uso de fentanilo no solo controla el dolor, sino que también modula la respuesta simpática, contribuyendo a la estabilidad hemodinámica.
Monitoreo continuo: La vigilancia estrecha de las constantes vitales y el estado clínico minimiza el riesgo de complicaciones durante el traslado prolongado.
Este caso destaca la importancia del manejo intensivo y estructurado de la disección aórtica en el entorno prehospitalario, subrayando la necesidad de personal capacitado en la administración de fármacos vasoactivos y el manejo avanzado de pacientes críticos durante traslados interhospitalarios.

P. #1868

TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO EN EL CÓDIGO TRAUMA. DE LA CALLE AL QUIRÓFANO

Guillermo Pérez Peis[1], Marta De Dios García[2]

1. Centro emergencias sanitarias 061, Cádiz, España
2. Centro emergencias sanitarias 061, Córdoba, España

HISTORIA CLÍNICA

Avisan por colisión entre una motocicleta y un patinete al cruzar un paso de peatones. A nuestra llegada se observan dos pacientes tumbados en la calzada, distanciados 10 metros. En el lugar están presentes la policía y el entorno es seguro.
Valoración de la escena:
Primer herido: el conductor del patinete, tumbado sobre costado derecho, no lleva casco, consciente, orientado y colaborador, refiere dolor torácico en MMSS izquierdo y MMII derecho.
Segundo herido: conductor de la motocicleta, a 15 metros del primer herido, tumbado sobre costado izquierdo, presenta casco tipo JET, consciente, orientado y colaborador, niega dolor torácico ni extremidades, refiere dolor en macizo facial.
Tras valoración se solicita otro recurso medicalizado para la atención de ambos pacientes.
Valoración inicial:
Nos hacemos cargo del primer herido y procedemos a valoración inicial.
X: Sin hemorragias exanguinantes
A: Permeable, bajo control cervical se coloca collarín.
B: Hipoventilación generalizada con dolor en hemitórax izquierdo, sin crepitación ni enfisema. Respiración simétrica. Se administra aporte de oxígeno en forma de mascarilla de alto flujo.
C: Pulso radial débil, con relleno capilar ligeramente aumentado y palidez. Se monitoriza y destaca hipotensión por lo que se canaliza vía periférica y se inicia infusión de suero templado.
D: Consciente y colaborador, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y a la acomodación. Se queja de dolor a nivel de pelvis.
E: Se expone resto del cuerpo, donde se detecta trauma facial con herida incisa- contusa de labio inferior y mentón izquierdo, deformidad importante en MMSS izquierdo, fractura abierta en MMII derecho.
Se realiza movilización del paciente donde se coloca en colchón de vacío junto con cinturón pélvico, dado el mecanismo lesional e inestabilidad hemodinámica y se pasa a cabina asistencial.
Realizamos E-FAST, donde se observa buen deslizamiento pleural, presencia de líquido libre en margen esplenorrenal.
Tras controlar el dolor con analgesia, mantener hipotensión permisiva e infundir nuevo bolo de sueroterapia se administra 1 gramo de ácido tranexámico, dado que el paciente presenta un índice de shock 0,86 y sospecha de hemorragia a nivel abdominal. La puntuación de Trauma Score fue de 11.
Se prealerta al hospital de referencia, informando de los hallazgos y activamos código trauma.
Tras realizar Body-TAC donde se evidenció laceración hepática y esplénica, junto con fracturas oseas a varios niveles, con hemoperitoneo difuso. El paciente fue intervenido quirúrgicamente de emergencia con éxito y evoluciono favorablemente.

CONCLUSIONES

Es importante la valoración de la escena ya que nos da información importante del mecanismo lesional y sus posibles consecuencias.
Debemos ser sistemáticos en el abordaje del paciente politraumatizado para detectar cualquier lesión potencialmente mortal que empeore el pronóstico de nuestro paciente.
Ante signos de inestabilidad hemodinámica junto sospecha de sangrado debemos infundir acido tranexámico y mantener una hipotensión permisiva para dar estabilidad al posible coagulo que se haya formado.
La ecografía nos puede aportar mucha información en el contexto del paciente politraumatizado, tanto para apoyar nuestras sospechas como para evaluar la respuesta al tratamiento. Incluso ante un paciente con hallazgos sospechosos en ecografía junto a inestabilidad hemodinámica no deberíamos demorar el tratamiento definitivo.

P. #1908

APOYO DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN EL OPERATIVO DE RESPUESTA A LA DANA EN VALENCIA: LECCIONES APRENDIDAS

Fernando Monforte Escobar, Álvaro Martín Morillo, Carlos Sánchez Rodríguez, Eduardo Barrero Barrero, Antonia Martínez Vázquez, Alberto Hernández Tejedor

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las Depresiones Aisladas en Niveles Altos (DANA) son fenómenos meteorológicos adversos que favorecen la formación de precipitaciones intensas que pueden generar inundaciones súbitas, crecidas de ríos y graves daños en infraestructuras y poblaciones. En 2024, la provincia de Valencia sufrió una de las DANAs más severas registradas en la región, con un impacto catastrófico en términos de daños materiales y pérdidas humanas. En los días posteriores nuestro SEM, el cuerpo de bomberos de nuestra ciudad, así como el cuerpo de la policía municipal y otros servicios municipales, previo acuerdo con el Ayuntamiento de Valencia, acudimos en apoyo.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar el operativo llevado a cabo por nuestro SEM y obtener lecciones aprendidas, incluyendo las fortalezas y las áreas de mejora detectadas.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los datos registrados del operativo de respuesta a la DANA en Valencia de nuestro SEM entre los días 1 de noviembre de 2024 y 9 de diciembre de 2024, incluyendo datos estadísticos asistenciales y otros datos operativos de interés.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La misión duró 39 días (del 1 de noviembre al 9 de diciembre), dividiéndose en 6 contingentes, con relevos ligeros. Todos los contingentes tuvieron capacidad de SVA, SVB y apoyo logístico, variando el número de efectivos y de vehículos según la evolución de la misión.

Nuestro SEM atendió a un total de 519 pacientes, (63,8% varones y 36,8% mujeres). Hubo 7 pacientes pediátricos <16 años atendidos. 453 pacientes (87,28%) fueron dados de alta in situ, 63 (12,14%) fueron trasladados o derivados a centro sanitario, hubo también 2 exitus y 1 alta voluntaria. Las principales patologías atendidas fueron trauma menor (187 casos), patología oftalmológica (62 casos) y problemas musculoesqueléticos (58 casos).

Además de la actividad asistencial también se realizaron tareas propias de protección civil, como colaborar en la retirada de enseres de las viviendas, tareas de achique de agua junto a bomberos, mediciones de CO en espacios confinados y acompañamiento y traslados de personas vulnerables que se encontraban en las zonas más afectadas, entre otras tareas.

Las comunicaciones dentro del operativo del SEM fueron realizadas mediante modo directo de los dispositivos Tetra y mediante llamadas telefónicas. SAMU Valencia aportó dispositivos Tetra para tener geolocalizadas a nuestras unidades y poder asignarnos avisos en caso de necesidad.

Un condicionante operativo importante fueron los pinchazos de los neumáticos y los problemas mecánicos en la transmisión de los vehículos ocasionados por el barro. El tercer día se contabilizaron hasta 43 pinchazos reparados por el equipo de TES del taller móvil.

CONCLUSIONES

La experiencia adquirida permite extraer las siguientes lecciones aprendidas:

- Todo despliegue de ayuda debe realizarse previo acuerdo con las autoridades correspondientes para alinear nuestras capacidades asistenciales y operativas con las necesidades locales.
- Es necesario establecer una estructura de mando y control para facilitar la coordinación interna y externa.
- La comunicación entre las diferentes unidades del dispositivo es fundamental. Es necesario disponer de un sistema sólido de comunicaciones complementario a la telefonía móvil.
- La extracción de enseres y mobiliario dañado fuera de las viviendas y su depósito en la vía pública provocó la presencia de tornillos y elementos metálicos que ocasionaron pinchazos a los vehículos, afectando a la operatividad de las unidades.
- Es preciso conocer los recursos, capacidades y operatividad de los recursos sanitarios locales.
- La autosuficiencia logística de los SEM es clave en escenarios de este tipo.
- Los SEM deben tener capacidad para desplegar un Puesto de Mando Táctico Sanitario.
- Los SEM son parte esencial del Sistema Nacional de Protección Civil.

P. #1961

FORMACIÓN EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA

Carlos Berlanga-Macías[1][2], Mireia Sáez-Acedo[3], Alborada Bonilla-Arenas[4], José Manuel Galdrán-Garrido[4], Calogero Fanara[4][5], Montserrat Solera-Martínez[4]

1. Health and Social Research Center, Universidad de Castilla-La Mancha, 16071 Cuenca, Spain, Cuenca, España
2. Faculty of Nursing, Universidad de Castilla-La Mancha, 02006 Albacete, Spain, Albacete, España
3. Faculty of Nursing, Universidad de Castilla-La Mancha, 02006 Albacete, Spain, Albacete, España, Albacete, España
4. Health and Social Research Center, Universidad de Castilla-La Mancha, 16071 Cuenca, Spain, Cuenca, España, Cuenca, España
5. Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Tomelloso, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiaca extrahospitalaria conlleva un elevado impacto social y económico, y resulta crucial establecer estrategias efectivas orientadas a incrementar la supervivencia, así como a disminuir la morbilidad e incapacidad asociada. La formación en soporte vital básico (SVB) a la población general es uno de los principales retos dentro de la cadena de supervivencia, y la formación a futuros profesionales sanitarios puede constituirse como un elemento clave en la transmisión de conocimientos.

OBJETIVO

Determinar las estrategias formativas más efectivas en el aprendizaje de SVB en estudiantes de medicina y enfermería, y analizar el impacto que tienen sobre la autoconfianza para realizar reanimación cardiopulmonar (RCP).

MÉTODO

Revisión sistemática de ensayos clínicos con diseño pre-post y ensayos clínicos aleatorizados. Se realizó de acuerdo a las directrices de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), y se seleccionaron estudios que analizaran la efectividad de diferentes métodos de enseñanza de SVB, en estudiantes universitarios de medicina y enfermería, en la retención de conocimientos y en la capacidad para realizar RCP. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Cochrane Library, utilizando la estrategia PICO (Población, Intervención, Comparación, Outcome) y los siguientes términos: university student, medicine, nursing, nurse, learn, teach, train, BLS, basic life support, cardiopulmonary resuscitation, CPR, resuscitation, clinical trial.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El uso de simulaciones y retroalimentación durante la enseñanza promueven la adquisición y retención de conocimientos, además de la autoconfianza de los estudiantes. Resulta esencial el repaso de los contenidos a intervalos regulares de entre 3-6 meses para la retención de los mismos. Las listas de verificación detalladas y el método de los cinco pasos se consideran estrategias efectivas tanto en el desempeño de la RCP como en la retención de información.

CONCLUSIONES

El entrenamiento en SVB es esencial para realizar una RCP de forma óptima. Existe una gran cantidad de literatura que aborda distintos métodos formativos con el objetivo de mejorar la adquisición y retención de los conocimientos en estudiantes. Sin embargo, no hay un consenso claro sobre cuál es el más adecuado para la enseñanza de SVB.

P. #1997

ACCESO VASCULAR EN EMERGENCIA PREHOSPITALARIA: ¿QUÉ ELEGIRÍAS EN UN CASO DE TRAUMA POLIFRACTURADO CRÍTICO?

Ángela Soler Sanchis[1], Lucía Díaz Escrihuela[2], Luis Picazo García[3], María Teresa Benavent Company[2], María Ángeles Rodríguez Herrera[1]

1. Departament d'Infermería i podología, Universitat de València, Valencia, España
2. Servicio de Urgencias, Hospital de Francesc de Borja, Gandia, Valencia, España
3. Servicio de Emergencias Sanitaria, Comunitat Valenciana (SESCV), Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Introducción:
El acceso rápido vascular es crucial en pacientes con trauma grave y shock hipovolémico. Sin embargo, en situaciones de polifracturas y otras lesiones complejas, los métodos tradicionales de acceso, como la vía venosa periférica, pueden ser inviables. En tales circunstancias, el acceso intraóseo (IO) se plantea como una opción. Este caso clínico presenta un desafío en la elección del acceso vascular adecuado ante la imposibilidad de acceder a venas periféricas, por lo que se plantea la necesidad de reflexionar sobre el uso de la vía IO, teniendo en cuenta las contraindicaciones y limitaciones del procedimiento.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 16 años, que se precipita desde un quinto piso con intento de autolisis. Al llegar el equipo de soporte vital avanzado, el paciente se encuentra inconsciente (Glasgow 3/15), con lesiones graves que incluyen fracturas cerradas en ambos miembros superiores (húmeros y muñecas), fractura cerrada en fémur izquierdo, y la pierna derecha inmovilizada por fractura previa. Además, presenta hemorragia activa por nariz y boca, y dificultad para mantener la vía aérea permeable debido a una fractura mandibular.
Valoración inicial:
- A (Vía aérea): Vía aérea no permeable debido a sangrado, se realiza aspiración y se coloca i-Gel para estabilizar.
- B (Respiración): Ventilación bilateral conservada.
- C (Circulación): Pulsos femorales presentes, signos de shock hipovolémico, fracturas en miembros superiores y un fémur izquierdo fracturado.
- Intervención: Ante la imposibilidad de obtener acceso vascular debido a las fracturas en ambos miembros superiores se evalúa la opción de acceso intraóseo (IO), replanteando que la paciente presenta fractura fémur izquierdo y la pierna derecha inmovilizada por fractura previa.

Desafío en la toma de decisiones:
El caso presenta un desafío en cuanto a la selección del acceso vascular debido a las siguientes consideraciones:
1. Fracturas en extremidades superiores: Las fracturas en ambos húmeros y muñecas dificultan el acceso venoso en estas áreas, y existen contraindicaciones para el acceso IO en las extremidades superiores.
2. Inmovilización de la pierna derecha por fractura previa: Esta situación limita el acceso a la tibia de ese lado, dificultando la opción de acceso IO en la extremidad inferior derecha además de valorando la contraindicación que supone.
3. Fractura en fémur izquierdo: Aunque el fémur podría ser una opción para el acceso IO, la dificultad de acceso y las posibles complicaciones derivadas de la fractura generan incertidumbre sobre su viabilidad.
Discusión:
Este caso resalta la importancia de una evaluación precisa de las condiciones del paciente y las posibles contraindicaciones del acceso IO. La decisión de utilizar una vía intraósea debe basarse en la localización de las fracturas, el grado de inmovilización y la urgencia del tratamiento. En este contexto, el uso de la tibia proximal como sitio de acceso IO puede ser una opción viable si las condiciones lo permiten. La elección entre la vía IO y otras alternativas debe ser flexible, teniendo en cuenta las características del trauma y el tiempo disponible para la intervención.

CONCLUSIONES

La correcta elección del acceso vascular es un factor crítico en el manejo del trauma grave. En este caso, se plantea la reflexión sobre si el acceso IO en la tibia proximal habría sido la mejor opción, teniendo en cuenta las contraindicaciones relativas y la urgencia de la intervención. Este caso invita a los profesionales de salud a reflexionar sobre los criterios de selección y la toma de decisiones rápidas en situaciones de trauma polifracturado.

P. #2150

LA IMPORTANCIA DE LAS LESIONES DISTRACTORAS

Alberto Gil Gómez[1][2], Yéssica Julia Expósito Cutillas[1][2], Celia Gil Gómez[3], Irene Fernández Bueno[4], Javier López Ayala[5]

1. Centro Salud Archena, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, España
5. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 21 años, sin antecedentes médicos de interés, que es traído por la UME al servicio de urgencias tras sufrir un accidente de tráfico de alta intensidad con una moto de gran cilindrada. Los compañeros de extrahospitalaria encuentran al paciente consciente y orientado, quejándose de gran dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo, por lo que trasladan al paciente inmovilizado con férula, dama de Elche y colchón de vacío. Cuando recibimos al paciente, persiste dolor 7/10 en MII, a pesar de la administración de 150 µg de fentanilo iv. A la exploración física sólo destaca deformidad en muslo izquierdo y acortamiento de dicho miembro respecto al contralateral, así como deformidad en mano izquierda. No presenta traumatismo craneoencefálico o dolor en otra región y niega consumo de alcohol u otros tóxicos.

El paciente es trasladado manteniendo la inmovilización para realizarle TC total body, donde se objetiva lo siguiente: Fractura de las apófisis transversas derechas de C7 y D1. Fractura-compresión del platillo superior de D3, D4 y D6, tipo A1 de la clasificación de la AO Spine. No retropulsión del muro posterior ni estenosis de canal. Leve neumotórax derecho. Pequeña contusión pulmonar en LSD.

El estudio se completó con radiografía simple de mano y fémur izquierdos, encontrando fractura desplazada de la diáfisis del fémur y fractura de cabeza de 5° y 2° metacarpianos.

Finalmente, el paciente precisó ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

El manejo inicial del paciente politraumatizado debe priorizar la inmovilización adecuada y el control meticuloso de la columna vertebral para evitar lesiones medulares secundarias. En casos de accidentes de alta energía, como el descrito, es fundamental aplicar protocolos de protección espinal, incluso en ausencia de dolor o signos neurológicos evidentes, debido a la posibilidad de lesiones ocultas.

Este caso clínico ilustra la importancia de las lesiones distractoras en la evaluación inicial. A pesar de la presencia de múltiples fracturas vertebrales, el paciente no refería dolor en la espalda, probablemente debido al intenso dolor generado por la fractura desplazada de fémur. Este fenómeno puede dificultar la identificación precoz de lesiones potencialmente graves si no se mantiene un alto índice de sospecha.

La aplicación de una adecuada inmovilización durante el traslado y el manejo extra e intrahospitalario resultó crucial para minimizar el riesgo de complicaciones o de lesiones secundarias. Por tanto, la inmovilización sistemática y el abordaje integral del paciente, considerando siempre la posibilidad de lesiones ocultas en presencia de lesiones distractoras, son pilares fundamentales en la atención extrahospitalaria y hospitalaria del trauma grave. Un examen físico minucioso, apoyado por estudios de imagen completos, es esencial para detectar lesiones potencialmente críticas que podrían pasar desapercibidas en la valoración inicial.

P. #2255

ENFOQUE A LA VÍCTIMA DE TRAUMA EN EL ENTORNO EXTRAHOSPITALARIO: UN PROYECTO DE MEJORA

André Nogueira, Pedro Vasconcelos, Ana Sá, Américo Oliveira, Bruno Rito, João Lourenço

Instituto Nacional de Emergência Médica, Lisboa, Portugal

INTRODUCCIÓN

El trauma es una de las tres principales causas de muerte en la población en edad activa a nivel mundial, con repercusiones no solo en la salud y el bienestar de la población, sino también en el ámbito socioeconómico de los países.
La evaluación de la calidad de la atención prestada a las víctimas de trauma en el entorno extrahospitalario es crucial para la implementación de estrategias que optimicen la eficacia del sistema de emergencias. En este contexto, se ha desarrollado el proceso asistencial de trauma con el objetivo de establecer un programa de mejora continua en la atención al trauma dentro del sistema de emergencias médicas portugués.
Justificación
Análisis estadístico de los datos de Portugal obtenidos través del sistema computorizado de registros iTeams® (INEM Tool for Emergency Alert Medical System) y comparación con indicadores de calidad definidos tras una revisión de la literatura. Los principales indicadores incluyen: tiempo de permanencia en el lugar ≤ 20 minutos; intubación orotraqueal en víctimas con una puntuación en la Escala de Coma de Glasgow <9; aplicación de cinturón pélvico en víctimas con mecanismo de trauma abdominopélvico y presión arterial sistólica <90 mmHg; administración de ácido tranexámico en víctimas con una puntuación ≤11 en el Revised Trauma Score; control eficaz del dolor y control de la temperatura.
Descripción
A partir del análisis de los datos recogidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, se identificaron 3183 víctimas con criterios de codigo trauma. De estas, el 66% (n=2100) correspondía a víctimas de sexo masculino, el 32% (n=1019) a sexo femenino y el 2% (n=64) no definido. Se constató que el tiempo medio de permanencia en el lugar fue de 24 minutos. El 76% (n=2419) de las víctimas con GCS <9 fueron sometidas a intubación orotraqueal. El 10% de las indicadas (n=318) recibió la aplicación del cinturón pélvico. El 54% (n=1718) recibió ácido tranexámico. El 45% (n=1432) obtuvo un control eficaz del dolor y el 36% (n=1145) recibió procedimientos de calentamiento.
Discusión
La implementación de un proyecto de mejora continua en la atención a las víctimas de trauma implica la estandarización de procedimientos y la proximidad con los equipos multidisciplinares. Es fundamental fomentar una educación continua basada en la evidencia científica más reciente, dotar a los profesionales de los recursos necesarios para garantizar un abordaje seguro y eficiente, y promover el registro sistemático como un proceso esencial para el control y la mejora del proyecto.

AT08

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

O. #539

VALORES PREDICTORES DE LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

José Luis Montesinos Díaz, María Arévalo De Pablos, Leticia Luengo Alfonso, Ervigio Corral Torres, Verónica Almagro González, Fernando Lombardía Recio

SAMUR PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Cardiaca (ICA) es la principal causa de ingreso hospitalario entre los adultos mayores, con alrededor de 1 millón de casos al año en Europa; y, también un importante reto para los Servicios de Emergencias (SEM). Los pacientes con ICA representan una población heterogénea.
La ICA es una causa común y potencialmente mortal de dificultad respiratoria aguda. El síndrome clínico se caracteriza por el desarrollo de disnea, generalmente asociada con una rápida acumulación de líquido dentro de los espacios intersticiales y alveolares de los pulmones.
La ventilación no invasiva con presión positiva (VMNI), mejora la insuficiencia respiratoria, aumenta la oxigenación y el pH; reduce la presión parcial de dióxido de carbono y el esfuerzo respiratorio. La VMNI se debe iniciar lo antes posible para mejorar el intercambio de gases y reducir la tasa de intubación.

OBJETIVO

Evaluar las diferencias en los parámetros clínicos y metabólicos entre los pacientes con ICA que reciben VMNI y aquellos que no, con el fin de identificar factores asociados a su indicación, especialmente la presencia de tiraje, alteraciones gasométricas y signos de compromiso respiratorio, para así indicar precozmente su instauración.

MÉTODO

Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Pacientes atendidos por un SEM durante el año 2024, a los que se les había realizado una analítica sanguínea en la escena, previa a cualquier tratamiento.
Variables demográficas: edad y sexo.
Variables independientes: presencia de tiraje y constantes vitales iniciales: presión arterial sistólica (TAS), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SpO_2). Parámetros metabólicos: pH, PCO_2, PO_2, HCO_3, exceso de bases (EB), lactato, sodio (Na), potasio (K), calcio (Ca), hemoglobina (Hb) y glucemia. Comorbilidades: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DL), insuficiencia cardíaca previa (IC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/ asma.
Variable dependiente binaria: Paciente tratado con VMNI o no.
Análisis descriptivo: variables centrales y de dispersión. Análisis inferencial: Chi cuadrado para variables categóricas. T de Student para variables continuas. Se llevaron a cabo pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la distribución de las variables. IC del 95%. SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Base de datos de 53 pacientes, de los cuales 15 (28.3%) recibieron VMNI y 38 (71.7%) no lo recibieron. La edad media de la muestra es de 67,9 años (DE:32,1). El grupo de CPAP era ligeramente más joven 71.67(DE:9,1) vs 76.76(DE:13,9) sin significación estadística. Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se confirma la normalidad de la muestra.
En el estudio inferencial, las constantes vitales que reflejaron diferencias significativas entre los dos grupos fueron: FR; VMNI 30.87(DE:9,4) vs 22.95(DE:6,2), $p < 0.001$. SpO2; VMNI 78.07(DE:13,1) vs 85.97(DE:9,5), $p = 0.018$. TAS; VMNI 172.67(DE:41,6) vs 138.95(DE:39,1), $p = 0.008$.
En cuanto a las variables metabólicas: pH; VMNI 7.2329(DE:0,14) vs 7.3659(DE:0,06), $p < 0.001$. EB; VMNI -4.75(DE:6,3) vs -0.172(DE:3,5), $p = 0.004$. Lactato: VMNI 5.87(DE:3,5) vs 3.29(DE:2,02), $p = 0.004$.
Se detectó una mayor presencia de tiraje en el grupo con VMNI (86.7% vs 50%), $p = 0.014$. No se encontraron diferencias significativas en las comorbilidades estudiadas entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

Sin duda, el trabajo tiene la limitación de la n, y del hecho de ser unicéntrico. Pero aún así las importantes diferencias estadísticas nos muestran algunos hechos de interés. Así, los pacientes que requirieron VMNI mostraron un mayor compromiso respiratorio y metabólico. Esto se evidenció en la mayor FR, menor SpO2 y alteraciones en el pH y lactato.
La presencia de tiraje se asocia significativamente al uso de VMNI, traduciéndose esto en un potencial predictor de indicación no demorable de la misma.
No se hallaron diferencias en antecedentes patológicos entre los grupos, lo que señala que la necesidad de VMNI está más relacionada con la condición aguda del paciente que con sus comorbilidades previas.

O. #1607

ESTUDIO DEL FRACASO DE LA VMNI INICIAD EN LA UNIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, MURCIA

Sonia Galicia Puyol[1], César Cinesi Gómez[2], José Andrés Sánchez Nicolás[2], Juan José Guerras Conesa[3], Isabel Gil Rosa[4], Juan Javier García Fernández[4]

1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España
2. Hospital General universitario Reina Sofía, Murcia, España
3. Hospital Rafael Méndez, Murcia, España
4. Servicio de urgencias prehospitalario. Unidad Médica de Emergencias. UME 1 Murcia. Gerencia 061, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia obligó a los servicios sanitarios a adecuar sus recursos a la crecida demanda asistencial debida a la enfermedad por COVID19. El Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia adaptó el servicio de urgencias a esta situación con la creación de un circuito asistencial que derivaba a los pacientes a un área "sucia" para su atención, en la que además se creó una Unidad de Ventilación Mecánica No Invasiva. Analizamos el fracaso de la VMNI en esta unidad en el periodo entre 08/03/2020 y el 26/05/2021. Se define fracaso ventilatorio como la muerte del paciente o la necesidad de escalar a VMI.

OBJETIVO

Analizar la tasa de fracaso de la VMNI iniciada en urgencias en la Unidad de Ventilación Mecánica No Invasiva en el periodo mencionado y su relación con diferentes variables

MÉTODO

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 8040 pacientes atendidos en el circuito COVID 19 creado en el servicio de urgencias, el 4,77% fue tratado con VMNI en la Unidad de Ventilación de éste. Se analizaron variables como sexo, edad, antecedentes médicos, tratamientos domiciliarios respiratorios, constantes vitales en triaje de urgencias, RALE de radiografía al llegar a urgencias, gasometría, diagnóstico de patología causante de la insuficiencia respiratoria aguda, modos ventilatorios,
Los resultados con significación estadística son los siguientes. El sexo masculino está relacionado con el fracaso. La dislipemia, la insuficiencia cardíaca y el EPOC se relacionan inversamente proporcional con el fracaso. El tratamiento domiciliario con bilevel también es inversamente proporcional con el fracaso. La presencia de RALE 0 en la Rx de tórax al llegar a urgencias es inversamente proporcional al fracaso. Padecer infección por SARS CoV 2 es un riesgo para el fracaso. Sin embargo, el EAP y EPOC se relacionan inversamente proporcional con fracaso. Las diferencias de medias de fracaso-éxito de TA, FC, FR, SpO2, temperatura, Glasgow son estadísticamente significativas. Así como PCR, procalcitonina, IL6, leucocitos, linfocitos, pH, pCO2, HCO 3-, lactato (las gasometrías fueron venosas en el 87%), SOFA. El tratamiento con oxígeno, terapia combinada y terapia mixta son riesgo de fracaso. La CPAP, es inversamente proporcional. Ingresarse en UCI es un riesgo de fracaso. Los pacientes fracasados estuvieron más tiempo en UCI y menos en urgencias y planta que los que tuvieron éxito.
No es estadísticamente significativa: la diferencia demedias de la edad entre fracaso y éxito. Tampoco los tratamientos domiciliarios con CPAP y oxígeno, con relación inversamente proporcional con fracaso. Al igual que el tratamiento con bilevel en urgencias. El tiempo de inicio y la duración de la VMNI fue mayor en el fracaso. La diferencia de medias de la SpO2/FiO2 tampoco es estadísticamente significativa, así como la pO2.

CONCLUSIONES

Encontramos relacionados con el fracaso: el sexo masculino, el diagnóstico de COVID-19, el tratamiento con oxígeno antes de VMNI y el tratamiento con terapia combinada y modos mixtos de ventilación. Así mismo, la hospitalización en UCI.
Encontramos relación con el éxito de nuestra terapia los antecedentes de insuficiencia cardíaca y EPOC, el tratamiento domiciliario con bilevel, un RALE 0 en la radiografía de tórax, los diagnósticos de EAP y agudización de EPOC.
La media de los criterios de gravedad (TAS, TAD, FC, FR, temperatura, Glasgow, lactato, SOFA) fue más comprometida en pacientes que fracasaron.
Los pacientes con éxito mostraron mayor acidosis respiratoria. La duración de estancia en planta y urgencias fue menor en los pacientes que fracasaron, no así su estancia en UCI.

O. #2181

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Rayzha Kruzhkaya Cuellar Cuenca, Aracely Selenia Zambrana Miranda, Karen Elizabeth Aguilar Ramos, Irama Carolina González Araujo, Santiago Toranzo Nieto

Hospital El Escorial, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras graves son una condición médica seria que plantea desafíos significativos en el manejo respiratorio de los pacientes afectados. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha surgido como una opción prometedora, ofreciendo una alternativa a la ventilación mecánica invasiva (VMI). Sin embargo, persisten dudas y controversias en cuanto a su eficacia y seguridad.

OBJETIVO

Evaluar los efectos de la ventilación mecánica no invasiva en pacientes con quemaduras en estado crítico.

MÉTODO

Se realizo una revisión sistemática utilizando la metodología propuesta en el manual Cochrane y siguiendo las recomendaciones establecida en la guía PRISMA. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos electrónicas MEDLINE, EMBASE, LILACS y COCHRANE CENTRAL, además de fuentes secundarias. El proceso de selccion de los articulo, extraccion de los datos y evaluacion de la calidad, fue realizada por dos autores de manera independiente. Se aplicaron las herramientas del Joanna Briggs Institute para evaluar calidad de los estudios.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se identificaron un total de 413 registros. Se eliminaron los duplicados y se obtuvieron 251 registros, que fueron revisados por título y resumen. Se seleccionaron 15 publicaciones para revisión en texto completo. Finalmente, se incluyeron tres estudios de corte trasversal en la síntesis de la evidencia.
El número total de participantes en los tres estudios fue de 185 (entre 30 a 118 pacientes por estudio), e incluían tanto población adulta como pediátrica, con edades entre los 12 meses de edad hasta los 81 años. El estudio de Smailes et al. encontró que el cociente PaO_2/FiO_2 antes de la instauración de la VMNI era de 28,98 kPa (rango: 8,75-52). La respiración con presión positiva intermitente (IPPB) fue el modo ventilatorio más utilizado (83,3 %), con un promedio de 4,28 días (rango: 1–10 días). Las principales interfases utilizadas fueron la máscara facial (54,5 %), la máscara oral (30,3 %) y la máscara nasal (15,15 %). Se identificó que la VMNI redujo la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) en pacientes adultos con quemaduras graves hasta en un 74 % de los casos.Por otra parte, el estudio de Kabalak et al. utilizó la VMNI de forma profiláctica en el 56,7 % de los pacientes ($PaO_2/FiO_2 > 40$ kPa) y de manera terapéutica en el 27,1 % ($PaO_2/FiO_2 < 40$ kPa). La intubación o reintubación se evitó en el 56,7 % de los casos. En el estudio de Piastra et al., la VMNI se utilizó como método de destete de la VMI en pacientes pediátricos con quemaduras graves, siendo exitosa en 9 de 10 pacientes. La ventilación con presión positiva no invasiva (VPPNI) se utilizó en 5 casos, mientras que la ventilación con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) se aplicó en los pacientes restantes. Los pacientes que recibieron VMNI mostraron un aumento significativo en parámetros como la relación PaO_2/FiO_2 ($p = 0,0002$).
En los resultados de la evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo, un estudio fue calificado con buena calidad y el restante con calidad moderada, debido a que no se definieron de manera clara los criterios de inclusión ni se describió la presencia de factores de confusión o sus estrategias de control.

CONCLUSIONES

La VMNI puede tener efectos positivos en pacientes adultos con quemaduras severas al disminuir la necesidad de intubación y VMI, así como sus complicaciones. En población pediátrica, la VMNI podría considerarse como un método de destete de la VMI al mostrar mejoría en los parámetros de oxigenación. Sin embargo, se requieren estudios adicionales con mayor rigor metodológico para confirmar estos hallazgos y proporcionar recomendaciones más sólidas para la práctica clínica.

P. #85

PREVENCIÓN DE LA INTUBACIÓN ESOFÁGICA EN URGENCIAS: UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA

Silvia Tobía Díez, Silvia Cuadra Eguiluz, María Ángeles Alcoya Carricas, Elena Juliac Espinosa, Laura Cordon Tejada, Elena Anton Pérez

Hospital San Pedro, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de la vía aérea es crucial en pacientes críticos, especialmente en urgencias. La intubación esofágica inadvertida puede causar hipoxemia, aspiración, paro cardíaco y ruptura esofágica o gástrica, aumentando la morbimortalidad. A pesar de avances en monitoreo, sigue ocurriendo en 1 de cada 18 intubaciones.
Métodos clínicos tradicionales no son confiables; la capnografía de onda es la opción más precisa para verificar la colocación del tubo, porque detecta CO_2 exhalado en tiempo real. Sociedades científicas como la American Society of Anesthesiologists (ASA) y el Project for Universal Management of Airways (PUMA) recomiendan su uso sistemático.
Este estudio busca divulgar estrategias basadas en evidencia para mejorar la seguridad de la intubación traqueal en urgencias.

OBJETIVO

Objetivo General
Divulgar estrategias basadas en evidencia para prevenir la intubación esofágica en urgencias, promoviendo el uso de capnografía de onda y videolaringoscopio.
Objetivos Específicos
Analizar la incidencia y consecuencias de la intubación esofágica en urgencias.
Evaluar la capnografía de onda como método estándar de confirmación.
Descartar signos clínicos poco confiables.
Recomendar estrategias de seguridad en la intubación.
Destacar la importancia del entrenamiento y la reducción de sesgos.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios sobre la prevención de la intubación esofágica en urgencias. Se consultaron bases científicas como PubMed, Scopus... priorizando estudios recientes (menos de cinco años) y guías de referencia.
Se analizaron estrategias como: capnografía de onda, videolaringoscopios y factores humanos que contribuyen a errores en la intubación.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El análisis identificó estrategias para prevenir, detectar y manejar la intubación esofágica. Se confirmó que la capnografía de onda es el método más confiable para verificar la intubación traqueal, superando los signos clínicos convencionales.
Criterios para confirmar intubación traqueal mediante capnografía de onda (Chrimes, 2020):
El CO_2 exhalado aumenta en espiración y disminuye en inspiración.
La amplitud de onda es constante o creciente durante al menos 7 respiraciones.
El valor del CO_2 debe ser superior a 7.5 mmHg sobre la línea basal.
El patrón de la capnografía debe ser clínicamente apropiado.
Si no se cumplen estos criterios, se asumirá intubación esofágica y retirada del tubo de inmediato.
Principales Recomendaciones
Uso obligatorio de capnografía y pulsioximetría en las intubaciones.
Uso de videolaringoscopios para mejorar la visualización de la vía aérea.
Verbalización de la visión laríngea para mejorar la toma de decisiones.
Entrenamiento en simulación y formación interprofesional para mejorar la respuesta.
Signos clínicos que NO deben utilizarse para confirmar intubación traqueal
Empañamiento del tubo endotraqueal.
Elevación torácica.
Ausencia de distensión abdominal.
Auscultación pulmonar o epigástrica.
Estos signos inducen una falsa seguridad en la colocación del tubo.
Manejo inmediato ante sospecha de intubación esofágica
Si no se detecta CO_2 exhalado sostenido, retirar el tubo y ventilar con mascarilla o dispositivo supraglótico.
Si la retirada no es segura, confirmar posición con laringoscopía, broncoscopía flexible, ultrasonido o detector de esófago.
Si no se logra restaurar la exhalación de CO_2, retirar el tubo sin demora.

CONCLUSIONES

La capnografía de onda es el estándar de oro para confirmar la intubación traqueal, debe usarse sistemáticamente en urgencias.
El uso de videolaringoscopios mejora la visualización de la vía aérea reduciendo la incidencia de intubación esofágica.
Factores humanos como el estrés y los sesgos cognitivos retrasan la detección de una intubación esofágica.
La implementación de protocolos estructurados y entrenamiento en manejo de la vía aérea difícil mejora la seguridad del paciente.
Se recomienda que las instituciones adopten estas estrategias para reducir la morbimortalidad asociada a la intubación esofágica.

P. #664

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE VENTILACIÓN NO INVASIVA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

Sonia Galicia Puyol[1], César Cinesi Gómez[2], Isabel Gil Rosa[3], Juan Javier García Fernández[4], Juan José Guerras Conesa[5], José Andrés Sánchez Nicolás[6]

1. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España
3. Servicio de urgencias prehospitalario (Atención Primaria). Unidad Médica de emergencias. UME 1 de Murcia. Gerencia 061, Murcia, Murcia, España
4. Hospital Genera Universitario Reina Sofía, Murcia, España
5. Hospital Rafael Méndez, Lorca, España
6. Hospital General universitario Reina Sofía, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia obligó a los servicios sanitarios a adecuar sus recursos a la crecida demanda asistencial debida a la enfermedad por COVID19. El Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia adaptó el servicio de urgencias a esta situación con la creación de un circuito asistencial que derivaba a los pacientes a un área "sucia" para su atención, en la que además se creó una Unidad de Ventilación Mecánica No Invasiva.

OBJETIVO

Analizar la actividad asistencial la UNIDAD de VENTILACIÓN NO INVASIVA del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía, en el periodo comprendido entre el 8 de marzo de 2020 y el 26 de mayo de 2021.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de cohortes retrospectivo, llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 8040 pacientes que fueron atendidos en el circuito COVID-19 en las fechas de nuestro estudio, sólo 4.7% (384) recibieron terapia con VMNI. De éstos, aproximadamente la mitad fueron hombres con una edad media de 77 años (mediana 80). Los antecedentes más prevalentes fueron la HTA (83,3%), DLP (58,6%), DM (44,5%) y obesidad (32,8%). El EPOC lo encontramos en el 27,9%, el asma en el 11,7% y 16,7% fueron fumadores. Las terapias respiratorias domiciliarias halladas fueron: oxígeno (29,2%), CPAP (11,7%) y bilevel (18,9%). Constantes registradas (medias/medianas): TAS: 137/137, TAD: 78/78, FC: 97/93, FR: 27/28, tª: 35,5/36,2, SpO2: 89/92, FiO2: 34,4/24; SpO2/FiO2: 322,5/355,65; Glasgow: 14/15. Síntomas más frecuentes: disnea (86,7%), tos (24%), fiebre (13%), dolor torácico (4,7%). Tuvieron RALE 0: 51%. Media/mediana de los valores gasométricos: pH: 7,29/7,3; pCO2 62/58; HCO3- 29/28; lactato 2,4/1,8. SOFA: 4/4. Fueron tratados con VMNI por COVID 19: 15,4%, EPOC: 32% y EAP (51%). El 30% recibieron oxígeno antes de la VMNI. El 14%, terapia combinada. Bilevel el 79%, CPAP 7,3%. El 20,3% fueron éxitus y el 5% recibió VMI. El 14% ingresó en UCI.

Discusión

La creación de la Unidad de Ventilación nos permitió seguir tratando con seguridad a los pacientes con patologías clásicamente tratadas con VMNI (EAP-EPOC) al mismo tiempo que se empezó a tratar la nueva patología emergente, la COVID19. Sin embargo, con estos resultados obtenidos podemos observar que siguen siendo los dos primeros, los diagnósticos más prevalentemente tratados con esta técnica. Llaman la atención la carencia en cuanto a la recogida de la FR, así como de la presencia de gasometrías arteriales en nuestro estudio. Lo primero lo podemos justificar como pérdida por el carácter retrospectivo del trabajo. Y la ausencia de gasometrías arteriales, por el contexto de pandemia junto con la edad media de los pacientes, que hizo tener un techo terapéutico bajo. En el periodo estudiado, el modo ventilatorio más frecuente usado fue el bilevel.

CONCLUSIONES

-Sólo se ventiló el 5% de los pacientes atendidos en el circuito COVID 19.
-Los pacientes atendidos fueron hombres y mujeres por igual, añosos y con factores de riesgo cardiovascular que consultaron predominantemente por disnea.
-Hemos de enfatizar la importancia de recoger la FR.
-La mitad de los pacientes presentaron RALE 0 a su llegada al circuito.
-Se hace necesario recordar la diferencia entre la gasometría arterial y venosa y la indicación de cada una.
-A pesar del aumento de la insuficiencia respiratoria hipóxemica secundario al surgimiento e la enfermedad por COVID 19, la patología ventilada más prevalente sigue siendo el EAP y el EPOC.
-El tratamiento más frecuentemente aplicado fue la presión de soporte.

P. #839

USO DE CÁNULAS NASOFARINGEAS NASO-FLO EN LA PREOXIGENACIÓN DE PACIENTES EN SERVICIOS DE URGENCIAS

María Asunción Jorge Martín[1], Rebeca Santos Nieto[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Alicia Pacho Gimaré[1], María Cristina García Sánchez[3], Laura María Jorge Martin[1]

1. Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España
2. Gerencia de Servicios Sociales, Zamora, España
3. Hospital Comarcal de Benavente, Zamora, España

INTRODUCCIÓN

Las cánulas nasofaríngeas, como las Naso-Flo®, son dispositivos médicos diseñados para mantener la permeabilidad de la vía aérea superior y facilitar la administración de oxígeno directamente a la nasofaringe. Su diseño anatómico permite una inserción suave y efectiva, asegurando una vía aérea abierta y reduciendo el riesgo de obstrucción.
Aunque su uso se ha documentado en diversas situaciones clínicas, es fundamental evaluar su eficacia y seguridad en entornos de urgencias, especialmente durante procedimientos de preoxigenación previos a la intubación endotraqueal.

OBJETIVO

Revisar la evidencia disponible sobre la eficacia de las cánulas Naso-Flo® en la preoxigenación de pacientes en servicios de urgencias e Identificar las ventajas y posibles limitaciones de su uso en comparación con otros métodos tradicionales de preoxigenación.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos médicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se utilizaron términos de búsqueda como cánulas, vía nasal, oxigenoterapia, intubación intratraqueal, procedimientos de emergencia y "Naso-Flo". Se incluyeron estudios publicados en los últimos 10 años que evaluaran el uso de las cánulas Naso-Flo® en entornos de urgencias. Se excluyeron artículos que no estuvieran disponibles en texto completo o que no estuvieran en inglés o español.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Las cánulas nasofaríngeas Naso-Flo® ofrecen una alternativa a las técnicas tradicionales de preoxigenación, como las mascarillas faciales con reservorio. Su inserción a través de la fosa nasal hasta la nasofaringe permite una administración directa de oxígeno, lo que puede mejorar la oxigenación y prolongar el tiempo de apnea sin desaturación durante la intubación. Además, al liberar la cavidad oral, facilitan el acceso para la laringoscopia y reducen el riesgo de aspiración.
Sin embargo, es esencial considerar las posibles limitaciones y contraindicaciones de su uso. Pacientes con traumatismos faciales, obstrucciones nasales significativas o coagulopatías pueden no ser candidatos ideales para la inserción de una cánula nasofaríngea. Además, la falta de familiaridad del personal sanitario con la técnica de inserción y manejo de estas cánulas puede limitar su uso en entornos de urgencias.

CONCLUSIONES

Las cánulas nasofaríngeas Naso-Flo® representan una opción prometedora para la preoxigenación en servicios de urgencias, ofreciendo ventajas como la liberación de la cavidad oral y una administración directa de oxígeno. No obstante, se requiere una mayor investigación para establecer protocolos claros y capacitar al personal en su uso adecuado. Es fundamental evaluar individualmente a cada paciente para determinar la idoneidad de esta técnica y asegurar una monitorización estrecha durante su aplicación.

P. #1474

¿MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN URGENCIAS?

Ana Beltrán Sánchez[1], Mª Ángeles Viñas Gimeno[2], Marta Najarro De La Parra[3], Silvia Ramos Valenzuela[4], Clara Piqueres Mateu[5], Guadalupe Huerta Rubio[2]

1. Servicio de Urgencias Hospital Dr Peset, Valencia, España
2. Servicio de Urgencias Hospital La Fe, Valencia, España
3. Servicio de Urgencias Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España
4. Servicio de Urgencias Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España
5. Servicio de Urgencias Hospital Lluis Alcanyis, Xativa (valencia), España

INTRODUCCIÓN

La monitorización hemodinámica (MH) es una herramienta utilizada en los pacientes críticos, tradicionalmente el uso de sistemas invasivos y parámetros hemodinámicos validados en pacientes con ventilación invasiva dificultaba su aplicación en nuestros servicios. En la última década la aparición de herramientas no invasivas con parámetros validos en pacientes con respiración espontanea, ha favorecido su implantación en urgencias.

OBJETIVO

Conocer las características de los pacientes en los que se ha aplicado la MH, herramienta utilizada, conoce las patologías en las que con mayor frecuencia se utilizó esta técnica y el destino del paciente tras su atención en urgencias.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes en los que se aplicaron técnicas de MH atendidos en los servicios de urgencias en el último año de cinco hospitales de nuestro país, de nivel I y nivel II. Se realizó análisis mediante estadísticos descriptivos de las siguientes variables: demográficas, herramienta utilizada MH, parámetros hemodinámicos dinámicos, respuesta a fluidos, indicación de la técnica, y destino del paciente al alta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 91 pacientes incluidos en los que se realizó MH, en edades comprendidas entre 27 y 97 años de edad, con una mediana de 77 siendo 57 hombres y 34 mujeres. En la mayoría de los casos la MH se indicó por la presencia de shock séptico (63) seguido del shock cardiogénico (5), hay que destacar que, aunque en menor numero también fue utilizado para guiar la reposición de fluidos en pancreatitis, insuficiencia renal, complicaciones de la diabetes, insuficiencia cardiaca y shock hipovolémico por perdidas.

Las herramientas utilizadas para la MH fueron la ecografía (9) y el monitor del gasto cardiaco no invasivo (79 pacientes), en 8 de ellos se combinaron ambas herramientas. La prueba dinámica utilizada para valorar la respuesta a fluidos fue la elevación pasiva de las piernas 57 pacientes y en 22 la administración de un bolo de fluidos, 51 pacientes fueron respondedores a fluidos.

Tres pacientes incluidos fallecieron en urgencias, siendo el resto hospitalizados, la mayoría en medicina interna.

CONCLUSIONES

La monitorización hemodinámica es una herramienta que nos permite evaluar a los pacientes críticos. Nos permite identificar a pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica, aportar datos sobre la causa y guiar el tratamiento más adecuado para el paciente. Una de las primeras medidas terapéuticas en los pacientes críticos que instauramos es la administración de fluidos, pero ¿es adecuada y segura para todos?

En nuestros pacientes nos permitió identificar a aquellos respondedores y por tanto, administrar fluidoterapia únicamente a ellos tras implementar esta técnica. La existencia de herramientas como los monitores del gasto cardiaco no invasivo y la ecografía permiten realizar la MH en nuestros servicios, aunque dicho uso no está extendido. Su uso nos permite tomar decisiones seguras para nuestros pacientes y adecuarlas de forma individual a las necesidades de cada uno de ellos.

Las investigaciones realizadas se han centrado en la fiabilidad de esta técnica y de cómo se utiliza sin profundizar en el motivo por el que debemos utilizarla y obviando a los servicios de urgencias. Actualmente es necesario realizar más investigaciones incluyendo más variables que nos permitan valorar si su aplicación influye en la evolución de nuestros pacientes.

P. #1601

VMNI EN PANDEMIA EN LA UNIDAD DE VENTILACIÓN NO INVASIVA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

Sonia Galicia Puyol[1], Juan Javier García Fernández[2], Isabel Gil Rosa[3], José Andrés Sánchez Nicolás[4], César Cinesi Gómez[4], Juan José Guerras Conesa[5]

1. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España
3. Servicio de Urgencias prehospitalario (Atención Primaria)Médico Unidad Médica de Emergencias . UME 1 de Murcia. Gerencia 061 Murcia, Murcia, España
4. Hospital General universitario Reina Sofía, Murcia, España
5. Hospital General Rafael Méndez, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La llegada de la pandemia obligó a los servicios sanitarios a adecuar sus recursos a la crecida demanda asistencial debida a la enfermedad por SARS-CoV-2 (1,2). La Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia nació como adaptación del servicio de urgencias a la necesidad de disponer de un espacio seguro para la aplicación de la VMNI, y que está incluida dentro de un circuito de atención a pacientes con clínica sospechosa de infección por SARS-CoV-2.

OBJETIVO

Analizar la ventilación mecánica no invasiva llevada a cabo en la Unidad de Ventilación Mecánica No Invasiva del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía, en el periodo comprendido entre el 8 de marzo de 2020 y el 26 de mayo de 2021.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de prevalencia retrospectivo, llevado a cabo mediante la revisión de historias clínicas

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Por el recién creado circuito de atención a pacientes con síntomas sospechosos de infección por SARS CoV 2, entre el 08/03/2020 y el 26/05/2021, pasaron 8040 pacientes. De éstos, se inició terapia con soporte ventilatorio no invasivo (TAFCN o VMNI) a 518 pacientes (6,44%) en el propio servicio de urgencias. Con VMNI sólo, el 4,77%, es decir 384 pacientes, que fueron los analizados. El motivo que causó la insuficiencia respiratoria aguda fue en un 15% la infección por SARS CoV 2; un 32,1% el EPOC; 51% de enfermedad cardíaca (EAP); y un 1.6% otras patologías. Durante al menos una hora antes de iniciar la VMNI, recibieron oxigenoterapia convencional el 30% de los pacientes. Los modos ventilatorios fueron los siguientes: 54 pacientes (14,1%) recibieron terapia combinada (TAFCN + VMNI). El modo CPAP fue utilizado en el 7,3% de los pacientes; el modo bilevel en el (78,9%); un modo mixto (CPAP + bilevel) en el 13%; con unas pérdidas de información (modo desconocido) del 0,8%.
El tiempo transcurrido entre la llegada del paciente a urgencias y el inicio de la VMNI fue 1,69 horas de media, mediana de 0, IC 95% 2,05-1,33. La duración total de la terapia fue de media de 46,75 horas, mediana 16, IC 95% 54,52-38,97.
El tiempo medio de la estancia en urgencias de los pacientes ventilados fue de 17,6 horas, con mediana de 16,5, IC 95% (18,72-16,48). La VMNI supuso un éxito (ausencia de éxitus o requerimiento de VMI) en el 78% de los pacientes. En el servicio de urgencias murieron el 2,1% de los pacientes ventilados. El 14,1% se ingresó en la UCI y el resto en planta de hospitalización, fue trasladado a otros centros sanitarios o fue alta voluntaria.
Discusión
A pesar de ser plena pandemia, la mayoría de los pacientes tratados con VMNI en urgencias siguen siendo los EAP y los EPOC. Ello puede explicar que el modo ventilatorio más utilizado sea el bilevel (ha quedado demostrado en diferentes estudios que los pacientes COVID 19 se tratan con CPAP y/o TAFCN). Analizando la duración de la terapia y la de la estancia media en urgencias, concluimos que la VMNI se iniciaba en urgencias, pero los pacientes continuaban con el tratamiento tras abandonar la unidad. La tasa de éxito está entre las cifras habituales de otros estudios, atendiendo a que el SARS CoV 2 fue minoría.

CONCLUSIONES

A pesar del gran volumen de pacientes atendidos en el circuito COVID, sólo un 6,4% presentó insuficiencia respiratoria aguda que requiriese SRNI.
En la Unidad de Ventilación Mecánica No Invasiva un 5% de los pacientes fueron tratados con VMNI.
La creación de esta unidad no ocasionó tasas de éxito/fracaso de la VMNI diferentes a las halladas en la literatura.

P. #229

ENCEFALOPATÍA HIPERCAPNICA SECUNDARIA A DERRAME PLEURAL AGUDO TRATADO CON VENTILACIÓN MECANICA NO INVASIVA

Yolanda Aranda García, Patricia Alva García, Cristina De La Casa Resino

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 90 años sin deterioro cognitivo, parcialmente dependiente ABVD, es traído al servicio de urgencias por disnea de 3 días de evolución y empeoramiento brusco el día que consultan, asociando bajo nivel de consciencia.
Valorado en varias ocasiones por médico de atención primaria no le objetiva clínica infecciosa asociada (afebril, sin tiritona, sin aumento de tos o expectoración), ni sobrecarga de volumen (no edemas en miembros, no ortopnea, no DPN).
Niegan sintomatología miccional, dolor abdominal, cefalea, ni exteriorización de sangrados. No otra sintomatología.
Antecedentes personales:
- Portador de Marcapasos VVIR St JUDE
- Cardiopatía isquémica. Enfermedad de 3 vasos. Revascularización percutánea incompleta de DA multinivel
- Fibrilación auricular Insuficiencia cardíaca. FEVI en rango intermedio (45%). Clase funcional III NYHA
- Nódulo pulmón de 15 mm en vértice derecho.

Tratamiento previo
Eliquis 2.5 mg 1-0-1; Omeprazol 20 mg 1-0-0; Simvastatina 20 mg 0-0-1; Enalapril/HCTZ 20/12,5 mg: 1-0-0; Bisoprolol 5 mg: 1-0-0; Mesalazina 1200 mg; Eligard trimestral
El paciente no presenta alergias conocidas
Exploración física
Temperatura(°C):38.7, Tensión sistólica(mm Hg):151, Tensión diastólica(mm Hg):80, Pulso(lat/min):55, Frecuencia respiratoria 35rpm Sat O2 88% basal Saturación de oxígeno con mascarilla reservorio 92%,
Glasgow 6/15. Livideces generalizadas. Signos de hipoperfusión distal.
AP: hipoventilación global, silencio auscultatorio pulmón izquierdo.
Abdomen: blando, depresible, no signos de irritación peritoneal. Livideces en región abdominal
MMII: sin edemas. Livideces en ambos miembros inferiores a nivel de ambas rodillas
POCUS: se realiza ecografía a pie de cama de aproximación diagnóstica. A nivel pulmonar se objetiva derrame pleural izquierdo masivo hasta ápex pulmonar, pulmón derecho con líneas B, sin derrame pleural. A nivel cardiaco no se objetiva derrame pericárdico pero sí FEVI y contractilidad cardiacas visualmente deprimidas. A nivel abdominal no se objetiva líquido libre. Aorta de calibre normal no se objetivan imágenes aneurismáticas. Riñones con imágenes quísticas no impresionan de complicadas.
Pruebas complementarias
GA pH 7,10, pCO2 96 mmHg, pO2 75 mmHg, HCO3- 22,8 mmol/L, BE-2,5 mmol/L, lactato 0,9 mmol/L
Bioquímica: Glucosa 158 mg/dL; Creatinina 1.25 mg/dL Sodio 139 mmol/L (135 - 145), Potasio 5.53 Bilirrubina Total 1.21 mg/dL AST/GOT 41 U/L ALT/GPT 19 U/L GGT 39 U/L LDH 362 U/L PCR 18.9 mg/L (0 - 5), Procalcitonina 0.18 ng/mL
Hemograma: Hemoglobina 13.90 g/dL Plaquetas 260.00 10^3/µl Leucocitos 13.50 10^3/µl Neutrófilos 11.30 10^3/µl
Coagulación: I.N.R. 1.49 , TTPA 35.20 s Fibrinógeno derivado 508.0 mg/dL
Rx tórax: ICT aumentado derrame pleural masivo hemitórax izquierdo.
ECG: FC 78 lpm, bajos voltajes, arrítmico, QRS ancho
PCR virus respiratorios: negativa
JC:
Derrame pleural izquierdo masivo
Encefalopatía hipercápnica severa.

CONCLUSIONES

Se solicita valoración por Medicina intensiva que desestiman al paciente para IOT.
Se decide iniciar tratamiento con VMNI. Ventilador V60, mascarilla nasobucal, se programan parámetros IPAP 18 EPAP8 rampa 1 FR 15rpm FiO2 35% para saturación de 90% I:E 0.95.
Se administran 60mg de furosemida en bolo y después se inicia perfusión de furosemida 250mg a pasar en 24h y antibioterapia con piperalicilina/tazobactam.
Se comenta con neumología y se decide no realizar toraconcentesis evacuadora porque el paciente está anticoagulado.
Gasometría de control a la hora de iniciar VMNI pH en Gases 7.160 (pCO2 85.0 mmHg , pO2 69.0 mmHg HCO3 30.3 (mmol/L) mM/L
Pese a mal pronóstico se decide continuar con el tratamiento. El paciente progresivamente comienza a recuperar el nivel de conciencia, realiza una diuresis de 2000ml, gasométricamente corrige la acidosis y la hipercapnia y en la radiografía de control se objetiva disminución clara del derrame pleural izquierdo.
El paciente ingresó a cargo de Neumología. Se le realizó toracocentesis diagnóstica que resultó maligna. Requirió varias toracocentesis evacuadoras y finalmente falleció a los 10 días del ingreso

P. #355

SEMICRÍTICOS EN URGENCIAS, UNA NUEVA REALIDAD

Alba Lordán Carrillo, Judith Serrat Muñoz, Adrià Jiménez Morales, Neus Robert Boter, Gemma Morillas Xantal

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

Frente al constante crecimiento de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) nos enfrentamos a diario al desafío de, no solo gestionar un mayor volumen de pacientes, sino también una mayor complejidad de sus patologías.
Por ello, hemos identificado la necesidad de establecer una Unidad de Semicríticos específica para el SUH, destinada a atender a aquellos pacientes que requieren medidas intermedias.
Las características específicas de estos pacientes influyen tanto en su atención, como en la sobrecarga asistencial del equipo de medicina y enfermería.

OBJETIVO

Describir las características y necesidades de tratamiento específico de los pacientes que acuden al SUH y precisan de atención en el Box de semicríticos (BSc).

MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo de no intervención de los pacientes con necesidades de atención en BSc desde octubre del 2024 a enero del 2025 de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En las 13 semanas de estudio, se incluyeron 137 episodios, con una media de edad de 63,7 años (DE±17,1), predominando los hombres (65%). Un 57,6% de los pacientes presentaba un Índice de Charlson ≥5, lo que indica una alta comorbilidad.
A su llegada a urgencias, el 68,6% de los pacientes ya precisaban de atención en BSc, aunque solo estaba disponible en el 56,5% de los casos. Dicha necesidad fue multifactorial; un 20,4% requirió tratamiento con drogas vasoactivas, un 24% ventilación mecánica no invasiva (VMNI), y un 12,4% cánulas nasales de alto flujo (CNAF). Además, el 15,3% precisó control neurológico estricto y el 5% cirugía emergente.
Durante el periodo del estudio, se activaron Códigos de actuación inmediata en el 24% de los casos (8 Código Tox y 25 Código Sepsis).
La duración de la estancia en el BSc fue <6h para el 34,2% de los pacientes; entre 6-12h para el 23,7%; entre 12-24h para el 30,7%; y >24h para el 11,4%. Tras su atención en urgencias, un 32% fue ingresado a planta convencional; un 4,4% a la Unidad de Corta Estancia; un 17,5% fue dado de alta a domicilio; un 23,4% fue trasladado a Unidades Semicríticas Respiratorias y Cardíacas; y un 10,9% ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad durante la estancia fue del 0,7%, con una mortalidad a los 30 días del 8,8%.
Cabe destacar que la mayoría de los pacientes acudieron desde su domicilio, aunque 20 fueron derivados desde atención primaria u otros centros hospitalarios (14,6%).
Respecto la carga de enfermería, fuera en box convencional o en semicríticos, la mayoría de los pacientes (62%) requirieron de la colocación de al menos 2 vías periféricas, se realizaron hemocultivos en el 47,5%, gasometría arterial en el 64,2%, sondaje vesical en el 57,7%, colocación de vía central periférica en el 9,5% y vía central en el 2,2%. Otras intervenciones incluyeron control glicémico horario en el 10,2% y control horario de diuresis en el 56,2%.

CONCLUSIONES

Los pacientes que requieren de ingreso en un BSc en nuestro SUH tienen una edad media <65 años, pero con alta comorbilidad.
La mayoría ya cumplen necesidades de BSc a su llegada, pero la disponibilidad actual de nuestro centro no permite realizar la primera atención en estos boxes en >50% de los episodios.
La carga de enfermería en estos pacientes es muy alta, por lo que realizar la atención en los boxes donde la ratio es la correcta es imprescindible.
El tratamiento realizado en el SUH permite tener un bajo porcentaje de ingreso en UCI (23,4%) con una baja mortalidad a 30 días.

P. #580

EVALUACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA: UN ENSAYO CLÍNICO UNICÉNTRICO CONTROLADO

Andrés Rojo Rojo[1][2], Laura Tomas Roca[3], Nuria Tribaldos Cabrera[3], Antonio Alarcón Minarro[3]

1. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
2. Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España
3. Iconic Solutions by Murcia S.L, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica invasiva (VMI) es un soporte vital esencial para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica, permitiendo la estabilización hemodinámica y la reducción del trabajo respiratorio. Sin embargo, su uso prolongado y la incorrecta configuración de sus parámetros pueden derivar en complicaciones como asincronía ventilatoria y lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI). La correcta monitorización y ajuste de estos parámetros es fundamental para optimizar los resultados clínicos y minimizar riesgos.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y eficacia del ventilador VERSATILE en pacientes que requieren VMI, analizando su desempeño en diferentes modos ventilatorios y comparando sus mediciones con un medidor de gas externo calibrado. El ventilador VERSATILE, a diferencia de muchos otros dispositivos en el mercado, utiliza tecnología de turbina en lugar de compresores tradicionales, lo que le proporciona mayor autonomía y eficiencia. Además, el gran comportamiento dinámico de la turbina nos permite una sincronización precisa con el paciente contando con dos tipos de trigger, tanto por flujo como por presión. Su amplio repertorio de modos ventilatorios permite una adaptación más precisa a las necesidades clínicas, ofreciendo versatilidad en distintos escenarios de atención médica.

MÉTODO

Para ello estamos llevando a cabo un ensayo clínico unicéntrico, de un solo brazo con el ventilador VERSATILE, en el modo asistido/controlado y en el destete en apoyo parcial debido a la presión o el volumen en 50 pacientes que requieran VMI. En este ensayo se incluyen pacientes de diversas patologías con un tiempo de VMI ≥ a 3 horas.
El objetivo primario es evaluar la eficacia y para ello se van a evaluar los siguientes parámetros: volumen tidal (ml), presión (pico, meseta y presión positiva final-PEEP) (cm de H2O), frecuencia respiratoria (respiraciones/min) y FiO2 (%). Como medidas secundarias, se analizan variables de seguridad y eficacia del dispositivo: nivel de oxígeno suministrado, nebulización, temperatura del gas para el paciente, fugas de aire en el circuito, gasometría, frecuencia cardiaca, presión sanguínea, saturación de oxígeno y modos ventilatorios.
La exploración clínica del paciente y la elección de parámetros ventilatorios se llevan a cabo por la práctica clínica habitual, con los medios de seguimiento y toma de resultados habitualmente utilizados por el equipo médico y conforme a las guías clínicas actuales.
La validación del rendimiento del VERSATILE se realiza mediante comparación con el medidor de gas, verificando la precisión de los valores programados y entregados antes y después del uso en cada paciente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Hasta la fecha se han incluido 10 pacientes, supervivientes con diferentes patologías y necesidades ventilatorias. Aunque la muestra inicial es reducida, los parámetros registrados presentan variabilidad acorde con las características individuales de los pacientes. Los datos obtenidos permitirán la optimización del protocolo y la validación progresiva del dispositivo en los siguientes participantes del estudio.

CONCLUSIONES

Este estudio permitirá determinar la seguridad y eficacia del ventilador VERSATILE en un entorno clínico real. Los resultados obtenidos contribuirán a optimizar su desempeño y potencial implementación en pacientes con necesidades de VMI.

P. #912

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CAUSADA POR NEUMONÍA

Patricia González Cuadrado, Sergio Obregón Muñoz, Francisco Ubet Barberá, Arantxa Ramos Miravet, Paula Quiezán García, Delia Herranz Benito

Hospital General de Segovia, Segovia, España

HISTORIA CLÍNICA

Se expone el caso de un paciente de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea súbita de 3-4 horas de evolución. Desde hace una semana presenta aumento de tos y expectoración.

Entre los antecedentes del paciente destaca: exfumador, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) GOLD B3 con oxigenoterapia domiciliaria 17 horas, síndrome de apnea obstructiva del sueño (no realiza tratamiento).

A la exploración, el paciente se encuentra consciente y orientado, taquipneico. A la auscultación cardiopulmonar, rítmico y con murmullo vesicular abolido en ambos campos pulmonares. Presenta mínimos edemas en miembros inferiores.

En la gasometría arterial con una FiO2 del 35% se objetiva un pH de 7,33, pCO2 51mmHg, HCO3- 26mmHg, PAFI 174mmHg, lactato 4,3mmol/L.

En la analítica destaca una leucocitosis, con proteína C reactiva de 18mg/dL, procalcitonina negativa, Pro-BNP 12286pc/mL y afectación del perfil hepático y la coagulación.

En la radiografía de tórax se objetiva una neumonía en lóbulo inferior izquierdo. Se inicia tratamiento con nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio cada 20 minutos durante la primera hora, hidrocortisona, furosemida y levofloxacino.

El paciente, durante su estancia en Urgencias, presenta importante trabajo respiratorio y necesidad de FiO2 de 35-40% para mantener saturaciones > 90%, por lo que se decide iniciar soporte ventilatorio con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con doble nivel de presión. Presenta mejoría de la mecánica respiratoria y gasometría a la hora. El paciente se encuentra bien adaptado con buena tolerancia a la terapia, manteniendo saturación de 94% con FiO2 del 35%.

Ingresa en la planta de medicina interna con diagnóstico de neumonía con Pneumonia Severity Index clase IV e insuficiencia cardiaca descompensada asociada a acidosis mixta. Se optimiza tratamiento antibiótico y diurético y se realiza destete progresivo, intercalando con oxigenoterapia convencional a las 24 horas.

Durante el ingreso presenta diferentes complicaciones que desencadenan en el fallecimiento del paciente tras 14 días de ingreso. Presenta una isquemia arterial aguda en una pierna y un ictus de probable etiología cardioembólica secundario a una fibrilación auricular de novo.

CONCLUSIONES

El uso de VMNI está ampliamente reconocido en pacientes con exacerbación de EPOC y en edema agudo de pulmón. Sin embargo, su uso en insuficiencia respiratoria aguda (IRA) causada por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es incierto.

El objetivo de la VMNI es mejorar la oxigenación, facilitar la ventilación, disminuir el trabajo respiratorio y la disnea para evitar la necesidad de intubación con las complicaciones asociadas a la misma.

La limitación principal que nos encontramos es la ausencia de mejoría del trabajo respiratorio cuando se realiza VMNI en pacientes con IRA de novo.

A pesar de la ausencia de evidencia para recomendar el uso de VMNI en IRA causada por NAC, esta cada vez es más utilizada y parece que mejora la oxigenación y en aquellos pacientes que responden bien, disminuye la necesidad de intubación y la mortalidad. Realizar una buena selección de pacientes candidatos a esta técnica es crucial para el éxito de la misma. En nuestro caso, se valoró iniciar tratamiento con VMNI al tratarse de un paciente añoso, con antecedente de EPOC, que presentaba una NAC asociada a insuficiencia cardiaca descompensada. Se decidió finalmente iniciarla por presentar dificultad para mantener niveles adecuados de oxigenación con oxigenoterapia convencional, obteniendo un buen resultado inicial, pese al fallecimiento del paciente por complicaciones intra-hospitalarias.

Concluyendo, la necesidad de más estudios que respalden el beneficio de VMNI en pacientes con neumonía, y la ausencia de contraindicación de la misma, en un paciente que asocia EPOC e insuficiencia cardiaca, es lo que incitó a iniciar esta terapia.

P. #920

TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN EN URGENCIAS: IMPORTANCIA DEL MANEJO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Claudia Piqueras Pérez, Dámaris Hernández Gutiérrez, Marta Lara Armenteros, Stefania Salazar Martínez, Beatriz De Villalonga Zornoza, Marina Fernández Alcazar

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 93 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca crónica (ICC), valvuloplastia mitral, enfermedad renal crónica, y portador de sonda vesical permanente por infecciones urinarias de repetición y residuo postmiccional ecográfico. Acude al Servicio de Urgencias (SU) por cuadro de 3 días de evolución de tos con expectoración escasa y aumento de su disnea habitual, sin mejoría clínica a pesar de tratamiento con Levofloxacino y Salbutamol pautados por su Médico de Atención Primaria. Niega dolor torácico, ortopnea o episodios de disnea paroxística nocturna. Afebril en domicilio. No clínica urinaria. No otra sintomatología.

A su llegada al SU presenta regular estado general, con tendencia a la hipertensión y taquicardia a 120 latidos por minuto. Afebril. Presenta taquipnea con tiraje abdominal, con saturación de oxígeno del 88% con gafas nasales a 3 litros por minuto. Palidez cutáneo-mucosa y cianosis labial. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales y sibilancias espiratorias. Abdomen sin hallazgos. Edemas con fóvea hasta rodillas en ambos miembros inferiores.

Dado el regular estado general del paciente, se realiza gasometría arterial en box vital, que muestra acidosis respiratoria. Se administran nebulizaciones, corticoterapia y 40mg de Furosemida intravenosa. Al reevaluar al paciente tras 20 minutos, persiste acidosis respiratoria, regular estado general, taquipnea… por lo que se decide iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Durante la estancia en Urgencias se realiza analítica de sangre, en la que destaca 16.130 leucocitos con desviación izquierda, urea 116, creatinina 2.27 mg/dl con filtrado glomerular 27 ml/min (similar a previos), proteína C reactiva 23.40 mg/dl, proBNP 4.216 pg/ml (previo de 2000 pg/ml), Sodio 131, Potasio 5.2. Virus respiratorios negativos.

En el electrocardiograma se objetiva taquicardia sinusal a 110 latidos por minuto, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización.

En la radiografía de tórax presenta cardiomegalia, derrame pleural bilateral, posible infiltrado en lóbulo superior derecho, y redistribución vascular.

Es diagnosticado de descompensación de ICC en el contexto de neumonía en lóbulo superior derecho con insuficiencia respiratoria (IR) asociada.

Se mantiene durante 24 horas tratamiento con VMNI, antibioterapia, corticoterapia, terapia depletiva y nebulizada, objetivando recuperación clínica y de la saturación de oxígeno hasta el 97%. Tras confirmación de evolución favorable con nueva gasometría arterial, se decide destete y se mantiene estable con mascarilla con reservorio a 15 litros por minuto.

Tras la estabilización del paciente, se cursó su ingreso en Medicina Interna. Durante el mismo, se logró un control clínico adecuado, permitiendo su alta posterior con un plan de seguimiento ambulatorio para su ICC.

CONCLUSIONES

La VMNI es una herramienta terapéutica crucial en el manejo de la IR asociada a descompensación de ICC, pues mejora la capacidad residual funcional y optimiza la ventilación-perfusión pulmonar, reduciendo la hipoxemia; descarga los músculos respiratorios evitando su fatiga; y disminuye la sobrecarga ventricular al reducir la precarga y poscarga cardíacas.

Además, tiene la ventaja de evitar los riesgos de la intubación traqueal manteniendo la integridad de las vías respiratorias, lo que se asocia a una evolución más favorable y una estancia hospitalaria más corta.

Es por esto que, con este caso, queremos resaltar la importancia de manejar de manera efectiva la VMNI en el SU, siendo una opción terapéutica validada y respaldada por la evidencia para tratar la IR asociada a la descompensación de ICC -siempre que se utilice con monitoreo estricto y respetando sus indicaciones-, pudiendo evitar de esta manera ingresos en unidades de cuidados intensivos y marcando una importante diferencia en la evolución clínica de los pacientes.

P. #949

EVALUACIÓN DEL DISPOSITIVO DE INTUBACIÓN A CIEGAS ALFEN FRENTE A LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA CONVENCIONAL EN CADÁVERES THIELS, ESTUDIO PILOTO DE LABORATORIO

Zoraida Fontanilla Daza
Privada, Worthing, Reino Unido

INTRODUCCIÓN

En esta evaluación preclínica en cadáveres de Theil, evaluamos el desempeño del dispositivo de vía aérea Alfen en comparación con un estándar de oro de la laringoscopia indirecta. El objetivo de este estudio fue evaluar el tiempo que lleva la intubación endotraqueal con el dispositivo Alfen en comparación con la intubación traqueal con laringoscopio directo. El resultado secundario evaluado fue la tasa de éxito de la intubación con ambas técnicas.
Justificación
En 2011, un proceso de consenso de expertos identificó el manejo avanzado de las vías respiratorias como una de las cinco principales prioridades de investigación en la atención prehospitalaria. A pesar del aumento en el número de procedimientos que se realizan, hay evidencia de una demanda insatisfecha en la prestación de servicios de manejo avanzado de las vías respiratorias prehospitalarias, particularmente en el contexto de traumatismos. Un dispositivo que permita a los primeros intervinientes realizar una intubación endotraqueal de forma rápida y segura podría mejorar los resultados.
Descripción
Estudio piloto de laboratorio en cadáveres de Thiel realizado en el Centro de Anatomía e Identificación Humana de la Facultad de Ciencias de la Vida de la Universidad de Dundee. Los cadáveres fueron intubados en posición supina mediante laringoscopia directa convencional sin asistencia de video utilizando un laringoscopio con palas Macintosh e intubación endotraqueal a ciegas utilizando el dispositivo Alfen. La vía aérea difícil se evaluó utilizando el sistema de clasificación Cormack-Lehane.
Discusión
Se realizaron 18 intentos de intubación mediante laringoscopia directa convencional y el dispositivo Alfen. Trece cadáveres (72%) se clasificaron como grado 1/2 de Cormack-Lehane, 5 cadáveres (28%) se clasificaron como grado 3/4. El tiempo medio hasta la intubación endotraqueal para la intubación endotraqueal convencional fue de 16,2 segundos, RIC 10,2-26,8 y para el dispositivo Alfen de 7,8 segundos, RIC 5,9-9,3, ($p<0,001$). Se encontró que el tiempo hasta la intubación endotraqueal era más corto para el dispositivo Alfen tanto en el grado 1/2 de Cormack-Lehane como en el grado 3/4. La tasa de éxito en el primer intento para la intubación traqueal con el dispositivo Alfen fue del 100% en comparación con el 93,7% para la laringoscopia convencional.
Se ha demostrado que el dispositivo Alfen para la intubación endotraqueal a ciegas tiene un rendimiento superior al de la laringoscopia indirecta convencional, con un tiempo medio de intubación de 7,8 frente a 16,2 segundos. Además, la tasa de primeros intentos fue superior para el dispositivo Alfen (100 %) frente a 93,7 %. Es necesario seguir trabajando en una variedad de habilidades avanzadas de gestión de las vías respiratorias y escenarios clínicos.

P. #1273

EL GRAN AYUDANTE EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN, EL SOPORTE RESPIRATORIO

Pedro Jara Navarro[1], María Del Carmen Marín Infer[2], Patricia Cayuela García[2], Elena García Gutiérrez[2], Marta Arrufat Sánchez[2], Lourdes Ruiz Parra[2]
1. Hospital Reina Sofía, Ceutí, España
2. Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

El edema agudo de pulmón (EAP) es una emergencia médica frecuente en los servicios de urgencias, asociada a insuficiencia cardíaca descompensada y mal pronóstico si no se maneja de forma rápida y eficaz. La ventilación no invasiva (VMNI) es una estrategia fundamental en el tratamiento, reduciendo la necesidad de intubación y mejorando la oxigenación. Presentamos el caso de un paciente con insuficiencia cardíaca aguda e insuficiencia renal reagudizada, destacando la importancia de la VMNI y un manejo médico integral.
Varón de 84 años que presenta como antecedentes de interés: a nivel cardiovascular; hipertenso, cardiopatía crónica, insuficiencia cardiaca leve y marcapasos por bloqueo auricular; ictus 2015 sin secuelas graves, enfermedad renal crónica y varios ingresos de insuficiencia cardiaca aguda en contexto de infección respiratoria. Su tratamiento crónico, se basa en inhaladores, parches de nitroglicerina, antihipertensivos y diuréticos en dosis bajas. Buena situación basal, con NYHA III.
El paciente acude traído al servició de urgencias por ambulancia por disnea de cuatro días de evolución hasta hacerse de reposo con ortopnea, siendo necesario dormir en el sillón. No refiere clínica catarral acompañante ni infecciosa. Sin embargo, hoy a la disnea le ha acompañado un dolor torácico opresivo no irradiado y sin cortejo vegetativo con disnea extrema.
La ambulancia trae al paciente con las siguientes constantes: tensión arterial 175/106 mmHg, FC:130 lpm, T°35.5, SpO2 92% con ventimask al 28%, siendo valores previos en domicilio de 84-85%. Le iniciaron carga de diuréticos con 40 mg intravenosos de furosemida y primera pauta de inhaladores nebulizados, más 80 mg de metilprednisolona.
A nuestra exploración física, en la sala de emergencias, el paciente presenta: mal estado general, consciente y orientado. Sp 90% con ventimask y frecuencia respiratoria de 39 con uno de la musculatura accesoria. En la exploración ABCDE: vía aérea permeable; a la auscultación pulmonar crepitantes bilaterales hasta campos medios con roncus bilaterales, la auscultación cardiaca: taquicardia rítmica sin soplos. A nivel circulatorio, tensiones altas y pulsos presentes. No alteraciones a nivel neurológico y si presenta sudoración a nivel del resto del cuerpo.
Se le realiza una ecografía clínica presentando: derrame pleural bilateral, líneas B diseminadas en ambos campos, onda E/É de 12 y disminución contráctil visible.
Se le inicia soporte respiratorio al paciente con VMNI en modo S/T con IPAP de 16, EPAP 8, FiO2 al 100%, FR 12, Rampa de 1, que posteriormente se fue tutelando la oxigenoterapia reduciendo valores. Se le administra segunda carga de furosemida 80 mg iv, doblando su posología habitual y se inició perfusión de nitroglicerina con control de tensiones arteriales. Una vez

estabilizado, paso a camas para continuar con tratamiento.
A nivel de pruebas complementarias destacar a nivel bioquímico: un empeoramiento de la creatinina 2,94 (previa 1,51), Na 124, NT-proBNP 19247 (previo 13451), troponinas seriadas negativas; a nivel de gasometría venosa: pH 7,21, bicarbonato 23,20 mmol/L, pCO2 58 mmHg, lactato 3.20 mmol/L. Un electrocardiograma con taquicardia sinusal y extrasístoles y una radiografía de tórax con infiltraciones no condensantes bilaterales.
Mejoría clínica del paciente, tras 4 horas de soporte respiratorio con normalización de gasometría y diuresis de eficaz. Se suspende nitratos en perfusión pasando a subcutáneo. Se mantiene soporte respiratorio con FiO2% de 34% y disminución de presión de soporte. Se realiza ingreso en planta con el diagnóstico de edema agudo de pulmón en un insuficiencia cardiaca aguda y enfermedad renal reagudizada.

CONCLUSIONES

Este caso subraya el valor del soporte respiratorio como pilar en el tratamiento del edema agudo de pulmón en insuficiencia cardíaca aguda. Su combinación con tratamiento farmacológico adecuado y una monitorización estricta permite optimizar la respuesta clínica, evitando complicaciones y favoreciendo una recuperación más rápida y efectiva.

P. #1426

EL USO DE AIRTRAQ COMO MÉTODO DE INTUBACIÓN DE VIDA AÉREA DIFÍCIL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

María Dolores Sáez De Tejada Macías
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El laringoscopio Airtraq supone la implementación de un nuevo dispositivo en la intubación endotraqueal, mas allá del tradicional laringoscopio. Se trata de una nueva técnica de aislamiento de la vía aérea, con un aprendizaje fácil y un manejo sencillo por parte de los profesionales. El uso de este dispositivo tiene especial interés en vía aéreas difíciles, resultando más efectivo que el laringoscopio de uso común. El principal aspecto positivo del Airtraq es que muestra las estructuras anatómicas durante el proceso de intubación, presentando una clara ventaja respecto al laringoscopio tradicional.

OBJETIVO

Basándonos en el uso de Airtraq, el objetivo principal de esta revisión es valorar el uso de este dispositivo en pacientes que presentan una vía aérea difícil en situaciones de emergencias.

MÉTODO

Este estudio se trata de una revisión bibliográfica basada en artículos científicos y revisiones sistemáticas. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos (Pubmed, Dialnet, Scielo y Cochrane). Fueron seleccionados 83 artículos de la búsqueda, de los cuales, tras utilizar criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron un total de 19 artículos para el desarrollo de la revisión bibliográfica de este póster.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se obtuvieron un total de 19 artículos con un origen principal en Europa, America del Norte y Asia. Todos los artículos fueron escritos en inglés. Cabe destacar que los artículos que se han utilizado son estudios cualitativos, en su gran mayoría estudios observaciones prospectivos aleatorizados y revisiones sistemáticas.
Los resultados encontrados se han recogido agrupándolos en tres bloques: el uso del videolaringoscopio Airtraq en relación con el tiempo de intubación, facilidad de uso en una vía aérea difícil y las ventajas e inconvenientes que presenta.
Los resultados obtenidos a través de la bibliográfica muestran que, el Airtraq destaca por ser una herramienta efectiva y fácil de usar en el manejo de vía aérea difícil, especialmente en situaciones de emergencias, como emergencias hospitalarias y prehospitalarias. Presenta una alta tasa de éxito en la mayoría de los casos de un único intento, realizando una intubación exitosa y destaca en su capacidad para reducir el tiempo de intubación, posicionándola así en una opción mucho mejor en comparación con un videolaringoscopio tradicional. Es un diseño compacto y ergonómico, fácil de transportar y que posibilita la utilización en condiciones adversas. Como inconvenientes si que se encuentra

la dificultad de intubación de la vía aérea en presencia de sangre o vómitos abundantes y la necesaria formación previa tanto en la intubación con laringoscopio tradicional como en la utilización del dispositivo, ya que al ser un dispositivo canulado puede presentar alguna dificultad. Una mayor experiencia profesional nos indica una mayor tasa de éxito.
Finalmente, en relación en relación con las limitaciones del estudio, se identificaron dos aspectos principales: la dificultad para encontrar artículos de calidad en el ámbito nacional y el uso de maniquíes como método de practica, presentando un contexto diferente al de la realidad.

CONCLUSIONES

Con relación al tiempo, tasa de éxito y experiencia profesional, el uso de Airtraq supone un avance y una mejora en cuanto a la práctica profesional y al manejo de la intubación endotraqueal. Siendo de especial interés en el ámbito de emergencias prehospitalarias donde la practica y el uso de esta técnica tiene un factor añadido.

P. #1933

LA DUDA DE UN NUEVO MARCAPASOS EN EL MERCADO

Carmen Sobrino Bermejo, María José Gálvez Pascual, Esperanza Alaminos Tenorio, Asunción Maldonado Calzado
Dispositivo apoyo, Sevilla, España

HISTORIA CLÍNICA

Contexto: servicio móvil de urgencias.
Motivo de aviso: mareo y mal estar general. Aviso a las 23 horas.
Historia clínica:
Paciente de 76 años con antecedentes patológicos a destacar de HTA, hipotiroidismo y enfermedad de Alzheimer GDS 4 con reciente diagnóstico.
En tratamiento actual con enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5mg y Eutirox 50 mcg.
Refieren al levantarse de la cama para ir a orinar ha comenzado con mareo con sensación de giro de objetos, visión borrosa y mal estar general. Refiere no podía caminar sin sujetarse y ha tenido que avisar a su marido. El familiar refiere que a su llegada paciente con palidez cutánea y sudorosa.
Niega dolor torácico, no perdida de conciencia, aunque unos minutos más desconectada del medio hasta que ha recuperado. No perdida control esfínteres. No fiebre ni clínica infecciosa acompañante en días previos.
Refieren hoy han vuelto de un viaje largo en coche.
A nuestra llegada paciente tumbada en la cama con buen estado general, normohidratada, normoperfundida. ACR: rítmico a buena frecuencia, no ausculto soplos. Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.
Consciente y orientada en tiempo y espacio. No alteración en lenguaje. Pupilas isocóricas reactivas. Leve nistagmo con mirada a la derecha, autolimitado y horizontal. Pares craneales sin alteración. No asimetrías. No alteración en fuerza.
La paciente refiere actualmente se encuentra asintomática.
Se realiza ECG (IMAGEN 1)
Impresiona ritmo sinusal a 75 latidos por minuto. Se observan espigas de marcapasos dobles sin relación posterior con ondas del ECG.
Eje normal. No alteración en repolarización.
Este ECG se repite con hallazgos similares.
Pese a revisar historia clínica previa de la paciente, se pregunta y se comprueba que no sea portadora de marcapasos.
PLAN: Antes de entrar en domicilio de la paciente coincidimos en misma calle con otros compañeros. Contactamos y suben con otro monitos.
Nuevo ECG (IMAGEN 2): actividad eléctrica coincidiendo con espigas previas de marcapasos aunque en este monitor no marca claramente como espigas.
El cambio de ECG nos hace revisar de nuevo interferencias con la paciente y descubrimos que puede ser secundaria a manta eelctrica que está enchufada bajo sabana.
Retiramos y realizamos ECG nuevamente con resultado sin hallazgos de interés.
RESOLUCIÓN:
La paciente permaneció en domicilio con juicio clínico de presíncope por causa vasovagal versus vértigo paroxístico periférico. Se mantuvo en observación domiciliaria y se

explicamos signos o síntomas por los que reconsultar. Posteriormente la evolución ha sido favorable.

CONCLUSIONES

Recalcar que la importancia de este caso nace de que entre las seis ambulancias móviles que se rota en la provincia solo una de ellas estaba equipada con monitor CORPULS (primer ECG que se realizó) por lo que los hallazgos del primer ECG condujeron a múltiples dudas. El segundo monitor con el que entonces estábamos mas familiarizados (LIFEPACK) nos aclaró que necesitábamos buscar un agente externo que estuviera provocando la interferencia.
Finalmente destacar la necesidad de conocer los manuales de uso de los materiales con los que trabajamos y recalcar que en la actuación de urgencia, aunque no tengamos un diagnóstico definitivo debemos indagar la razón de los hallazgos que vamos encontrando.

P. #2155

SHOCK ANAFILÁCTICO LETAL: CUANDO SOLO EL BISTURÍ ABRE LA ÚLTIMA PUERTA

Natalia López Hidalgo[1], Anna Kikeeva Boltyreva[1], David Robles Rodríguez[1], María Abdul Jabbar Mora[1], Raquel Díaz Lara[2], José Aurelio Gómez Marín[3]

1. SESCV, Alicante, España
2. SESCV, Castellón, España
3. Gerencia Urgencias y Emergencias 061 Murcia, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes médicos:
- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas
- Dislipemia
- Lupus.
- Ictus isquémico hace 15 años sin secuelas
- Hipotiroidismo
- Obesidad

Antecedentes quirúrgicos:
- Laparatomía exploratoria + reparación de hernia eventrada en julio 2017.

Hábitos tóxicos: No
Situación basal: independiente para ABVD.
Tratamiento habitual:
- Rosuvastatina 10 mg
- Warfarina
- Levotiroxina 75 mcg
- Antihistamínico

Se presenta el caso de una mujer de 57 años que sufrió un shock anafiláctico con obstrucción completa de la vía aérea mientras cenaba en un restaurante de comida india. A la llegada del equipo de emergencia, la paciente se encuentra en el suelo, en decúbito lateral con malestar general, evidente dificultad respiratoria, imposibilidad para hablar por macroglosia, hipersalivación, edema facial severo y silencio auscultatorio.
A pesar del tratamiento inicial con adrenalina y corticoides, la paciente desarrolla una insuficiencia respiratoria severa, imposibilitando la ventilación e intubación debido a la macroglosia masiva. Ante la falta de respuesta, se decide realizar una cricotiroidotomía de emergencia como primera elección para el abordaje de la vía aérea, utilizando bisturí, Frova y un tubo endotraqueal n.° 6. Una vez asegurada la oxigenación, la paciente es trasladada al hospital, donde evoluciona favorablemente tras tratamiento intensivo.
Intervenciones iniciales:
- Administración de 0,5 mg de adrenalina intramuscular (IM) en deltoides.
- Ante la falta de mejoría, se repite dosis de adrenalina IM.
- Canalización de vía venosa periférica y administración de 100 mg de metilprednisolona IV.
- Se inicia perfusión de 1 mg de adrenalina en 500 ml de suero fisiológico a dosis en "puff".

Dada la imposibilidad de ventilar o intubar a la paciente debido a la macroglosia severa y edema laríngeo, se decide realizar una cricotiroidotomía de emergencia como primera elección para el abordaje de la vía aérea, utilizando bisturí, Frova y un

tubo endotraqueal n.° 6. Una vez estabilizada, se traslada a la paciente al Hospital de referencia, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
Diagnostico diferencial:
- Edema de glotis por causa infecciosa (Epiglotitis bacteriana, absceso periamigdalino).
- Edema angioneurótico hereditario (Deficiencia de C1 inhibidor).
- Reacciones adversas a fármacos (inhibidores de la ECA, AINEs).
- Alergia a alimento (reacción anafiláctica a alérgenos alimentarios).

Diagnostico final: Shock anafiláctico, no especificado, contacto inicial.
ATENCIÓN HOSPITALARIA:
Exploración inicial en UCI
- Constantes vitales: TA 145/78 mmHg, FC 75 lpm, FR 15 rpm (ventilación mecánica invasiva con FiO2 0.4, saturando 100%).
- Aspecto general: Mal estado general, paciente bajo efectos de sedación.
- Cabeza y cuello: Macroglosia persistente, imposibilidad de laringoscopia.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, crepitantes bibasales.
- Otros sistemas: Funciones renal y hemodinámica conservadas.

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA
- Neurológico: Paciente sin focalidad neurológica, responde a órdenes pese a la sedación inicial.
- Hemodinámico: Estable en todo momento, sin requerimientos transfusionales. Se administra vitamina K por sangrado menor en la cricotiroidotomía en contexto de anticoagulación crónica con warfarina (antecedente de lupus).
- Respiratorio: Evolución favorable con resolución progresiva del edema laríngeo. Se realiza extubación el 24 de julio sin complicaciones. El 25 de julio, Otorrinolaringología realiza cura y sutura de la cricotiroidotomía.
- Nutricional: Tolera dieta oral sin dificultad.
- Infeccioso: Afebril, leucocitosis reactiva. Se inicia profilaxis con amoxicilina/clavulánico por posible broncoaspiración y manipulación de la vía aérea.

Dada su evolución favorable, la paciente es trasladada a planta para seguimiento hasta su alta definitiva.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de la intervención prehospitalaria temprana y el abordaje quirúrgico de la vía aérea en anafilaxias severas refractarias. La cricotiroidotomía de emergencia fue la única opción viable para garantizar la oxigenación y evitar un desenlace fatal. A pesar de la gravedad del cuadro, la paciente logró una recuperación completa sin secuelas.

P. #2163

GRANULOMATOSIS DE WEGENER: COMPLEJIDAD EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Luis Miguel Maestro Gilmartin, Mª Nuria Álvarez Díez, Alberto Álvarez Madrigal, Saúl Escudero Álvarez, Pablo Martínez Salas, Raquel Sánchez Castellanos
CAULE, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 53 años con AP de dislipemia, DM corticodependiente y Granulomatosis de Wegener de 9 años de evolución con afectación cutánea, renal oftalmológica y ORL, con fístula nasopalatina y destrucción de cornetes, que ha precisado tratamiento con rituximab. Vista en urgencias por cuadro catarral con abundante secreción nasal y un episodio de disnea brusca, causa alta a domicilio con tratamiento antibiótico y medidas higiénicas. Dos días después es llevada a su centro de salud al presentar disnea súbita, cianosis, deterioro progresivo del nivel de consciencia, con un GCS inicial de 6 y desaturación de O2. Se activa a emergencias, que no logran intubación tras varios intentos y optan por ventilación con dispositivo supraglótico. A su llegada a urgencias la GAB inicial muestra acidosis respiratoria severa, con un Ph de 6,995 y una PO2 de 291, siendo indetectable la PCO2. Se decide manejo de vía aérea con tubo endotraqueal. La paciente presenta un Cormack de I, lo que predice una intubación fácil, a pesar de la edematización traumática de la hipofaringe por los intentos fallidos en el manejo extrahospitalario. Se mantiene la sedoanalgesia y se aspira con sonda de Yankauer una gran cantidad de secreciones y detritus. Se procede a intubación orotraqueal con tubo de 7.5, fracasando. Aun así y a pesar de su nariz en silla de montar, la ventilación de la paciente con mascarilla y bolsa autoexpandible es posible sin dificultad. Tras un nuevo fracaso se decide utilizar tubo de n° 5.5 y Airtrack, sin éxito. Ante esta situación se decide utilizar la FROVA, siendo correctamente abocada a tráquea, pero sin que se logre pasar el tubo a través de la glotis. Se decide colocación de dispositivo supraglótico, se realiza TAC craneal (normal) y se interconsulta a UCI, avisando estos a ORL y anestesia, que tampoco consiguen intubar y deciden conducir a la paciente a quirófano. Siendo imposible, aun usando fibrobroncoscopio introducir el tubo endotraqueal, ORL realiza traqueotomía reglada, pasando la paciente a UCI. La analítica mostró leucocitosis de 26200 (88%N, 2%Cay), PCR normal con PCT 2,4, función renal normal, iones normales, Glucosa 360, plaquetas 405000, TP 100% y ProBNP 3413. Se instauró tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico. A los dos días pasa a planta de medicina interna. Los estudios microbiológicos fueron negativos salvo el frotis nasofaringeo, positivo para Candida albicans y aspirado traqueal positivo para Coronavirus NL63. Se realizó nueva IC a ORL y objetivan endoscópicamente importante estenosis subglótica. Pendiente de TAC de cuello, la evolución fue favorable.
ID: -Viriasis respiratoria con posible sobreinfección bacteriana.
-Obstrucción de la vía aérea por secreciones. Parada respiratoria.
-Granulomatosis de Wegener con importante afectación ORL.

CONCLUSIONES

La estenosis subglótica puede tener diversas causas. Y entre las adquiridas, después de la yatrogenia aparecen las enfermedades autoinmunes, especialmente en mujeres jóvenes. En este caso, la paciente padece una granulomatosis con poliangeitis (GW), enfermedad caracterizada por la formación de granulomas necrotizantes en mucosas y por la inflamación de vasos de pequeño calibre. En ocasiones este cuadro puede ser subclínico, debutando la enfermedad tras procesos repetitivos, con clínica derivada del estrechamiento de la tráquea hasta 4cm por debajo de la glotis, zona más susceptible de estenosis inflamatoriocicatriciales debido a sus características anatómicas e histológicas. Muchas veces su diagnóstico se retrasa al comportarse espirométricamente como un asma. Es por eso que cualquier paciente crítico con este antecedente debe ser considerado como de riesgo de vía aérea difícil y el personal médico y de enfermería de urgencias debe estar familiarizado con el material y las técnicas avanzadas para su manejo, sin olvidar la utilidad y la tranquilidad generada por el correcto uso de técnicas básicas de ventilación.

P. #2219

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN SITUACIONES EPIDÉMICAS

Cristina Girón Crespo, Pablo Madrid Martos, María Teresa Quesada Molina, José Francisco Vargas Rivas

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 54 años con antecedentes personales de alergia a penicilina, adenoma hipofisario,asma estacional, Panhipopituitarismo con tratamiento sustitutivo, exfumador desde hace 20 años y factores de riesgo cardiovascular acude a nuestro servicio de urgencias hospitalarias por cuadro de infección de vías respiratorias altas hace un par de semanas, con leve mejoras tras tratamiento médico domiciliario. El paciente nos refiere que a los pocos días comienza con sensación disneica que aumenta de forma progresiva. Refiere tos con expectoración y erupción cutánea en tronco y extremidades, sin referir prurito ni dolor. Asocia fiebre de hasta 38,5ºC. No cefalea ni mareos. No alteración de la fuerza o sensibilidad.No náuseas ni vómitos. No dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal con heces de características normales. Niega síndrome miccional ni síndrome constitucional. No artralgias ni artritis. No cianosis distal, ni lesiones en mucosa bucal.

A la exploración física destaca gran trabajo respiratorio con taquipnea a 30 respiraciones por minuto con hipofonesis generalizada sin ruidos patológicos sobreañadidos. Se observa exantema maculopapular, no pruriginoso en cara, tronco y ambos miembros superiores. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente sin signos de hipoperfusión distal. Por lo que se pauta tratamiento inhaladores, corticoterapia intravenosa y oxigenoterapia, precisando ingreso en sala de observación.

Como pruebas complementarias se realizó radiografía de tórax en la que se observa condensación en lóbulo inferior derecho. Ampliándose a tomografía computarizada de tórax, donde se observó hallazgos inespecíficos a valorar proceso infeccioso de probable etiología típica como primera opción.

Se realizó analítica de sangre objetivandose aumento de transaminasas y reactantes de fase aguda, objetivandose en hemograma aumento de polimorfonucleares sin leucocitosis. Se realizó test rápido de antígenos de virus respiratorios COVID y GRIPE con resultado negativo, ampliándose el estudio con PCR de virus respiratorios así como antigenuria en orina.

Ante el repunte epidémico de Sarampión, y al presentar el paciente fiebre, exantema maculopapular y neumonía en lóbulo inferior derecho, se decide ampliar y solicitar serología del mismo.

Ante la ausencia de mejoría tras tratamiento intensivo con corticoides, nebulización y oxigenoterapia se decide contactar con la Unidad de Cuidados Intensivos, para soporte respiratorio con ONAF (oxigenoterapia de alto flujo).

CONCLUSIONES

La principal conclusión que establecemos es la importancia de un correcto calendario vacunal así como tener en cuenta siempre la situación epidémica en la que nos encontramos dado que somos la primera puerta de entrada de los pacientes al sistema sanitario. Además, destacar la importancia del manejo multidisciplinar y de la coordinación entre las distintas especialidades para solventar de manera rápida y eficaz situaciones graves en los servicios de urgencias.

AT09
INNOVACIÓN, NUEVAS TECNOLOGÍAS, GESTIÓN Y CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA

O. #13

MODELOS DE ATENCIÓN VIRTUAL Y NUEVOS CIRCUITOS ASISTENCIALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

María Bóveda García, María Mir Montero, Carlos Bibiano Guillén, Beatriz Rodríguez Rodríguez, Sara Vinat Prado

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La creciente presión asistencial en los servicios de urgencias, junto con la necesidad de optimizar recursos y humanizar la atención sanitaria, impulsa la creación de modelos asistenciales innovadores. Un ejemplo son las Unidades de Corta Estancia (UCE). Estas unidades, gestionadas en la mayoría de los casos por los Servicios de Urgencias, han alcanzado un alto grado de eficiencia y satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios, proporcionando cuidados intensivos en períodos breves, evitando ingresos prolongados y mejorando los resultados clínicos.

Justificación

Inspirados por el éxito de la nuestra UCE hospitalaria y conscientes del potencial de llevar este modelo un paso más allá, decidimos adaptar este enfoque al entorno domiciliario. Así nació la Unidad de Corta Estancia en Domicilio (UCE-D), una innovación pionera que combina los principios de las UCE tradicionales con las ventajas de la hospitalización domiciliaria y la telemedicina.

Entre sus objetivos destacan: mejorar la experiencia del paciente, reducir la presión en urgencias y hospitalización convencional, garantizar la seguridad clínica, y optimizar los recursos disponibles

A diferencia de otras iniciativas de hospitalización domiciliaria tradicionalmente gestionadas por servicios como Medicina Interna, la UCE en domicilio destaca por estar completamente coordinada desde urgencias, lo que garantiza una identificación temprana de candidatos, mayor agilidad en los procesos y continuidad asistencial.

La UCE-D tal y como la definimos en nuestro hospital, consolida a los Servicios de Urgencias como núcleos fundamentales en la gestión hospitalaria alineados con las necesidades y expectativas de los pacientes.

Descripción

Los pilares que fundamentan esta Unidad de Gestión son:

- Gestión directa por urgencias: Asegura una identificación precisa, agilidad en el traslado al domicilio y continuidad en la atención.
- Telemedicina avanzada: Permite la monitorización de constantes vitales, cuestionarios de síntomas y consultas mediante videollamadas, garantizando una supervisión segura y personalizada durante todo el ingreso.
- Protocolos estandarizados: Definen criterios de inclusión y manejo, asegurando una atención homogénea y de alta calidad.
- Trabajo multidisciplinar: La colaboración estrecha entre médicos y enfermería asegura una respuesta adaptada a cada paciente.
- Adaptación al entorno: Cada ingreso se personaliza considerando las condiciones clínicas y el entorno social y familiar.

Discusión

Desde la implementación de la UCE-D en abril 2022, un total de 419 pacientes han sido ingresados bajo este modelo. La estancia media de los pacientes en domicilio ha sido de 4,98 días. Los reingresos han sido mínimos: solo cinco casos en los primeros 30 días y tres en menos de 72 horas. Estos datos reflejan un manejo seguro y eficaz.

En términos de satisfacción, los resultados de las encuestas ofrecen una visión clara del impacto positivo del modelo. El 97% de los pacientes calificaron como fácil la integración de la telemedicina en su vida diaria y el 100% reportó sentirse seguro. La atención del personal obtuvo puntuaciones sobresalientes, destacando enfermería (91,24% de máximas valoraciones) y médicos (87,11%).

Otro resultado a analizar es el recorrido emocional del paciente que evoluciona de incertidumbre inicial a confianza y empoderamiento al alta. Este "viaje emocional" refleja la capacidad del modelo para abordar no solo las necesidades clínicas, sino también las emocionales, contribuyendo a una experiencia integralmente positiva.

La UCE-D representa una solución innovadora y sostenible para la atención de pacientes con necesidades hospitalarias agudas. Este modelo redefine la hospitalización tradicional al integrar telemedicina, personalización y gestión multidisciplinar, todo ello desde el núcleo de los servicios de urgencias. Los resultados reflejan un alto nivel de seguridad en el ingreso de estos pacientes y los derivados de encuestas de satisfacción son indicativos del impacto positivo de este enfoque en la experiencia de los pacientes y la eficiencia del sistema sanitario.

O. #158

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS HEMS EN EUROPA

Rubén Quintero Minguez[1], Roberto Carlos Estévez Montes[2], Antonio Martínez García[3], Ainhoa Burgueño Gómez[4], Raquel García Tascón[5]

1. GUETS SESCAM, Guadalajara, España
2. CES 061, Granada, España
3. SESCAM, Guadalajara, España
4. SUMMA 112, Madrid, España
5. SESCAM, Tomelloso, España

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1939, los HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) se han destacado como uno de los pilares fundamentales de los servicios de emergencia prehospitalaria. En cada país europeo se ha desarrollado un modelo especifico de trasporte sanitario en base a sus necesidades, capacidad económica, recursos, dispersión poblacional y/o ciertas situaciones especiales que se puedan generar. En determinados países a nivel estatal, como por ejemplo en diferentes comunidades autónomas en España, cada región ha desarrollado su propio modelo sanitario. La financiación de los sistemas HEMS puede ser a través de diferentes métodos: presupuestos y contratos de servicios nacionales o regionales; seguros públicos y/o privados; u ONGs y Charities.

OBJETIVO

Conocer la situación de los diferentes HEMS en cada país perteneciente al continente europeo en el año 2024. Como variables usamos: número de HEMS, horario de operatividad, geolocalización de la base HEMS, posibilidad de transfusión de hemocomponentes, Ratio de Unidades HEMS por superficie (medida en km2) y Ratio Unidades HEMS por número de habitantes.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal en el año 2024. Para la obtención de la información se utilizaron diferentes vías, entre ellas, una búsqueda en internet a través de los principales buscadores, diferentes perfiles de las bases HEMS en las redes sociales, bases de datos PubMed y Medline. Además, nos pusimos en contacto con las distintas organizaciones. Como criterio de inclusión sólo serán admitidos los helicópteros sanitarios que tengan categoría HEMS, quedando excluidos los que no cumplan esta condición.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el año 2024, el continente europeo lo componen 51 países, con una superficie de 10.530.751 Km2 y una población de 448.753.823 habitantes. Cuenta con un total de 418 HEMS distribuidos en 25 países (49,01%). Alemania es el país con mayor número de HEMS (75 unidades) seguido de Francia que cuenta con 67. El mayor Ratio de Superficie es Finlandia (6 unidades HEMS) 69.947 km2 /HEMS, seguido de Bulgaria (2 HEMS) con 55.497 km2/HEMS. El mayor Ratio por habitante es Irlanda del Norte (1 HEMS) con 4.980.998 N° habitantes/HEMS seguido de Bélgica (3 HEMS) 3.918.001,33 N° habitantes/HEMS. La media europea es 1 HEMS cada 28.716 km2 y 1.649.830,23 habitantes. 57 HEMS están operativos las 24 horas del día y 29 tienen capacidad de transfusión de hemocomponentes.

CONCLUSIONES

No existe un registro de las bases HEMS a nivel europeo por lo que la obtención de los datos no se realizado de una manera protocolaria, sino que se ha dependido de las únicas publicaciones que han realizado los distintos servicios HEMS y de las respuestas a los correos electrónicos. Casi la mitad de los países carecen de este servicio en sus sistemas de salud y hay una gran variedad en los Ratios según los países que analicemos. La mayoría de los HEMS no tienen capacidad de vuelo nocturno y la posibilidad de transfundir hemocomponentes es muy pobre generando mucha diferencia entre los diferentes países. Pese a que se ha demostrado que los HEMS son un pilar fundamental de los servicios de emergencia prehospitalarios a nivel europeo sigue siendo deficiente las diferentes ratios. Existiendo grandes diferencias entre las regiones del continente europeo.

O. #297

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ENTREVISTAS A PACIENTES

Mª Victoria Olalla Martín, Joaquín González Revalderia, Virginia Álvarez Rodríguez, Paloma Fernández Martín, Francisco Salas Álvarez Del Valle

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

INTRODUCCIÓN

La medida de la satisfacción del usuario se basa principalmente en la evaluación del componente interpersonal, entendido como la percepción que tiene el paciente y la familia sobre su atención, (experiencia del paciente)la cual no está claramente relacionada con el aspecto científico técnico de la atención.
El factor predictor que más influye en la satisfacción del paciente es la interacción entre el paciente y el personal que le atiende , junto con la comunicación, la información, la existencia de protocolos de actuación claros y el ambiente de la sala de espera
La forma mas habitual de recoger las opiniones de los pacientes es la encuesta de satisfacción, pero los temas que trata están limitados por las preguntas que se realizan. El análisis cualitativo de la satisfacción del usuario mediante entrevistas complementa a las encuestas de satisfacción ya que se puede acceder a determinados aspectos que no han sido explorados estas.

OBJETIVO

Analisis cualitativo de la satisfacción del paciente mediante la realizacion de entrevistas

MÉTODO

Realización de entrevistas a pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante los años 2020 a 2024 .Los pacientes se han seleccionado de forma aleatoria en la zona de boxes, consultas generales y observación.
La entrevista tiene formato abierto sobre todo el proceso de atención del paciente desde que llega a urgencias hasta que es dado de alta .También pueden participar los acompañantes

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los años que se ha entrevistado a los pacientes la impresión general es positiva destacando el trato, la amabilidad ,la profesionalidad del personal valorando especialmente la posibilidad de que se facilite el acompañamiento.
En la zona de boxes además de lo reseñado anteriormente, destaca la rapidez con la que se les atendió .Con respecto a las áreas de mejora, unos sugieren que debería de haber mas personal y otros reclaman la necesidad de que haya más camas de hospitalización.
Con respecto a la zona de consultas generales, algunos pacientes se quejan de los tiempos de espera y sobre todo de la falta de información en relación a estos , y de que cuando hay muchos pacientes en la sala de espera esta se vuelve incómoda.
Hay algunos pacientes que además del retraso en la atención se quejan del retraso en la administración del tratamiento y de la falta de información .
En la zona de observación la impresión general es positiva, alguno sugiere que se instalen llamadores en las camas y piensan que el ruido podría ser menor.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción del paciente sobre la atención en el servicio de urgencias es elevada destacando la amabilidad y la profesionalidad de los trabajadores.
Los aspectos menos valorados se refieren a los tiempos de espera en el área de consultas generales y en general la falta de personal y de información.
El análisis cualitativo de la satisfacción del usuario es una herramienta útil para conocer la opinión del paciente y establecer mejoras .Estas aportan información más detallada que el análisis cuantitativo sobre la experiencia del paciente en el servicio de urgencias.

O. #332

MODELOS DE ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.EXPERIENCIA DE UNA CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP)

Marta Serra Gallego, Ander Burgaña Agoues, Itziar Caballero Ayala, Emma Forn Gutiérrez, Raquel Hernández Resa, Esther Rubio Muñoz

Fundació Assistencial Mutua De Terrassa, Sant Cugat Del Valles, España

INTRODUCCIÓN

La actual realidad sociodemográfica, caracterizada por el envejecimiento de la población, un aumento de la morbilidad y las crecientes desigualdades económicas ha originado cambios en las necesidades de salud. Esto se traduce en un mayor uso de los servicios de atención continuada y urgencias.
Para abordar estos desafíos, el Plan Nacional de Urgencias de Catalunya (PLANUC 2017) implementó la creación de un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) en diciembre de 2021 cuyo objetivo es asegurar la resolución de la demanda urgente de baja y media complejidad. Además, está diseñado para recibir pacientes derivados del servicio de emergencias y mejorar la accesibilidad y derivación a otros niveles asistenciales cuando sea necesario.

OBJETIVO

Presentar los resultados obtenidos durante el último año de funcionamiento del CUAP, destacando su capacidad resolutiva gracias a la incorporación de nuevas técnicas disponibles las 24 horas (radiografías, analítica con bioquímica seca, activación de oxígeno a domicilio, colocación de férulas de yeso), así como la integración de circuitos asistenciales con especialidades hospitalarias. Esto ha contribuido a evitar la sobrecarga de los servicios de urgencias hospitalarias.

MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos durante 2024 mediante el sistema Ecap. Se evaluaron el volumen de visitas, la distribución por niveles de triaje, la atención a pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedades crónicas avanzadas (ECA), así como las derivaciones a otros niveles asistenciales. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de investigación de referencia y se realizó siguiendo los principios de protección de los derechos y la dignidad humana establecidos en la Declaración de Helsinki (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La atención en el CUAP es 24/7 y cubre a una población de aproximadamente 100,000 habitantes, distribuidos en tres áreas básicas de salud, con un horario de funcionamiento de lunes a viernes de 8 a 20 horas. En 2024, se atendieron 51,132 visitas, un 5% más que en 2022. El promedio diario de visitas en días laborables fue de 124, y en fines de semana y festivos, de 169.
El 63% de las visitas correspondieron a triaje nivel IV, 10% a nivel V, y 9% a nivel III. Se atendieron 2 pacientes de nivel I y 303 de nivel II.
El 16% de las visitas fueron gestionadas por enfermería mediante el programa de Gestión de la Demanda Aguda, implementado en 2024, para la resolución de urgencias de baja complejidad siguiendo un protocolo guiado.
En cuanto a la atención pediátrica, habitualmente centralizada entre las 8 y las 20 horas en un único centro del territorio, en el CUAP se atendió un 10% de usuarios menores de 15 años, principalmente los domingos.
Respecto a los pacientes con enfermedades crónicas, se atendieron 2,510 pacientes dentro del programa de PCC y ECA de forma presencial, y 1,230 pacientes a domicilio. La atención telefónica representó solo el 2% del total.
En cuanto a las derivaciones del servicio de emergencias médicas, se recibieron 1,157 pacientes en ambulancia, de los cuales 138, tras estabilización, fueron redirigidos a otro nivel para pruebas complementarias o ingreso hospitalario. Además, se derivaron 2,359 pacientes a hospitales de agudos, de los cuales 1,317 requirieron traslado en ambulancia (3% del total de visitas).

CONCLUSIONES

La implementación del CUAP ha permitido dotar al territorio de un dispositivo eficaz de atención de urgencias de media y baja complejidad, con capacidad para realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas avanzadas las 24 horas. También ha ofrecido una atención ágil y resolutiva en pacientes con patologías crónicas y necesidades de salud complejas, reduciendo la necesidad de traslados a centros hospitalarios y aumentando la capacidad de resolución de la Atención Primaria, optimizando la coordinación con otros niveles asistenciales.

O. #377

PROPUESTA DE MEJORA: IMPLEMENTACIÓN DE TRÍPTICOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ADHERIDOS AL PROGRAMA "URGÈNCIES VIHGILA" PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) SEGÚN FACTORES DE RIESGO

Emília Miró Andreu[1], Alberto Villamor Ordozgoiti[2], Jordina Costabella Despuig[3], Carmen Canóniga Gómez[4], Rosa María Bononad Compte[5], Cristina Pérez Méndez[6]

1. Hoapital Vall d'Hebron, Barcelona, España
2. Hospital Clínic, Barcelona, España
3. Hospital Dr. Josep Trueta, Girona, España
4. Hospital Moisés Broggi, Barcelona, España
5. Hospital SANT JOAN DE DÉU (ALTHAIA), Manresa, España
6. Hospital Dos de Maig, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública mundial, en España se calcula que alrededor del 14% de las personas infectadas por el VIH desconocen su estado serológico. A pesar de los múltiples esfuerzos llevados a cabo en los diferentes centros asistenciales su infra diagnóstico, pues el 14% desconoce ser portadores de la infección, y su diagnóstico tardío, casi el 50% de los nuevos diagnóstico se realizan en fases avanzadas de la enfermedad, continúa existiendo. Los servicios de urgencias de los hospitales (SUH) son el primer punto de contacto con el sistema sanitario para muchos de estos pacientes. Son oportunidades de gran potencialidad para el diagnóstico del VIH en pacientes que no saben que están infectados y que acuden a los servicios de urgencias por otros problemas de salud. En este contexto, en el año 2020, La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) puso en marcha el programa "Deja tu Huella" en los SUH españoles, con la finalidad de implementar las directrices marcadas en el Documento de Consenso (DC) para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH en los SU. Así también como el proyecto "Urgències VIHgila" impulsado desde Cataluña por la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) en 2021. En él se detallan 6 diagnósticos o circunstancias clínicas, con alta prevalencia de VIH oculto y que són visitas habituales en los SU, en las que el urgenciólogo debería solicitar una serología VIH. Cualquier iniciativa encaminada a mejorar una detección precoz de estos pacientes contribuirá a
disminuir el infra diagnóstico, diagnóstico tardío y la transmisión de la enfermedad. La implementación de estos programas de detección precoz en los SUH han demostrado ser efectivos y eficientes, asi mismo, también se ha podido destacar el significativo impacto de estrategias dirigidas desde los equipos enfermeros en dicha detección.

OBJETIVO

1. Incrementar la detección precoz de las infecciones por VIH en los SUH de Cataluña adheridos al programa "Urgències VIHgila".
2. Aumentar la sensibilización de los pacientes y los profesionales en la importancia de un cribado del VIH ante conductas de riesgo.
3. Reducir el estigma asociado a la prueba del VIH y normalizarla dentro de los SUH.
4. Facilitar información clara y accesible a los pacientes para fomentar el empoderamiento de los pacientes en su proceso de salud y en la toma de decisiones de la
realización de la prueba.

MÉTODO

Se implementará de forma piloto en 5 SUH participantes en el programa "Urgències VIHgila", aprovechando la actividad realizada de sensibilización y formación en sus equipos. Consistirá en la implementación de un auto test de conductas de riesgo para la transmisión del VIH a los pacientes que acuden a los SUH por cualquier motivo mediante la entrega de Trípticos en los que consta un cuestionario de 5 ítems. Una vez cumplimentado de forma anónima, el paciente solicitará de manera voluntaria la realización de una prueba de VIH si el resultado del auto test indica que es un paciente con riesgo de tener una infección por VIH.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- Incremento de serologías VIH I
- Detección de manera precoz el VIH.
- Mejor normalización del cribado del VIH en los SUH
- Mejor concienciación e información sobre el VIH tanto en pacientes como en profesionales sanitarios.

CONCLUSIONES

Esta propuesta de mejora permitiría reforzar la eficacia del programa "Urgències VIHgila" en Catalunya, maximizando el impacto de la detección precoz del VIH y mejorando por consiguiente la salud pública. El diagnóstico del mayor número de infecciones ocultas por VIH y poder tratarlas de manera precoz es el principal camino actualmente para conseguir el control de la epidemia.

O. #560

LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA GESTIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Emma Picart Puertas
CLÍNICA GIRONA, Girona, España

INTRODUCCIÓN

Cuando un servicio de urgencias se detecta un incremento acelerado de la demanda, es necesaria una buena gestión y aplicar mecanismos compensatorios, para seguir manteniendo la calidad asistencial y para evitar una rotura total por el burnout que supone al personal, entrando en una espiral de decadencia.

OBJETIVO

El objetivo es demostrar que se puede mantener la calidad asistencial, la satisfacción de los pacientes y del personal de un servicio de urgencias, aunque se produzca un incremento del 100% de la demanda, utilizando técnicas de gestión. La falta de espacios no debe servir de excusa para no avanzar y buscar otras soluciones para gestionar la demanda. La gestión es el punto clave para poder superar los cambios en los servicios de urgencias, para hacerlos crecer y adaptarse a las necesidades.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo que engloba los datos de dos años evolutivos de un servicio de urgencias de un hospital.
Por medio de estadísticas y de los análisis in situ, se realiza una valoración de prestaciones asistencial y se observa un incremento elevado del flujo de usuarios.
Este incremento constante de la demanda muestra la necesidad de adaptar y modificar las líneas estratégicas de trabajo.
Se hace un estudio de las necesidades y cómo adaptarlas al marco de lo que se dispone a nivel de espacio y capacidad de crecimiento.
Se inician una serie de acciones a nivel organizativo que deben permitir absorber el incremento de flujos de pacientes, sin disminuir la calidad asistencial y al mismo tiempo preservar la calidad en el trabajo:
1.- Implementación del triaje.
2.- Definición de circuitos a partir del triaje: Críticos/Banales/ Boxes/Trauma/CCEE: Pediatría, Oftalmología, Obstetricia y medicina general (demanda urgente).
3.- Creación en el hospital, de una consulta externa de medicina general con posibilidad de atender demanda urgente.
4.- Plan de contingencia en picos de demanda:
a) Derivación a CCEE niveles V.
b) Modificación de circuitos según demanda.
c) 2 puntos de triaje
d) Triaje avanzado.
5.- Incrementar con un médico más de noche.
6.- Fomentar la formación.
7.- Fomentar la participación interdisciplinar del servicio a través de grupos de trabajo y reuniones.
8.- Mejorar los circuitos de ingreso.
9.- Pre-configurados en analíticas.
10.- IA en radiología.
11.- Estabilización de la plantilla

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- ACTIVIDAD ASISTENCIAL: Incremento del 9,8%
- INDICADORES DE CALIDAD:
El número de retornos en >72h : ha disminuido 2'8 vs 3%.
Éxitus en urgencias: 2024: 0,00%
TIEMPO ESPERA: ha disminuido (0,3 min), 43-44 min.
TIEMPO MEDIO ASISTENCIA: se mantiene 60 min.
Tiempo espera >60 min.: 28% a 27%.
- SATISFACCIÓN PACIENTES:
Índice Satisfacción 2024: 8. La valoración en trato ha subido.
- RECLAMACIONES: se han mantenido (0'16%).
- SATISFACCIÓN DEL PERSONAL(Encuesta):
100% valoran positivamente los cambios y puntúan en 8,6 el ambiente de trabajo.
Los cambios más importantes para el equipo fueron:
I. Triaje (77,8 %)
II. Incremento de médico de noche (61,1 %)
- ESTABILIZACIÓN PERSONAL: Se dispone de plantilla completa de facultativos a pesar del incremento de actividad.
- FORMACIÓN: Se han incrementado en un 100%.

CONCLUSIONES

Las adaptaciones y modificaciones que se hicieron fueron una herramienta eficaz para el buen desarrollo de la actividad asistencial.
Tenemos técnicas de gestión que nos permiten hacer análisis situacionales y buscar los puntos de mejora en un servicio de urgencias, y si hay una alineación con la dirección y la gerencia se podrán llevar a cabo los cambios que permitirán la evolución adecuada del servicio, compensando adecuadamente el incremento de la demanda.

O. #571

¿QUÉ OPINAN DE NOSOTROS Y DE NUESTRO TRABAJO LOS RESIDENTES Y COMO SE VEN ELLOS MISMOS?: ENCUESTA A RESIDENTES

Manuel Pérez Figueras, Manuel Manzano Luque, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz

Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, España

INTRODUCCIÓN

Las guardias en el servicio de urgencias (SU) son fundamentales en la formación de los residentes, ya que representan un espacio donde enfrentan casos clínicos complejos y tomas de decisiones críticas bajo presión. En este contexto, realizar encuestas a los residentes permite evaluar múltiples aspectos relacionados con su experiencia, desempeño y bienestar, aportando información valiosa de su sentir tanto y mejorar su formación, así como para optimizar los servicios de salud.

OBJETIVO

Estas encuestas permiten identificar fortalezas y áreas de mejora en la capacitación de los residentes. A través de su retroalimentación, se pueden ajustar los programas educativos, incorporando habilidades prácticas, técnicas de manejo de estrés y estrategias de toma de decisiones rápidas. Esto beneficia a los residentes y a los pacientes, ya que un personal mejor formado proporciona atención de mayor calidad.
Del mismo modo, permite a los médicos adjuntos responsables mejorar la supervisión.
Además, las encuestas son esenciales para evaluar el impacto de las condiciones laborales en el desempeño y bienestar de los residentes. Factores como la carga de trabajo, duración de las guardias y nivel de apoyo del equipo pueden influir significativamente en su salud física y mental. Identificar problemas como el agotamiento o síndrome de burnout permite implementar medidas preventivas y correctivas.

MÉTODO

Se realizó una encuesta a 315 residentes que hacían guardias en el SU durante septiembre-diciembre de 2024. Consistía en 12 preguntas tipo test donde se recogían el nombre, año de residencia y adjunto supervisor. Se preguntaba si el adjunto había estado pendiente (75% sí; 15% en ocasiones); actitud docente del adjunto (75% claramente positiva); si fue observado directamente durante tus actuaciones clínicas (29.5% frecuentemente, 29.2% nunca) y si recibió "feed-back" sobre sus actuaciones clínicas (36.5% frecuente, 7% nunca); si habían buscado bibliografía durante la guardia (51% frecuentemente); nivel de estrés antes (59.3% alto-moderado) y durante la guardia (39.4% sí, 33% en ocasiones, 27.6% no); si había aprendido en la guardia (76.5% sí) y si las guardias servirían para su futuro profesional (76.2% sí).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados reflejan una percepción mayoritariamente positiva sobre la supervisión y el aprendizaje en las guardias del SU. La mayoría (75%) reportó que sus adjuntos supervisores estaban pendientes y su actitud docente fue valorada como claramente positiva en la misma proporción. Sin embargo, un 29.2% nunca fue observado directamente durante sus actuaciones clínicas, lo que podría limitar su aprendizaje basado en la retroalimentación inmediata.
En cuanto al "feed-back", solo un 36.5% lo obtuvo con frecuencia, mientras que un 7% nunca recibió comentarios sobre su desempeño. Esto sugiere una oportunidad de mejora en la enseñanza a través de evaluación continua. Por otro lado, el 51% indicó que buscó bibliografía frecuentemente, reflejando una actitud proactiva hacia el aprendizaje.
El estrés fue alto-moderado antes de la guardia en el 59.3% de los casos, y aunque se redujo, un 39.4% lo mantuvo elevado. A pesar de esto, el 76.5% consideró que aprendió algo y un 76.2% cree que esta experiencia será útil para su futuro profesional.

CONCLUSIONES

Las encuestas a los residentes en las guardias de urgencias son clave para mejorar su formación, cuidar su bienestar y garantizar atención médica de calidad. Además, facilitan la retroalimentación sobre la organización y gestión del SU. Los residentes, al estar en la primera línea de atención, pueden ofrecer una perspectiva única sobre eficiencia de protocolos, disponibilidad de recursos y dinámicas de trabajo en equipo.

O. #614

EL TIEMPO EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON ANSIEDAD MEJORA LA OPERATIVIDAD EN EMERGENCIAS

Clara María Pavón Gozalo, Lorena Belda Martínez, Susana Urrea Martín, María Del Rosario Muñoz Condes

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En emergencias extrahospitalarias, la relación entre el tiempo de intervención en crisis de ansiedad y la necesidad de traslado hospitalario está poco explorada. Las Unidades de Soporte Vital Básico (UVB) tienen como criterio actuar de forma rápida para poder atender otras emergencias. Nuestra hipótesis de trabajo se basa en que el hecho de proporcionar al paciente un mayor tiempo para expresar y modular su malestar, disminuye los porcentajes de traslado al Hospital, mejorando la operatividad del servicio de emergencias (SEM) y la presión hospitalaria. A nivel psicológico, reducir los síntomas sin necesidad de medicación ofrece una oportunidad psicoeducativa, y favorece la extinción de los síntomas por exposición, desarrollando estrategias de afrontamiento para futuras crisis. En cuanto a los profesionales que los manejan, los estudios han encontrado que, generalmente, los técnicos de emergencias sanitarias se enfocan en la estabilización física y la evaluación sanitaria rápida, mientras que los psicólogos (UIP) proporcionan una gestión emocional profunda, enseñando estrategias de afrontamiento. Este estudio también analiza si hay diferencias en la proporción de traslados hospitalarios entre estos dos tipos de unidades.

OBJETIVO

1. Analizar si el tiempo de intervención en crisis de ansiedad predice el traslado hospitalario
2. Analizar si hay diferencias en la proporción de traslados hospitalarios según la unidad interviniente (UVB o UIP)

MÉTODO

Metodología analítica observacional retrospectiva.
Muestra: pacientes atendidos en emergencias extrahospitalarias en el 2024, codificados con código inicial “crisis de ansiedad”. Se eligió código inicial porque los cierres entre diferentes unidades no son comparables.
Las variables utilizadas fueron las siguientes:
- Para el primer objetivo: VI: tiempo de intervención; VD: traslado (sí o no)
- Para el segundo objetivo: VI: unidad interviniente (UVB o UIP); VD: traslado (sí o no)

Análisis estadístico:
- prueba T (contraste de medias) para muestras independientes para el primer objetivo;
- prueba Z de Wald (contraste de proporciones) para muestras independientes para el segundo objetivo
- Significación estadística: p≤0,05, y se valoró tamaño del efecto con D de Cohen.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

6947 activaciones por crisis de ansiedad durante 2024.
29,6% pacientes trasladados; y 70,4% no trasladados
X de tiempo de intervención en pacientes trasladados: 26’ 19”; en no trasladados: 38’ y 33”, con una diferencia media de 12’ 14”.
Las UVB atendieron el 96,7% de los casos; el 3,3% fueron atendidos por UIP.
En las UVB, el porcentaje de traslados fue 29,7%; en la UIP, 24,7%.
X del tiempo en los traslados desde el fin de la intervención hasta estar operativos: 28’.
La prueba T arrojó un resultado estadísticamente significativo con p<0,01 y d de Cohen 0,608, encontrando diferencias en la proporción de traslados según el tiempo de intervención.
En la prueba Z se obtuvo como resultado z=1,649, con p≤0,05, resultando significativo estadísticamente, aunque con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen: 0,043), encontrando diferencias en la proporción de traslados según la unidad interviniente.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que un mayor tiempo de intervención in situ reduciría la necesidad de traslados hospitalarios, obteniendo los siguientes beneficios:
1. Los pacientes aprenden a manejar sus síntomas sin medicación, aprendiendo estrategias de afrontamiento para el futuro, que aumentan el sentido de autoeficacia.
2. Reduce carga hospitalaria, al evitar que estos casos sin riesgo vital saturen las urgencias hospitalarias.
3. Reduce los tiempos de activación de las UVB al evitar el traslado, quedando operativas antes.

Por último, se encontró que la UIP realiza menos traslados hospitalarios que las UVB. Estas diferencias fueron pequeñas, deben leerse con precaución (los datos no se segmentaron por tiempo) y analizarse en futuros estudios.

O. #658

¡ESTOY VIENDO A MI MÉDICO! LA VIDEOLLAMADA COMO ACTO MÉDICO VÁLIDO Y EFICAZ

Sara Vinat Prado, María Sánchez Pérez, Olga Estremera López, Beatriz Rodríguez Rodríguez, María Mir Montero, Carlos Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la sociedad cambia y evoluciona gracias a la tecnología, y la atención médica debe adaptarse para facilitar la mejor asistencia sanitaria.
En este contexto, la atención médica virtual está ganando terreno como una alternativa eficaz a la atención presencial, posicionándose como una herramienta clave para la atención a distancia.
La videollamada, lejos de ser una mera herramienta tecnológica, se consolida como un acto médico válido y completo, capaz de replicar la interacción médico-paciente de la consulta tradicional con la misma eficacia. A través de esta herramienta, el profesional sanitario establece una conexión síncrona y bidireccional con el paciente, facilitando la anamnesis, la evaluación del paciente y la toma de decisiones.
Justificación
La videollamada es una herramienta esencial en la telemedicina, utilizándose como eje vertebral para dar una adecuada asistencia sanitaria al paciente en el domicilio.
En este contexto de asistencia virtual, la videollamada va más allá de replicar la consulta tradicional, ofreciendo ventajas significativas:
Accesibilidad: Permite que pacientes con dificultades de movilidad o que viven en zonas de difícil acceso dispongan de atención médica de calidad.
Comodidad: El paciente recibe atención en su hogar, evitando el estrés de la hospitalización.
Eficiencia: Optimiza el tiempo del paciente y del profesional sanitario.
Continuidad asistencial: Facilita el seguimiento cercano, mejorando la adherencia al tratamiento.
Seguridad: Es tan segura como la atención presencial para patologías de baja complejidad.
Satisfacción: Los pacientes valoran la comodidad y la accesibilidad de este acto médico.
Descripción
En 2021 comenzamos con el proyecto de la Unidad de Corta Estancia (UCE) Virtual, donde se prima la asistencia médica telemática mediante la realización de videollamadas.
En lugar de permanecer físicamente en el hospital, se les trasladó a domicilio y se les monitorizó mediante videollamadas diarias con su médico responsable.
Para dar homogeneidad, aumentando la seguridad del acto clínico, utilizamos un check-list que incluye de forma genérica lo siguiente:
Identificación del paciente.
Valoración de las constantes vitales de forma telemática.
Anamnesis guiada por patología.
Valoración visual de lesiones, evolución de heridas, etc.
Valoración de la situación clínica y toma de decisiones.
Educación sanitaria.
Plan de seguimiento.
Desde su implementación hasta octubre de 2024, hemos realizado 2141 videollamadas a 419 pacientes, con un promedio de 5.11 consultas médicas telemáticas por paciente.
La telemedicina ha sido fácil de integrar en un 97.42%. En este contexto, a la pregunta de si durante su ingreso en domicilio se sintió seguro, la respuesta fue sí en un 100% de los encuestados.
El porcentaje de pacientes que repetiría esta modalidad de ingreso hospitalario es 97.42%, con una puntuación de 10/10 en más del 87% de los encuestados respecto a la consulta médica telemática.
La satisfacción global ha sido muy alta, de 96.91% en la escala Net Promoter Score (NPS).
Discusión
Nuestra experiencia ha dejado patente que el establecimiento de la relación
médico-paciente mediante la utilización de la videollamada engloba un porcentaje de seguridad, satisfacción y personalización que convierten a esta modalidad en un acto médico válido y eficaz. Permite una interacción similar a la presencial, facilitando la evaluación y la toma de decisiones.
Entre sus principales ventajas, ha quedado constatado la mayor satisfacción del paciente, presentando una mejor accesibilidad y continuidad asistencial, así como promoviendo una adecuada optimización de recursos.
Podemos concluir que el empleo de las videollamadas como parte intrínseca del acto médico está encaminada a transformar la atención de urgencias y de otros ámbitos, ofreciendo una alternativa segura, eficaz y centrada en el paciente.

O. #909

WITTYDOCTOR: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL MÉDICA PARA OPTIMIZAR EL TIEMPO Y MEJORAR LOS DIAGNÓSTICOS EN URGENCIAS

Sergio Ortega Pérez, Mauricio Mingorance Alzola
WittyHelp SL, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La medicina de urgencias y emergencias enfrenta desafíos constantes, entre ellos la carga asistencial y el tiempo dedicado a tareas burocráticas en detrimento del contacto con el paciente. La inteligencia artificial (IA) emerge como una herramienta clave para optimizar la toma de decisiones, agilizar la gestión de información clínica y mejorar la eficiencia en la atención. WittyDoctor es una plataforma basada en IA diseñada específicamente para apoyar a los profesionales sanitarios en estos entornos. En momentos de estrés o saturación, ayuda a evitar errores, proporcionando apoyo inmediato y estructurado en la toma de decisiones. Además, contribuye en el diagnóstico diferencial en casos clínicos difíciles y minimiza los errores médicos.

Justificación

El tiempo en urgencias es un recurso limitado y valioso. Gran parte de la jornada médica se invierte en documentación clínica, elaboración de informes y búsqueda de información para la toma de decisiones. WittyDoctor proporciona soluciones automatizadas y basadas en IA que permiten reducir la carga administrativa, resolver dudas médicas en tiempo real y estructurar datos clínicos de manera rápida y precisa. Esto no solo optimiza la eficiencia del servicio, sino que también mejora la seguridad y la calidad asistencial.

Descripción

WittyDoctor es una plataforma de IA diseñada para médicos de urgencias y emergencias que integra diversas herramientas, todas incluidas en la página web: www.wittydoctor.com:

- WittyDoctor Chatbot: Un asistente médico virtual diseñado para responder a cualquier consulta médica de manera rápida y precisa. Proporciona información basada en evidencia, ayuda a resolver dudas sobre diagnósticos y tratamientos, y sugiere pasos a seguir en la evaluación clínica del paciente. Además, permite la elaboración de informes estructurados y guías para exploraciones, lo que facilita la documentación y optimiza la toma de decisiones.
- WittyDoctor Analysis: Un sistema de análisis automático de pruebas de laboratorio. Los médicos pueden copiar y pegar resultados analíticos, obteniendo un resumen estructurado listo para ser incorporado en la historia clínica.
- WittyDerma: Un módulo de análisis de imágenes dermatológicas que permite evaluar lesiones a partir de fotografías, ofreciendo una orientación diagnóstica preliminar.
- Plantillas de exploraciones y radiografías: Modelos estructurados que agilizan la documentación y reducen el tiempo administrativo.

Discusión

WittyDoctor está transformando la dinámica asistencial en urgencias. Muchos médicos de urgencias ya disfrutan de poder utilizarlo a diario, ya que la plataforma es gratuita y accesible. Su aplicación práctica optimiza el flujo de trabajo, reduciendo el tiempo dedicado a tareas administrativas y proporcionando información clave de manera inmediata. Además, mejora la precisión diagnóstica y la seguridad del paciente al basarse en guías clínicas actualizadas y datos estructurados. Casos clínicos reales han mostrado que la herramienta ayuda a detectar patologías poco evidentes en fases tempranas, permitiendo intervenciones más oportunas y reduciendo el margen de error en situaciones críticas.

La integración de la inteligencia artificial en los servicios de urgencias no solo facilita la toma de decisiones médicas, sino que también representa un avance significativo en la seguridad del paciente. El acceso instantáneo a información médica estructurada y a diagnósticos diferenciales fundamentados en evidencia permite una mayor eficiencia en la práctica clínica, reduciendo el estrés del profesional y mitigando el riesgo de omisiones o diagnósticos erróneos.

El futuro de la asistencia médica en urgencias se dirige hacia una mayor digitalización e integración de herramientas avanzadas como WittyDoctor. La adopción generalizada de este tipo de tecnologías no solo optimizará la atención médica, sino que también sentará las bases para un nuevo estándar de calidad asistencial, donde la tecnología y el criterio clínico trabajen en sinergia para ofrecer la mejor atención posible al paciente. WittyDoctor no solo es una herramienta del presente, sino una pieza clave en la evolución de la medicina de urgencias y emergencias.

O. #1044

APRENDIENDO DE LOS ERRORES, REALIZACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA

María Rodríguez Romero, María Esperanza Molina Carrasco, Olga Ortiz González, Luis Antonio Brito Drullard, María Jesús Romero Pastor, Sara Sánchez Aroca

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La documentación clínica en el servicio de urgencias es esencial para garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. La falta de registros completos, ya sea del informe clínico o del tratamiento aplicado, puede derivar en errores críticos, pérdida de información y afectar la trazabilidad de la atención. En este estudio, se ha detectado que un porcentaje importante de pacientes atendidos en urgencias presenta deficiencias en la documentación, lo que pone de relieve un fallo de seguridad potencial. La correcta identificación y subsanación de estas deficiencias es fundamental para mejorar la calidad asistencial y evitar consecuencias adversas en el futuro

OBJETIVO

• Objetivo Principal:
Medir el porcentaje de falta de informes y de registros del tratamiento en la muestra de datos recogida entre enero y octubre de 2023.
• Objetivo Secundario:
Proponer un plan de mejora en el servicio de urgencias para evitar futuros fallos de seguridad y mejorar la integridad de los datos clínicos

MÉTODO

Material y Métodos
Se realizó un estudio retrospectivo utilizando datos del servicio de urgencias correspondientes al periodo de enero a octubre de 2023.
• Población Analizada: Se incluyeron 308 pacientes, descartándose 10 casos por pérdida de información.
• Variables Recolectadas:
o Existencia del informe del personal de urgencias.
o Registro del tratamiento aplicado en la asistencia.
o Existencia de un informe de asistencia en el sistema informático durante el día.
Los datos se extrajeron del sistema informático del hospital y se analizaron para determinar la incidencia de omisiones en la documentación clínica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

• Falta de Informe del Personal de Urgencias:
Se observó que en un 15.4% de los casos no existe ningún informe elaborado por el personal de urgencias.
• Ausencia Total de Informe en el Sistema Informático:
En un 5.4% de los casos, no se encontró ningún informe de asistencia registrado en el sistema durante el día correspondiente.
• Falta de Registro del Tratamiento Aplicado:
En un 25.4% de los casos, no se documentó el tratamiento administrado
Plan de Mejora
Para abordar y reducir estos errores, se ha diseñado el siguiente plan de mejora, que se implementará de la siguiente manera:
1. Sesión Clínica Informativa (Abril 2025):
Se realizará una sesión clínica dirigida al personal del servicio de urgencias del HMM, en la que se expondrán los casos detectados y se discutirán las implicaciones de la omisión de informes y registros de tratamiento.
2. Ciclo de Mejora:
Se implementará un ciclo de mejora orientado a reducir en un 75% los errores identificados en los informes de urgencias. Este ciclo incluirá:
o Formación y Concienciación: Sesiones formativas para reforzar la importancia de una documentación completa y precisa.
o Revisión de Protocolos: Actualización de los protocolos y procedimientos para asegurar que cada paciente que ingresa al servicio de urgencias cuente con un informe completo que refleje todas las actuaciones realizadas.
o Implementación de Herramientas de Seguimiento: Establecimiento de mecanismos de control y verificación periódica de la documentación.
3. Evaluación de la Intervención (Mayo 2025 – Mayo 2026):
Se recogerán y analizarán nuevos datos durante un año para evaluar la efectividad de las medidas implementadas. Si no se alcanza el objetivo de reducir los errores en un 75%, se considerarán otras medidas complementarias para asegurar la calidad en la documentación clínica

CONCLUSIONES

El estudio revela deficiencias en la documentación en urgencias: el 15.4% de los pacientes no tiene informe del personal de urgencias, el 5.4% carece de informe en el sistema informático y el 25.4% no tiene registro del tratamiento aplicado. Esta omisión se debe en parte a la derivación de pacientes a otros especialistas sin documentar el trabajo realizado. Es crucial reforzar el compromiso en urgencias para asegurar informes completos y mejorar la trazabilidad. El plan de mejora incluirá formación y revisión de protocolos para reducir estos errores.

O. #1252

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN: ELEMENTO INDISPENSABLE PARA DETECTAR ERRORES DE MEDICACIÓN DE ALTO RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

María Jesús Blanco De La Rubia, Ana Isabel Abril Montes, Elena Palacios Moya, Abraham David Sánchez Cadena, Leonor Ruano Ibarra, Carlos Cebrián Carrascosa

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables que pueden ocurrir en cualquier etapa de la atención sanitaria. Los incidentes relacionados con la medicación son los que se notifican más frecuentemente en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). La conciliación de la medicación es actualmente una de las principales estrategias de seguridad para disminuir los errores relacionados con la transición asistencial del paciente.

OBJETIVO

Estudiar la importancia la conciliación de la medicación de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC) a fin de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias (SU).

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo (febrero 2023- diciembre 2023) en un hospital de tercer nivel.
Se incluyeron pacientes atendidos en el SU a los que se realizó conciliación de su tratamiento habitual, y cuya medicación domiciliaria incluía MARC (según relación del Instituto para El Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP)), que además precisó intervención por parte del farmacéutico.
Las variables recogidas fueron: demográficas, el tipo de intervención realizada (omisión, necesidad de ajuste de dosis/intervalo posológico, medicamento innecesario, forma farmacéutica errónea, duplicidad, medicamento contraindicado), aceptación de las mismas (sí, no o no valorable por la situación clínica actual) y medicamento (clasificado como MARC o no).
Los datos se obtuvieron del programa de historia clínica electrónica y tras la entrevista con el paciente o su acompañante.
El análisis se realizó con SPSS®.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se realizó conciliación de tratamiento a 225 pacientes de los cuales 95 tenían prescrito al menos un MARC.
De los pacientes con MARC, un 52,17% eran mujeres. La mediana de edad de los pacientes fue 79 años (RIC 65,5-88).
Se realizaron un total de 125 intervenciones farmacéuticas. El motivo de intervención principal fue omisión de tratamiento (71,83%), seguida de necesidad de ajuste de dosis/intervalo posológico (50,23%), medicamento innecesario (10,8%), forma farmacéutica errónea (7,51%), duplicidad (4,23%) y medicamento contraindicado (1,88%).
El 72,22% de las intervenciones fueron aceptadas, mientras que el 20,63% no y el resto (6,35%) no valorables. De las aceptadas, omisión de tratamiento representó el 47,62%, necesidad de ajuste de dosis/intervalo el 39,68%, medicamento innecesario el 7,14%, forma farmacéutica errónea el 2,38%, medicamento contraindicado el 1,59% y duplicidad el 0,79%.
Respecto a los medicamentos mayormente involucrados, destacan bisoprolol (10.4%), fentanilo parches (8%), enoxaparina (6.4%), digoxina (5.6%) e insulina glargina (4.85%). Y según clasificación ATC, los principales grupos afectados fuero el grupo N (28,64%) seguido del grupo C (20,13%) y el grupo A (15,02%).

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la conciliación es fundamental en la detección y prevención de errores de medicación, especialmente en prescripciones de medicamentos clasificados como MARC, en pacientes atendidos en los SU.
Todos los profesionales sanitarios debemos prestar especial atención a estos pacientes y debemos crear conciencia de la importancia de detectar dicha medicación en las fases iniciales de atención.
La creación de equipos multidisciplinares puede contribuir a la mejora de la atención a dichos pacientes en el SU.

O. #1370

PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN TECNICA SBAR MEDIANTE SIMULACIÓN Y REALIDAD VIRTUAL EN ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIA

María Belén Soto Castellón[1][2][3], Manuel Pardo Ríos[1][2][3], Juan Manuel Cánovas Pallares[4][5], Antonia Sáez Jiménez[1][5][3], Giulio Fenzi .[1][5][3], Julia María Muñoz Arqueros[6][3]

1. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia, Murcia, España
2. Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunitat Valenciana, Valencia, España
5. Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España
6. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La comunicación efectiva en la transición de pacientes entre enfermería extrahospitalaria (EEH)y enfermería urgencias hospitalaria (EUH) es fundamental para la seguridad del paciente. La falta de un sistema estandarizado en la transmisión de información puede generar errores clínicos, omisión de datos clave y retrasos en la atención.

El método SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) se ha consolidado como una herramienta eficaz para estructurar la comunicación clínica, reduciendo errores y mejorando la continuidad asistencial. Para optimizar su implementación, este proyecto incorpora simulación clínica (SC) y realidad virtual (RV) como estrategias innovadoras para la formación y evaluación en la aplicación de SBAR.

Justificación

Los fallos en la comunicación representan más del 70% de los eventos adversos en los servicios de urgencias. En el ámbito extrahospitalario, el personal de enfermería enfrenta dificultades para transmitir información clave en escenarios de alta presión, mientras que, en el contexto hospitalario, la recepción de datos incompletos compromete la atención del paciente.

El uso de SC y RV permite entrenar a los profesionales en escenarios realistas, mejorando la adquisición de habilidades para una comunicación estructurada. La combinación de SBAR + SC+ RV facilita la integración de esta metodología en la práctica clínica, promoviendo el aprendizaje activo, la seguridad y la eficiencia en la atención de urgencias.

Este proyecto tiene como objetivo evaluar el impacto de la implementación de SBAR con el soporte de SC y RV en la transferencia de información y la seguridad del paciente.

Descripción

Este estudio cuasi-experimental se llevará a cabo en equipos de enfermería de emergencias extrahospitalarias, con aplicación progresiva del método SBAR.

Objetivo general: Implementar SBAR, combinado con SC y RV, para mejorar la comunicación entre EEH y EUH

Objetivos específicos:

1. Capacitar al personal de enfermería en el uso de SBAR mediante simulaciones y entrenamientos con RV.
2. Diseñar un programa de formación inmersiva para reforzar la comunicación en la transferencia de información.
3. Implementar un formato estandarizado basado en SBAR para el traspaso de pacientes.
4. Evaluar el impacto del método en la reducción de errores y la percepción del personal sobre su utilidad.

Fases del proyecto:

Fase 1: Diagnóstico inicial

- Encuestas a enfermería extrahospitalaria sobre dificultades en la transmisión de información.
- Análisis de errores documentados antes de la implementación de SBAR.

Fase 2: Capacitación mediante SC y RV

- Simulación de alta fidelidad: Casos clínicos controlados donde enfermería practica SBAR en el traspaso de pacientes.
- RV: Entrenamiento inmersivo en escenarios críticos (accidentes de tráfico, paradas cardiorrespiratorias, politraumatizados) para fortalecer la comunicación bajo presión.

Fase 3: Implementación del formato SBAR

- Creación de un documento digital estandarizado para la transferencia de información.
- Aplicación del método SBAR en todos los ingresos a urgencias desde servicios extrahospitalarios.

Fase 4: Evaluación del impacto

- Análisis comparativo de errores en la transferencia de información antes y después de la implementación.
- Encuestas de satisfacción del personal sobre la efectividad del protocolo.

Resultados Esperados

- Mejora en la comunicación estructurada en la transición de pacientes.
- Reducción de errores en la transmisión de información en urgencias.
-Mayor seguridad y eficiencia en la admisión hospitalaria.
-Aumento de la confianza del personal en la estandarización del traspaso de pacientes.

Discusión

La implementación del método SBAR, combinada con simulación clínica y realidad virtual, optimiza la comunicación entre enfermería extrahospitalaria y enfermería urgencias hospitalaria, garantizando una transferencia de información más precisa y segura.

Este enfoque favorece el aprendizaje activo, reduce errores y mejora la coordinación asistencial, consolidando SBAR como un protocolo estándar en los servicios de urgencias extrahospitalarias.

Se recomienda la expansión de esta metodología a otros servicios hospitalarios y unidades críticas, promoviendo la integración de tecnologías inmersivas en la capacitación continua del personal sanitario.

O. #1399

UN ALGORITMO DE TRIAJE AVANZADO PARA REDUCIR LA ESTANCIA MEDIA EN URGENCIAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL

Jorge Short Apellaniz[1], Joaquín García Cañete[2], Antonio Blanco García[2], María Teresa Cerdán Carbonero[3], Irene Hernández Muñoz[4], Bernadette Pfang[1]

1. Red Quirónsalud 4-H, Madrid, España
2. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
3. Hospital Universitario General de Villalba, Madrid, España
4. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La estancia media de los pacientes en el Servicio de Urgencias es una métrica clave que se asocia a una peor experiencia del paciente y, a veces, un empeoramiento de los resultados clínicos. Entre los factores asociados con una estancia media más larga se incluyen la gravedad del paciente, la edad, la demanda asistencial, y la tasa de ocupación de camas de hospitalización. El desarrollo de nuevas tecnologías y herramientas digitales permite diseñar estrategias innovadoras para reducir la estancia media en Urgencias.

Justificación

Un análisis cuidadoso de los flujos de trabajo en los Servicios de Urgencias permite identificar diferentes áreas de mejora para diseñar e implementar estrategias para la reducción de la estancia media. En este sentido, la demora excesiva en solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas puede aumentar la estancia media de una forma desmesurada. En los últimos años, se han desarrollado iniciativas para mejorar el proceso de triaje con el desarrollo de protocolos de triaje avanzado que permiten la petición de pruebas diagnósticas por parte de enfermería desde el momento del triaje. Sin embargo, a pesar del auge de las técnicas de "big data" y inteligencia artificial en todos los campos de la medicina, hay poca evidencia sobre los algoritmos de triaje avanzado para la petición automática de pruebas diagnósticas en el triaje. Presentamos los resultados de una iniciativa desarrollada en cuatro Servicios de Urgencias hospitalarias de la Comunidad de Madrid para reducir el tiempo de estancia en Urgencias a través de un algoritmo para la petición automatizada de pruebas en función del motivo de consulta del paciente y sus características clínicas en el momento del triaje.

Descripción

Realizamos un análisis del flujo del trabajo en cuatro Servicios de Urgencias hospitalarias de la Comunidad de Madrid, utilizando "Lean Methodology". Hipotetizamos que la creación de protocolos de triaje avanzados embebidos en la historia clínica electrónica para una solicitud automática de pruebas diagnósticas en el momento de triaje podría resultar en una optimización de los tiempos de estancia en Urgencias. Para ello, formamos un equipo multidisciplinario compuesto por médicos y enfermeros de Urgencias, gerentes hospitalarios, e informáticos. Utilizando métodos de análisis de "Big Data", se identificaron las pruebas diagnósticas realizadas en más del 90% de las visitas de Urgencias para los 59 motivos de consulta más frecuentes en una muestra de más de 10.000 pacientes. Posteriormente, unos expertos clínicos revisaron las pruebas propuestas para determinar si eran adecuadas y en qué condiciones clínicas se deberían solicitar. Finalmente, se implementaron algoritmos para cada motivo de consulta como parte del proceso de triaje en la historia clínica electrónica. Tras la identificación del motivo de consulta y la contestación de unas preguntas sencillas por parte de la enfermera de triaje, el algoritmo automáticamente solicita las pruebas diagnósticas correspondientes a los síntomas y características clínicas del paciente.

El proyecto se lanzó a gran escala en los cuatro Servicios de Urgencias en marzo 2021. Analizamos 1,314,913 visitas a Urgencias (630574 del periodo preimplementación (enero 2017 – febrero 2021) y 684339 del periodo postimplementación (marzo 2021 – marzo 2024)) y observamos una reducción significativa ($p<0.001$) del tiempo mediano de estancia en urgencias de 33 minutos en el periodo postimplementación (231 (115 - 345) minutos versus 264 (127 - 375) minutos).

Discusión

La implementación de un algoritmo de triaje avanzado para la petición automática de pruebas diagnósticas basada en el motivo de consulta y características clínicas de los pacientes reduce los tiempos de estancia en los Servicios de Urgencias, potencialmente mejorando la experiencia de los pacientes y los resultados clínicos.

O. #1451

FORMACIÓN EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV) MEDIANTE EL USO DE REALIDAD VIRTUAL

Sara Velasco Pastor, María Jesús Montes Lozano

Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante, Alicante, España

INTRODUCCIÓN

Los Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV) son eventos de gran envergadura en los que la cantidad, gravedad y diversidad de pacientes pueden abrumar rápidamente los recursos médicos locales. Debido a la baja frecuencia de estos incidentes, es imprescindible que el personal sanitario reciba una formación específica y continua, no solo en habilidades técnicas, sino también en competencias emocionales y conductuales para responder eficazmente. La incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en el ámbito sanitario ha permitido el desarrollo de métodos de entrenamiento innovadores, entre los que destaca el uso de la Realidad Virtual (RV) para simular escenarios de alta complejidad de forma segura y realista.

Justificación

La preparación para la respuesta a IMV requiere un entrenamiento intensivo y adaptación a situaciones extremas, donde cada segundo es crucial. Los métodos tradicionales, basados en simulaciones presenciales y talleres teóricos, presentan limitaciones logísticas y costos elevados, lo que dificulta la creación de experiencias de aprendizaje verdaderamente inmersivas. En cambio, la RV ofrece ventajas significativas:

- Realismo: Permite recrear entornos de desastre con alta fidelidad, facilitando la transferencia de habilidades a situaciones reales.
- Seguridad: Ofrece un entorno de entrenamiento donde los errores no comprometen la integridad de los pacientes reales.
- Flexibilidad y Accesibilidad: Permite la formación en cualquier lugar y momento, reduciendo barreras logísticas.
- Desarrollo de Habilidades Emocionales: Refuerza la capacidad de toma de decisiones bajo presión y mejora la respuesta emocional ante situaciones críticas.

Estos aspectos justifican la necesidad de incorporar la RV en los programas de formación del personal sanitario para IMV.

Descripción

El presente trabajo se fundamenta en una revisión bibliográfica de fuentes especializadas en emergencias médicas y tecnología aplicada a la formación. Se han analizado estudios que evalúan:

- La eficacia del entrenamiento con RV en comparación con las simulaciones tradicionales, destacando la mejora en la retención de conocimientos y habilidades técnicas.
- El impacto del aprendizaje inmersivo en la toma de decisiones y en la respuesta emocional de los profesionales ante situaciones de crisis.
- Casos de éxito en diversas instituciones que han implementado programas de formación utilizando RV, evidenciando una reducción en los tiempos de respuesta y una optimización en la gestión de recursos durante IMV.

Esta revisión permitió identificar la evidencia existente que respalda el uso de la RV como una herramienta complementaria e innovadora para la capacitación en escenarios de emergencias masivas.

Discusión

Los IMV requieren de una respuesta sanitaria rápida y eficaz, lo que hace imprescindible la formación continua del personal de emergencias. La incorporación de las TICs, en especial la RV, representa una alternativa innovadora y efectiva para entrenar a los sanitarios en situaciones de alta complejidad.

El uso de la RV permite una inmersión realista y segura, facilitando la adquisición de habilidades técnicas y emocionales necesarias en estos escenarios. Su integración en los programas de formación sanitaria puede marcar un cambio significativo en la preparación de los equipos de emergencia, optimizando la gestión y atención en eventos de gran magnitud.

En conclusión, la RV se perfila como una herramienta clave en el futuro de la formación en emergencias, abriendo la puerta a estrategias de entrenamiento más dinámicas, accesibles y eficaces. Se recomienda continuar investigando su impacto en la mejora de la respuesta sanitaria ante desastres y catástrofes con múltiples víctimas.

O. #1876

APLICACIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA QUE FACILITAN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS: EQUIPO PROA URGENCIAS

Pablo Herrero Puente[1], Miguel Alaguero Calero[2], Clara Fernández Laguna[2], Pablo Rubianes Fernández[1], Laina Oyague López[2], Cristina Calzón Blanco[2][1]

1. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Servicio de Farmacia Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

Los programas de optimización del uso de antibióticos (PROA) tienen por objetivo mejorar la prescripción de antimicrobianos y reducir las resistencias bacterianas. Su eficacia depende en gran medida del acceso en tiempo real a la información tanto del paciente como de su proceso infeccioso. En el caso de la atención urgente este tipo de programas no está, por el momento, generalizado. En la implantación del PROA de Urgencias de nuestro centro, hemos desarrollado una herramienta dentro de la historia clínica electrónica (Oracle Cerner Millennium) que integra datos clave para agilizar la toma de decisiones en los pacientes atendidos por infecciones.

Justificación

El objetivo de este proyecto es mejorar la gestión del tratamiento antibiótico instaurado en el Servicio de Urgencias mediante una herramienta de visualización que centraliza la información relevante para el equipo PROA de Urgencias. Se busca optimizar la prescripción y el seguimiento del tratamiento antibiótico, facilitando la toma de decisiones clínicas basadas en datos actualizados y mejorar la comunicación

Descripción

El equipo PROA de Urgencias es una estructura multidisciplinar que cuenta con el apoyo del PROA general del hospital y está incluido en el PROA Core que incluye a profesionales de Atención Primaria, dado que los servicios de urgencias son un enlace entre los distintos niveles asistenciales. Para facilitar la revisión de los resultados de los cultivos se diseñó una herramienta de visualización (mPage) dentro de Oracle Cerner Millennium utilizando tecnologías web (HTML y JavaScript) que integra información esencial para la gestión de antibióticos. La interoperabilidad de nuestra historia clínica electrónica con el resto de aplicaciones del hospital permite reunir en un mismo entorno toda la información analítica, microbiológica y de tratamientos, optimizando así la gestión antibiótica.

La herramienta permite:

- Localizar todos pacientes a los que se ha realizado un cultivo en el Servicio de Urgencias, mostrando si han sido alta o permanecen hospitalizados y trabajando en tiempo real a medida que el Servicio de Microbiología valida dichos cultivos.
- Evaluar la idoneidad del tratamiento según la sensibilidad antimicrobiana del microorganismo causal.
- Navegar por la historia clínica del paciente, permitiendo la evaluación del manejo antibiótico y el registro estandarizado de la intervención realizada por el PROA cuando es necesaria.
- Mostrar datos administrativos de Atención Primaria, facilitando la revisión de cada paciente y la posterior comunicación de intervenciones entre niveles asistenciales.

Discusión

La implementación de esta herramienta ha permitido, por un lado reducir el tiempo de revisión de los tratamientos antibióticos instaurados al alta en el Servicio de Urgencias, por parte del equipo PROA de Urgencias, pudiendo hacerlo en tiempo real y mediante una serie de intervenciones ya estandarizadas. Por otro lado se identifican los tratamientos con una duración superior a la recomendada para valorar su interrupción en función de la situación del paciente y se facilita la adecuación de los tratamientos antibióticos según antibiograma. Este sistema permite evaluar toda la actividad de revisión realizada por el equipo PROA URG, y registrar y explotar en un entorno único todas las intervenciones efectuadas. Por último esta metodología de trabajo facilita la detección de puntos de mejora y fomentando así la formación en el manejo de las infecciones más frecuentes atendidas en urgencias tanto en personal médico como de farmacia en formación para mejorar la calidad asistencial.

Como objetivo más importante sería mejorar el manejo antibiótico de las infecciones más prevalentes atendidas en urgencias y disminuir la reconsulta, tanto en urgencias como en atención primaria de los pacientes con estas patologías.

O. #2008

TT CLAMP TRACK: OPTIMIZACION DEL TRANSPORTE DE MUESTRAS

Ángela Jiménez García[1], Pedro Jesús Milla Ortega[1], Nicolás Benítez Muñoz[2], Genoveva Pérez Romero[2]

1. Servicio Andaluz de Salud (SAS). IBS- Granada, Granada, España
2. Servicio Andaluz de Salud (SAS), Granada, España

INTRODUCCIÓN

El aumento en la demanda de urgencias extrahospitalarias ha generado desafíos en la atención prehospitalaria. En Andalucía, se registran anualmente más de 637.000 asistencias, de las cuales 50.000 son procesos crono-dependientes, donde la celeridad en la toma de decisiones es crucial.

Uno de los problemas clave es el transporte de muestras sanguíneas, ya que actualmente no existe un protocolo estandarizado para su manejo. Las soluciones utilizadas (guantes, esparadrapos o bolsas plásticas) aumentan la hemólisis, errores de identificación y descarte de muestras, afectando a la precisión diagnóstica y retraso del tratamiento.

Justificación

Para abordar este problema, se ha desarrollado la TT Clamp Track, una gradilla portatubos innovadora que mejora la seguridad, trazabilidad y calidad de las muestras sanguíneas en emergencias extrahospitalarias. Su implementación busca optimizar la eficiencia prehospitalaria, reducir errores preanalíticos y mejorar los tiempos de respuesta en el diagnóstico y tratamiento de patologías críticas.

Descripción

Objetivo general:

Evaluar el impacto del TT Clamp Track en la calidad y trazabilidad de las muestras sanguíneas en el entorno extrahospitalario, mejorando la seguridad del paciente y el trabajo del personal sanitario.

Objetivos específicos:

1. Reducir la hemólisis y mejorar la calidad de las muestras.
2. Disminuir los descartes por deterioro o errores de identificación.
3. Acelerar el procesamiento en laboratorio, beneficiando el diagnóstico de patologías tiempo-dependientes.
4. Medir la satisfacción del personal sanitario con el dispositivo.

Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, con un enfoque comparativo pre y post intervención.

El estudio se desarrollará en los SUAP del Distrito Sanitario Granada . Se analizarán 238 muestras para garantizar validez estadística, con una tasa de pérdidas del 15%.

Fases del estudio:

Preintervención: Análisis de muestras transportadas sin TT Clamp Track

Implementación de TT Clamp Track: Capacitación del personal sanitario y registro de incidencias.

Postintervención: Implentación de TT Clamp Track y registro de variables.

Se utilizarán análisis estadísticos bivariados, pruebas de comparación de medias y análisis de regresión para evaluar la efectividad del dispositivo.

Se prevé que el TT Clamp Track genere:

- Reducir la hemólisis en un 30%, mejorando la calidad de las muestras.
- Minimizar errores de identificación y descartes, mediante un sistema de trazabilidad.
- Agilizar el procesamiento en laboratorio, optimizando la toma de decisiones.
- Aumentar la eficiencia del personal sanitario, mejorando la manipulación segura de muestras.
- Disminuir el tiempo de estancia en urgencias, acelerando la atención a pacientes.

Discusión

El transporte y manejo de muestras en emergencias extrahospitalarias carece actualmente de estandarización. La implementación del TT Clamp Track no solo soluciona esta deficiencia, sino que también puede convertirse en un referente en la medicina de urgencias a nivel nacional e internacional.

Además de su impacto clínico, el dispositivo podría mejorar la trazabilidad de las muestras y la comunicación interhospitalaria. Su aplicabilidad no se limita al ámbito prehospitalario, sino que podría extenderse a urgencias hospitalarias, cuidados intensivos y cualquier entorno donde la seguridad en el manejo de muestras sea prioritaria.

El TT Clamp Track representa una innovación disruptiva en la medicina de urgencias, abordando un problema clave en el transporte de muestras sanguíneas y suponiendo:

- Mayor seguridad en la gestión de muestras, reduciendo errores de identificación.

Optimización en la atención de patologías tiempo-dependientes, agilizando - diagnósticos y tratamientos.

- Reducción de costos operativos y desperdicio de muestras, aumentando la eficiencia del sistema sanitario.
- Alta aceptación por parte del personal sanitario, gracias a su facilidad de uso.

En un entorno donde cada minuto es vital, esta innovación mejora la calidad asistencial, la seguridad del paciente y agiliza los flujos hospitalarios. Además, permite acelerar el diagnóstico y la intervención, reduciendo la mortalidad y mejorando la morbilidad. Su desarrollo y validación posicionarán al SAS como líder en la implementación de esta tecnología en urgencias, estableciendo un precedente en seguridad y eficiencia en el manejo de muestras prehospitalarias.

O. #2071

LA ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD DESDE URGENCIAS MEJORA RESULTADOS

SONIA Marquina Dasí, RAQUEL Benavent Campos, GABRIELA Herranz Álvarez, José Javier Noceda Bermejo, AROA Oltra Garay

Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Nuestro servicio de Urgencias dispone de una unidad específica de atención a la fragilidad, UFU (Unidad de Fragilidad de Urgencias), que valora a los pacientes no sólo clínicamente sino también por su funcionalidad/dependencia y fragilidad acumulada, lo que permite adaptar el esfuerzo terapéutico y decidir el lugar terapéutico más adecuado para ellos. Los pacientes son clasificados según su grado de fragilidad, determinado mediante el cálculo del índice frágil -VIG.

Justificación

Realizamos una comparativa de los resultados obtenidos en 2023 y 2024, midiendo retorno, hospitalización y exitus de los pacientes frágiles evaluados y revisados al mes de nuestra atención.

Consideramos retorno a la consulta repetida en Urgencias por el mismo motivo, en el plazo de una semana tras atención médica previa, bien de Urgencias, con intervención o no de UFU, o bien de ingreso hospitalario reciente u hospitalización domiciliaria (UHD).

Descripción

Los pacientes frágiles atendidos cumplen los criterios: ISAR >1, edad >85 años, algún grado de dependencia o demencia, priorizando la atención de los institucionalizados, que son nuestro grupo mayoritario.

En la revisión mensual, en 2024, encontramos los siguientes resultados:

- El seguimiento en Atención Primaria desciende un 15% respecto al 2023.
- Los pacientes de Residencia, permanecen al mes en su centro un 3% más.
- La hospitalización mensual disminuye de 17% en 2023 al 10% en 2024.
- El éxitus al mes desciende del 30% al 17%.

Analizando el retorno de los pacientes frágiles atendidos, en 2023 detectamos un retorno global de 24,5%, y un 22% en 2024. Si los desglosamos por área de atención previa, el retorno a Urgencias (sin intervención UFU) también desciende de 13% en 2023 a 9% en 2024, aunque sigue siendo más elevado que el retorno propio de UFU que se mantiene en cifras similares, 6,2% frente a 6,9% en 2023. El porcentaje de pacientes que retornan tras reciente hospitalización también disminuye del 8,2% en 2023 al 4,2% en 2024.

Según su procedencia, en 2024, los pacientes que más retornan son los que residen en domicilio con familiares (57% de Urgencias, 37% de UFU, 35% de hospitalización). Los pacientes institucionalizados retornan más tras una hospitalización, 35%, frente 23% tras atención por UFU.

Atendiendo al retorno asociado con la fragilidad del paciente, resaltamos que el derivado de la atención por UFU es menor en cualquier nivel de fragilidad, comparado con el retorno de pacientes tras la atención de Urgencias sin intervención por UFU. También destacamos, que a mayor fragilidad, el retorno tras una hospitalización es superior (35%) con respecto al retorno de UFU (17%).

Discusión

Se detecta un posible déficit de seguimiento adecuado por A.Primaria, de vital importancia a contrastar en siguientes series.

El menor porcentaje de exitus al mes hallado, hemos de contrastarlo en próximas series y analizar con cautela, dado que en la recogida de datos de 2023 contabilizamos pacientes fallecidos en un tiempo superior al mes, sobrevalorando quizás tal porcentaje.

Hemos reducido el número de hospitalizaciones en el mes siguiente a la atención por UFU, al igual que la tasa de retorno porcentualmente en todos los grupos de fragilidad. Datos que avalan que desde Urgencias es posible una evaluación minuciosa del paciente para detectar problemas de cuidados, ajustar tratamiento y asegurar la continuidad asistencial óptima.

Destacamos el mayor retorno de pacientes con índice de fragilidad elevado, VIG >0.68, tras una hospitalización que tras atención por UFU. Entendemos que estos pacientes, precisan una valoración específica para reconocimiento realista de situación terminal, donde el beneficio de ingreso es escaso, y que deben disponer de alternativas de cuidados más eficaces.

#238

DRON CAJA NIDO AUTOALIMENTADO PARA SERVICIOS DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN COMUNIDAD DE MADRID

Jorge Núñez Ortiguela[1], Mónica Coll Hernández[2], Patricia Blanco Hermo[2]

1. Summa 112, Las Rozas, España
2. Summa 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia extrahospitalaria, la rapidez y eficacia de los primeros auxilios son determinantes para la supervivencia de las víctimas. En este contexto, el uso de drones ha demostrado ser una herramienta innovadora y eficiente para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia. Este proyecto plantea el desarrollo de un prototipo de dron caja nido autoalimentado para un Servicio de Emergencias Médico (SEM), que permita una rápida intervención en accidentes de tráfico, rescates en alta montaña y emergencias acuáticas, integrando múltiples funciones esenciales.

OBJETIVO

El principal objetivo es implementar un dron autónomo capaz de operar en distintos entornos de emergencia, proporcionando apoyo en la localización de víctimas, transmisión de imágenes en tiempo real, y transporte de equipo médico esencial.
Objetivos secundarios:
- Optimización de recursos y tiempos de respuesta.
- Transmisión en tiempo real de imágenes al centro coordinador.
- Comunicación bidireccional entre personal médico del Scu y las víctimas.
- Reducción del uso innecesario de helicópteros sanitarios, disminuyendo costos operativos.
- Mayor cobertura en situaciones adversas como accidentes con múltiples víctimas o emergencias en zonas de difícil acceso.

MÉTODO

El dron caja nido autoalimentado está diseñado para optimizar la respuesta en emergencias extrahospitalarias. Su capacidad para transmitir imágenes en tiempo real al centro coordinador permite tomar decisiones informadas y mejorar la eficiencia operativa. Un análisis de los últimos 4 años en la zona del SEM ha identificado los mejores emplazamientos para su despliegue. El dron facilita la localización de víctimas en rescates de alta montaña mediante sensores térmicos, permitiendo su detección en condiciones adversas. Además, transporta equipos médicos esenciales como DESA y torniquetes, reduciendo tiempos de respuesta y mejorando la atención inicial.
2
En emergencias acuáticas, puede enviar chalecos salvavidas o asistir en rescates, optimizando recursos frente a alternativas tradicionales. Su sistema de comunicación bidireccional facilita el contacto entre rescatistas y víctimas, permitiendo instrucciones precisas y una mejor coordinación en situaciones críticas.
Diseñado para operar en condiciones climáticas adversas y nocturnas, reduce la dependencia de helicópteros y optimiza el uso de recursos. También se empleará en eventos multitudinarios para vigilancia y respuesta rápida ante incidentes.
Una empresa de telecomunicaciones integrará inteligencia artificial en el sistema, mejorando la autonomía y adaptabilidad del dron. Un piloto remoto garantizará su operatividad segura y eficiente en diversas situaciones de emergencia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El dron caja nido autoalimentado supone un avance en la gestión de emergencias extrahospitalarias, optimizando tiempos de respuesta y aumentando las probabilidades de supervivencia de las víctimas. Su integración en un SEM permitirá mejorar la asistencia en accidentes de tráfico, rescates en montaña y emergencias en zonas acuaticas, así como en dispositivos preventivos y accidentes con múltiples víctimas.
El uso de drones con inteligencia artificial en emergencias representa una evolución significativa en la logística sanitaria, ofreciendo ventajas económicas y operativas en comparación con los métodos tradicionales. Con el respaldo de una gran empresa de telecomunicaciones, este dron garantizará una respuesta rápida y efectiva ante cualquier emergencia que surja.

CONCLUSIONES

El proyecto del dron caja nido autoalimentado representa una innovación en la gestión de emergencias extrahospitalarias, mejorando la rapidez y eficiencia en la respuesta a accidentes y rescates. Su capacidad para transmitir imágenes en tiempo real y facilitar la comunicación bidireccional optimiza la toma de decisiones y la coordinación en situaciones críticas. Además, reduce la dependencia de helicópteros sanitarios, disminuyendo costos operativos. Su integración con inteligencia artificial permite una mayor autonomía y adaptabilidad en distintos entornos. Este avance tecnológico supone un cambio significativo en la logística sanitaria, ofreciendo una alternativa eficiente y sostenible en emergencias. Con el respaldo de una empresa de telecomunicaciones, se garantiza su operatividad y efectividad en situaciones adversas, mejorando la atención médica en escenarios complejos.

P. #53

MEJORA DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS A LOS PACIENTE PROCEDENTES DE CENTROS SOCIOSANITARIOS

Mónica Dormido Sánchez, Reyes Ruiz Cosano, Elisa Cano Bernal, Teresita Larrañaga Gutiérrez, Asunción Márquez García-Salazar

Hospital Universitario de Jerez, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

La población Andaluza, envejece y su tasa de edad aumenta, por cada dos trabajadores en activo hay un pensionista. Esto junto con el aumento de la esperanza de vida, siendo más de un millón de andaluces los mayores de 70 años, la forma de vida actual y el tipo de familia, hace que muchos de estos ancianos tengan que ocupar una plaza de residencia. En nuestra área tenemos 1389 plazas de residencias.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es mejorar la asistencia y accesibilidad a urgencias de los pacientes que provienen de un centro socio sanitario, evitando alargar los tiempos de estancia en el área de urgencias.

MÉTODO

Para la mejora de la atención de ese tipo de pacientes, se estableció un grupo de trabajo del área, incluyendo como elemento clave los enfermeros gestores de casos de residencias, en colaboración con urgencias y cargos intermedios de hospital así como la unidad de calidad.
Se elabora un procedimiento que se inicia con la incorporación de una pulsera identificativa con un CMD, junto con una hoja informativa que incluye datos de su estado basal en los aspectos neurológicos, locomotor, alimentación, y si hubiera úlceras en la piel.
Se realiza un registro desde el servicio de urgencias para tener información de los pacientes que acuden a urgencias.
Los pacientes se ubican en la sala de vulnerables donde son atendidos por una TCAE, pendiente de está atención la cual revisa la hoja y si detecta algo no acorde, lo notifica a la dirección de la unidad. Incluso si se detecta algo fuera de los normal, como una caída u otra incidencia, se pasa informe a los trabajadores sociales.
Se coordina con medicina interna la posibilidad de ingreso. También participa medicina preventiva para estudio de microorganismos multirresistentes
Se realizan reuniones periódicas para valorar el circuito.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1. Impacto en la Satisfacción Familiar: La calidad de la información proporcionada a los familiares influye directamente en su satisfacción con la atención recibida. Puede reducir la ansiedad y el estrés, generando un ambiente más positivo y colaborativo en el proceso asistencial.
2. Mejora en la Experiencia del Paciente: Cuando los familiares están bien informados, pueden desempeñar un papel activo en el cuidado del paciente, lo que puede contribuir a una mejor recuperación.
3. Prevención de Malentendidos y Conflictos: Al establecer expectativas claras y proporcionar respuestas a las inquietudes de los familiares, se minimizan las posibilidades de desconfianza hacia el equipo médico.
4. Aumento de la Eficiencia en el Servicio: Una comunicación clara y estructurada puede optimizar el tiempo del personal sanitario, permitiendo que se enfoquen en las tareas clínicas y asistenciales, al mismo tiempo que se asegura que los familiares estén informados y satisfechos.

CONCLUSIONES

Dar respuesta eficaz a las demandas de información de los familiares/ acompañantes de los enfermos, teniendo especial asistencia a los pacientes vulnerables. Dando una mejora repuesta con aumento en la seguridad del paciente y una atención más humanizada

P. #55

ESTRATEGIA PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Mónica Dormido Sánchez, Teresita Gutiérrez Larrañaga, José Carlos García Ortiz

Hospital Universitario de Jerez, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

La atención en un servicio de urgencias hospitalario se caracteriza por su ritmo acelerado y el manejo de situaciones críticas, lo que puede generar altos niveles de estrés tanto en los pacientes como en sus familiares. En este contexto, la comunicación efectiva con los familiares es fundamental para asegurar que comprendan la situación clínica del paciente, los procedimientos que se están llevando a cabo y los pasos a seguir en el proceso de atención.

OBJETIVO

Mejorar la información a pacientes y familiares en el servicio de urgencias, mediante un circuito de información, disminuyendo los niveles de ansiedad e incertidumbre mientras se espera la atención y durante la atención en urgencias

MÉTODO

-El paciente que acuda al servico de urgencias dará sus datos en el Kiosko de autoregistro que proporcionará 2 tickets, uno para el paciente y otro para el acompañnate.
- En Admisión una vez registrado, se indicará que deje dos teléfonos de familiares para proporcionar la información de los pacientes. El teléfono indicado será el accesible desde el llamador para los profesionales de urgencias
- Se le enviará por SMS un QR con el NUSHA que puede mostrarlo en el Kiosko para saber el estado del paciente o mediante el tickect de la entrada

-En la sala de espera hay un QR para descargar el díptico con el circuito del paciente y si lo requiere puede solicitar uno en papel en admisión
- En el servicio de admisión y la enfermera de triaje, estarán a disposición del acompañante que solicite información, debidamente identificado con la pegatina de acompañante.
- Con el QR, el familiar tiene acceso a ver el estado en el Kiosko de los diferentes estados que se le está atendiendo a su familiar, como pendiente de analítica, prueba de imagen, administración de tratamiento, interconsulta, observación, ingreso o traslado.
- Si el paciente está en Observación se informará al familiar que dejó el número de teléfono en admisión de los cambios que hay en su estado ó mediante SMS

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1. Impacto en la Satisfacción Familiar: La calidad de la información proporcionada a los familiares influye directamente en su satisfacción con la atención recibida. Puede reducir la ansiedad y el estrés, generando un ambiente más positivo y colaborativo en el proceso asistencial.
2. Mejora en la Experiencia del Paciente: Cuando los familiares están bien informados, pueden desempeñar un papel activo en el cuidado del paciente, lo que puede contribuir a una mejor recuperación.
3. Prevención de Malentendidos y Conflictos: Al establecer expectativas claras y proporcionar respuestas a las inquietudes de los familiares, se minimizan las posibilidades de desconfianza hacia el equipo médico.
4. Aumento de la Eficiencia en el Servicio: Una comunicación clara y estructurada puede optimizar el tiempo del personal sanitario, permitiendo que se enfoquen en las tareas clínicas y asistenciales, al mismo tiempo que se asegura que los familiares estén informados y satisfechos.

CONCLUSIONES

Dar respuesta eficaz a las demandas de información de los familiares/ acompañantes de los enfermos, teniendo especial asistencia a los pacientes vulnerables.
Mejorar la experiencia de atención en urgencias y proyectar la evolución de los servicios de urgencias hacia una asistencia más humanizada

P. #76

COMUNICACIONES Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN CATÁSTROFES NATURALES: LA DEPRESIÓN AISLADA EN NIVELES ALTOS (DANA) DE OCTUBRE DE 2024 Y SU IMPACTO SOBRE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN UNA DEMARCACIÓN GEOGRÁFICA RURAL

Víctor Wilson Casas Benavent[1], Juan Luis Muñoz Fernández[2]

1. Hospital General De Requena, Requena, España
2. SES-CV (Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana), Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos meteorológicos extremos, cada vez más frecuentes a nivel mundial, representan un desafío significativo para las infraestructuras y los servicios de emergencia. Mientras que los países desarrollados cuentan con recursos para mitigar sus efectos, los de menor capacidad económica enfrentan mayores dificultades para proteger la salud de su población. [1]
Las lluvias torrenciales, conocidas como Depresión Aislada en Niveles Altos (DANA), son eventos meteorológicos caracterizados por su alta intensidad y duración limitada. Afectan con frecuencia a la región mediterránea, donde el impacto de una DANA en octubre de 2024 en la Comunidad Valenciana desafió la capacidad de respuesta de los servicios públicos. [2]
En esta zona, el sistema sanitario público que entre otras funciones da respuesta a las urgencias y emergencias, cuenta con una extensión de 1,725 km^2 y una baja densidad poblacional de 21 habitantes por km^2. Incluye un hospital comarcal, siete Puntos de Atención Continuada (PAC), dos unidades del Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU) y cuatro de Soporte Vital Básico (SVB).[3]

OBJETIVO

El 29 de noviembre de 2024, una tormenta intensa causó daños graves en la comarca, siendo especialmente severa en una de sus localidades. Aunque el centro de salud y los recursos de emergencia locales no sufrieron daños directos, las comunicaciones terrestres quedaron interrumpidas.
La destrucción de infraestructuras afectó la red de comunicaciones, incluida la intranet sanitaria, y las fallas en la telefonía móvil dificultaron las llamadas al número de emergencias 112. Esto pone de manifiesto la necesidad de contar con un sistema de comunicaciones resiliente para garantizar la continuidad de la atención sanitaria en situaciones de desastre. 4,5

MÉTODO

La región afectada cuenta con una red de comunicaciones de emergencia denominada Comunicaciones Móviles Digitales de Emergencias y Seguridad (COMDES), basada en el estándar europeo Trans European Trunked Radio (TETRA). Este sistema es obligatorio para entidades de emergencia como cuerpos de seguridad, bomberos y la Unidad Militar de Emergencias (UME).6
Aunque esta tecnología es robusta y opera en condiciones adversas, su implementación en Atención Primaria y hospitales es limitada. Durante la emergencia, la red COMDES, compuesta por 193 antenas distribuidas por la comunidad autónoma, operó sin interrupciones.7
Ante la falta de acceso a telecomunicaciones e intranet en centros de salud y en el hospital local, se emplearon radiotransmisores disponibles en las unidades SAMU y SVB. Cada ambulancia cuenta con un equipo de radio, y algunos terminales personales fueron cedidos temporalmente a los centros más afectados. Esto permitió mantener la comunicación entre el hospital, los centros de salud, el Centro de Información y Coordinación de Urgencias de la provincia de Valencia (CICUV) y el Puesto de Mando Avanzado (PMA).
La tecnología TETRA facilitó la coordinación entre Atención Primaria y el servicio de emergencias, asegurando la gestión de traslados, suministro de materiales y derivaciones a hospitales de tercer nivel en la capital regional. Sin embargo, la falta de intranet obligó a realizar actividades clínicas en formato manual, lo que supuso un desafío adicional. 8

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El funcionamiento de una red de comunicaciones de emergencia como COMDES permitió mantener la colaboración entre instituciones sanitarias y de seguridad, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios. Este caso destaca la importancia de ampliar la formación en tecnología TETRA a todos los profesionales sanitarios implicados para mejorar la respuesta ante emergencias futuras. También se recomienda fortalecer la infraestructura tecnológica en Atención Primaria y hospitales, incluyendo alternativas de comunicación resilientes frente a desastres naturales.

CONCLUSIONES

Los sistemas de salud deben estar preparados para anticipar, responder y recuperarse de los eventos climáticos extremos relacionados con el clima. Debemos garantizar que los hospitales y los centros de salud siguen en pie en tiempos de crisis. 9, 10

P. #201

CUANDO CADA MINUTO CUENTA EN URGENCIAS... Y LO SEGUIMOS PERDIENDO REDACTANDO HISTORIAS CLÍNICAS

José Carlos García Ortiz[1][2], Elisa Cano Bernal[1], Ana Isabel Vacas Rama[1], Manuel Ángel Gracia Romero[1][2], Alfredo Díaz Gómez[1][2], Francisco Manuel Visiedo García[2]

1. Servicio Andaluz De Salud, Jerez De La Frontera, España
2. Universidad De Cádiz, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

La redacción de historias clínicas en los servicios de urgencias supone una carga significativa para el personal médico, consumiendo un tiempo valioso que podría dedicarse a la atención directa del paciente. La IA aplicada a la redacción médica ha demostrado ser una solución eficiente en distintos entornos, sin embargo, muchas de estas soluciones dependen de servidores en la nube por lo que su implementación en el sistema público de salud sigue siendo limitada.
A día de hoy existen modelos de IA (Llama 3, Mistral, deepseek…) que pueden ejecutarse en servidores locales mediante plataformas como Ollama, garantizando la seguridad de los datos y el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), por lo que no existen impedimentos técnicos ni regulatorios para su implementación.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo cuantificar el impacto de la IA en la redacción de historias clínicas y evaluar su potencial para mejorar la eficiencia en los servicios de urgencias.

MÉTODO

Se analizaron 315 historias clínicas generadas en un período de 24 horas en un servicio de urgencias utilizando procesamiento de texto en Python. Se realizó la extracción de datos (PyMuPDF y pdfplumber) en primer lugar y luego una limpieza de datos irrelevantes (valores analíticos, secciones de laboratorio…) mediante expresiones regulares (RegEx). Finalmente, se evaluó la complejidad textual de los documentos mediante el cálculo de distintos índices de legibilidad, los cuales miden la facilidad de comprensión de un texto en función de su estructura, longitud y vocabulario. Se utilizaron métricas como Flesch-Kincaid Score, Gunning Fog Index, SMOG Index, Fernández-Huerta Score y Szigriszt-Pazos Score.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El tiempo de redacción manual se estimó considerando velocidades de 70 y 90 palabras por minuto, mientras que la generación mediante IA se evaluó a 500 y 1000 palabras por minuto. A estos valores se les aplicó un ajuste por tiempo de revisión médica para reflejar un escenario clínico realista y tiempo de búsqueda en la historia clínica.
Los resultados muestran que la redacción manual de una historia clínica requiere un promedio de 12m 20s (rango: 8-2m) con 70 palabras por minuto (ppm), y 11m 12s (rango: 8-20 m) con 90 ppm.
En comparación, el tiempo de redacción con IA se reduce significativamente, alcanzando 43s (rango: 12- 82s) con 500 ppm y 21s (rango: 6-71s) con 1000 ppm. Cuando se incluye la revisión médica, el tiempo total con IA es de 4m18s (rango: 216-382s) a 500 palabras por minuto y 3m57s (rango: 198-311s) a 1000ppm.
El ahorro de tiempo estimado en esta muestra fue de 3,883 minutos (rango: 3,526-3,883 minutos) para la redacción manual a 70 ppm, y 3,526 minutos (rango: 3,526- 3,883 minutos) a 90 ppm. En comparación, con IA se redujo a 230m27s (rango: 115 m12s-230m27s) a 500 ppm y 115m12s (rango: 115m12s-230m27s) a 1000 ppm.
Esto equivale a un ahorro neto de aproximadamente 60 horas diarias, lo que representa 5 horas de ahorro por cada hora de trabajo, distribuidas entre todos los profesionales implicados.

CONCLUSIONES

El uso de modelos de inteligencia artificial locales para la redacción de historias clínicas ofrece una solución eficiente reduciendo la carga administrativa sin comprometer la precisión de los registros.
La implementación de soluciones locales garantiza mayor privacidad y seguridad en la gestión de datos sensibles. Su adopción no solo optimiza el flujo de trabajo hospitalario, sino que también mejora la productividad del personal médico, permitiéndoles enfocarse en la atención al paciente.
Dado su impacto, la integración de IA en la documentación clínica debería ser una prioridad estratégica en los sistemas de salud.

P. #237

ANÁLISIS DE RESULTADOS: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Ana Revuelta Amallo, Zuriñe Nervión Macarro, José Ignacio Madrigal Parrado, Iñigo Zabala Bayona, Miren Amaia Ruiz Echevarría, Jaione Bilbao Aguirregomezcorta

Hospital San Eloy, Barakaldo, España

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias (SU) presentan unas características particulares, como son su alta ocupación, la corta estancia de los pacientes y la falta de información sobre los mismos, la complejidad y variabilidad de los tratamientos farmacológicos, etc. Estas características, junto al entorno estresante y la presión asistencial les convierten en áreas con un especial riesgo de que se produzcan errores.

OBJETIVO

- Comparar los resultados del Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Uso de los Medicamentos en los Servicios de Urgencias (CASUMS) en cuatro años 2021-2024.
- Identificar los puntos de riesgo y establecer mejoras a trabajar para conseguir prácticas seguras.

MÉTODO

Estudio realizado en el SU de un hospital comarcal. El grupo de trabajo encargado de realizar el cuestionario es multidisciplinar formado por dos médicos, un enfermero y una farmacéutica.
El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales (CASSUMH) es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad desarrollada por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en Estados Unidos, adaptada por el ISMP en España (2007), con una segunda versión actualizada en 2018. A partir de la última versión de este documento se ha elaborado el CASUMS (2023) como resultado de un trabajo colaborativo entre el ISMP-España, el Grupo de trabajo Redfaster de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
El CASUMS está estructurado en 10 apartados correspondientes a elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de medicamentos. El cuestionario consta de 133 ítems. De ellos, 99 son ítems del cuestionario de hospitales que se han mantenido iguales o con mínimas modificaciones en la redacción, 30 son ítems cuyo contenido ha sido adaptado al ámbito de los SU y 4 son nuevos.
Desde el año 2021 el grupo de trabajo se reúne anualmente para llevar a cabo una versión adaptada por la organización sanitaria del CASSUMH (12 apartados, 100 ítems) y desde el 2023 el CASUMS; se introducen los datos en la aplicación; se analizan y comparan los resultados con las ediciones anteriores; y se proponen mejoras.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se compararon los resultados obtenidos en las cuatro ediciones. Por un lado, los de los años 2021-2022 y por otro, los del 2023-2024 al tratarse de cuestionarios diferentes. Se obtuvo una mejora en la puntuación total del cuestionario 2022 respecto a 2021 de 13,3% puntos porcentuales. Se obtuvieron mejoras significativas de los elementos clave: 1-Selección y adquisición de medicamentos: 33,3%; 2- Almacenamiento de los medicamentos: 24,4%; 5- Validación y colaboración del Servicio de Farmacia: 29,7%; y 9- Formación y cultura de seguridad: 13,9%.
También se obtuvo una mejora en la puntuación total del cuestionario 2024 respecto a 2023 de 3,9% puntos porcentuales. Se obtuvieron mejoras significativas de los elementos clave: 3-Incorporación de farmacéuticos: 7,5%; 4- Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos: 11,3%; 6- Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de medicamentos: 8,8%; y 9- Educación a pacientes o familiares: 6,8%.
El resto de elementos experimentaron mejoras, aunque no significativas, o permanecieron igual. Ningún elemento clave obtuvo peor resultado respecto a las ediciones anteriores.
A partir de aquellos ítems en lo que no se experimentan mejoras, se establecen nuevos objetivos para la siguiente edición.

CONCLUSIONES

El CASUMS es una herramienta útil para la evaluación de la seguridad en la utilización de los medicamentos en los SU, permitiendo identificar mejoras, instaurar estrategias de seguridad y realizar el seguimiento de las medidas implementadas.
Por tanto, cumplimentar periódicamente el CASUMS debería formar parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los SU.

P. #366

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE INGRESO DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y EL DIAGNÓSTICO AL ALTA TRAS HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

Belén Morales Franco, Ángel Guillén Meseguer, Daniel Lucas Aroca, Mario Aroca Lucas, Joaquín Solano López, Mª José Carrillo Burgos

Hospital De La Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias tienen la labor fundamental de atender la demanda creciente de atención sanitaria urgente de la población. Resulta primordial que esta asistencia sea, además de eficiente y eficaz, de la mayor calidad posible. Este punto es de vital importancia, ya que el tratamiento y el pronóstico de los pacientes depende en gran medida de un enfoque diagnóstico correcto precoz que debe establecerse, en la mayoría de ocasiones, en estos servicios de urgencias.
Se han analizado diversos parámetros que pueden influir en la calidad asistencial de un servicio de urgencias, siendo algunos de los más importantes la adecuación de los pacientes atendidos, la adecuación de los ingresos hospitalarios y la concordancia diagnóstica entre el área de urgencias y la de hospitalización convencional. Este último punto, además de evaluar la calidad en la asistencia sanitaria, también supone que un diagnostico de urgencias preciso deriva al paciente a la especialidad pertinente, lo cual evita demoras en los estudios especificos de especialistas, e interconsultas, lo cual, se traduce en calidad asistencial.
El progresivo envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de pacientes pluripatológicos aumentan la dificultad diagnóstica, ya que en muchos casos hay varias entidades que pueden ser la causa de la sintomatología y la historia clínica suele ser más difícil de realizar en pacientes de edad avanzada. Hay pocos estudios que analicen la concordancia diagnóstica en hospitales de media y larga estancia. En este sentido, el control del error diagnóstico en estos centros puede ser especialmente importante, dada la elevada proporción de pacientes atendidos con enfermedades crónicas, subsidiarios de hospitalizaciones prolongadas y en los cuales, además, el porcentaje de reingreso es muy alto.

OBJETIVO

Valorar la concordancia entre el diagnóstico de urgencias al ingreso y el diagnóstico de alta tras hospitalización en un hospital comarcal.

MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, realizado en un hospital comarcal. Se incluyen todos los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias al Servicio de Medicina Interna del 1 de julio al 31 de diciembre del 2024 (6 meses). Información obtenida de revisión de historias clínicas. Los casos se agruparon en 2 categorías: diagnóstico coincidente completamente o sindrómico coincidente y diagnóstico no coincidente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se revisaron 667 ingresos desde el Servicio de Urgencias al Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital comarcal. La edad media fue 73,7 años (de 14 a 103 años). No había diferencia entre sexos. La mayoría vivían en el área de la Gerencia (442 en Cieza, 78 en Blanca, 140 en Abarán).
El 98,65% presentaban diagnóstico coincidente y el 1,35% no coincidente, diferencia estadísticamente significativa. Todos tenían más de 54 años, 3 eran mujeres y 6 hombres, todos residían en la población de Abarán, ingresaron del 3 al 16 de julio de 2024, se detectó una menor concordancia diagnóstica en patologías infecciosas (55%) y neoplásicas (11%).
Dividiendo los pacientes por rangos de edad, no se observaron diferencias en la coincidencia diagnóstica entre pacientes por edades.

CONCLUSIONES

Hemos detectado una elevada concordancia entre el diagnóstico en urgencias y al alta hospitalaria, esto supone alta calidad en el cumplimiento del método clínico.
No se han detectado diferencias relevantes entre grupos respecto al número de pruebas diagnósticas realizadas, tiempo de estancia en urgencias y edad promedio de los pacientes analizados.
Cabe destacar una diferencia con respecto a la edad por rangos, detectando una mayor concordancia en el diagnóstico en adultos jóvenes (< 30 años). Con respecto al análisis por patologías debemos destacar la menor concordancia diagnóstica en las patologías infecciosas y neoplásicas.
Las limitaciones del estudio son el tamaño muestral y la dificultad en la interpretación de concordancia dado que en muchos casos la orientación diagnóstica en urgencias es sindrómica.

P. #598

APLICACIÓN DE UN MODELO BASADO EN REDES NEURONALES CONVOLUCIONALES PARA EL DIAGNÓSTICO AUTOMÁTICO DE NEUMONÍA EN RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX

José Ignacio Pérez Ferreiro, Ane Gerekiz Bidaurrazaga, Itxasne Mendia Bilbao, Nayade Matos Polo, Ainhoa Portela Kareaga, Aitor Odiaga Andicoechea

Hospital de Usansolo-Galdakao, Usansolo, España

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La neumonía es una de estas patologías y su diagnóstico temprano es clave para un tratamiento oportuno y efectivo. Tradicionalmente, el diagnóstico se basa en la evaluación de radiografías de tórax por parte de especialistas, lo que puede estar sujeto a variabilidad interobservador y limitaciones en el acceso a radiólogos expertos.
El aprendizaje profundo y, en particular, las redes neuronales convolucionales (CNN) han demostrado ser herramientas poderosas para el análisis de imágenes médicas. En este estudio, se presenta el desarrollo de una CNN para la clasificación de radiografías de tórax en dos categorías: 'NORMAL' y 'NEUMONÍA'.

OBJETIVO

Desarrollar e implementar una red neuronal convolucional para automatizar el diagnóstico de neumonía a partir de radiografías de tórax y evaluar su desempeño en un conjunto de datos de validación.

MÉTODO

Conjunto de Datos
- Se utilizaron 5.216 imágenes de radiografías de tórax en escala de grises (150x150 píxeles) divididas en dos clases: 1.341 imágenes de pacientes sanos ('NORMAL') y 3.875 de pacientes con neumonía ('NEUMONÍA').
- El conjunto de prueba consta de 624 imágenes distribuidas de manera similar.
- Se aplicó normalización de valores de píxeles (0-1) y aumentación de datos mediante volteo horizontal aleatorio.

Arquitectura de la Red Neuronal
- Se implementó una CNN con la siguiente configuración:

o Capas convolucionales con 32 filtros y kernel de 3x3, activación ReLU.
o Capas de max-pooling (2x2) para reducir la dimensionalidad y evitar sobreajuste.
o Capa de aplanado para convertir la salida de la CNN en un vector de características.
o Capa densa con 10 neuronas y activación ReLU.
o Capa final de salida con 2 neuronas (correspondientes a las dos clases) y activación softmax.

Parámetros de Entrenamiento
- Se utilizó la función de pérdida categorical_crossentropy.
- Se empleó el optimizador Adam.
- El modelo se entrenó durante 2 épocas con un batch size de 32.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

RESULTADOS
Epoca 1
- Precisión en entrenamiento: 80,45%.
- Precisión en validación: 77,08%.
- Pérdida en validación: 0.6707.
- Recall en validación: 77,08%.
- Precisión en validación: 77,08%.

Epoca 2
- Precisión en entrenamiento: 94,87%.
- Precisión en validación: 73,56%.
- Pérdida en validación: 1.0129.
- Recall en validación: 73,56%.
- Precisión en validación: 73,56%.

Se observó una alta precisión en el entrenamiento, alcanzando el 94,87% en la segunda época. Sin embargo, la precisión en el conjunto de validación disminuyó hasta el 73,56%, acompañado de un aumento en la pérdida de validación. Esto sugiere que el modelo memorizó patrones específicos del conjunto de entrenamiento en lugar de aprender características generales que puedan aplicarse a nuevos datos, un fenómeno conocido como sobreajuste.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La red neuronal logró un buen rendimiento en el conjunto de entrenamiento, pero mostró signos de sobreajuste al conjunto de validación, reflejado en el aumento de la pérdida y la disminución de la precisión.
- Se identificaron posibles factores que afectan el desempeño del modelo, tales como la similitud visual entre imágenes de distintas clases, variaciones en la calidad de las radiografías y desbalance en la cantidad de imágenes por categoría.
- Para mejorar la generalización del modelo podriamos usar tecnicas como:

o Aumentar la cantidad de datos de entrenamiento y mejorar el balance de clases.
o Aplicar técnicas de regularización, como dropout o normalización batch.
o Utilizar arquitecturas más avanzadas, como redes preentrenadas (Ej. ResNet, VGG16).

Este estudio demuestra el potencial de las herramientas de Machine Learning en la ayuda al diagnóstico de imágenes clinicas

P. #635

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS, IMPACTO ECONÓMICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

María Vanessa De Dios Benito, Alba Martín Val, Stephanie Lilen Saley, Laura Alejandra Márquez Hernández, Antonia Segura Egea, Eva Montané Esteva

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

El aumento de la politerapia conduce a un mayor uso inadecuado de la medicación. La prevalencia de las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) en los servicios de urgencias (SU) varía entre un 2-7,5%, algunas de ellas son graves, prevenibles y tienen un impacto significativo en la salud pública y la economía. Los estudios demuestran la importancia de incorporar medidas preventivas para mejorar la seguridad de los pacientes y los recursos del sistema sanitario.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de pacientes que acuden al SU por una RAM según las notificaciones espontáneas de los profesionales de salud. Identificar los grupos de fármacos implicados, gravedad y causas. Determinar el impacto económico de las RAMs previsibles y describir las medidas preventivas.

MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo de las notificaciones espontáneas de los pacientes mayores de edad que acudieron por una RAM a un hospital de tercer nivel durante todo el 2024, en el que se atendieron 46.630 urgencias médicas. Las notificaciones proceden del registro hospitalario del Programa de Farmacovigilancia. El grado de prevención se definió según la Clasificación ABCDEF de Edwards y Aronson.
Se analizó la carga económica según los grupos relacionados por el diagnostico (GRD), que constituyen un sistema de clasificación por grupo de datos e indicadores que definen el funcionamiento del conjunto de hospitales del Sistema Nacional de Salud y permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital, con el coste que representa su asistencia por Comunidad Autónoma. Se utilizó el código 2617-E: Efectos adversos de los medicamentos.
Los fármacos responsables se describen según la clasificación ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification System). Los datos que se muestran se presentan agrupados según el SOC (System Organ Class) utilizando la clasificación MedDRA. Las estrategias para prevenir las RAMs fueron propuestas por un equipo multidisciplinar.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se notificaron 51 RAMs (prevalencia del 0,11%). La media de edad fue de 64 años (intervalo: 20-95). Los fármacos responsables de tipo antineoplásicos e inmunomoduladores representan el 49% de todas las RAMs, seguidos de los antiinfecciosos con un 31,4%. Las preparaciones hormonales sistémicas (excluyendo las hormonas sexuales e insulinas) representan un 23,5%, los relacionados con el sistema nervioso un 21,6%, musculoesquelético un 11,8% y cardiovascular un 5,9%.
Las 5 RAMs más frecuentes fueron las infecciones (21,6%), alteraciones cutáneas (13,7%), neurológicas (11,8%), de hipersensibilidad (11,8%) y alteraciones renales y urinarias (9,8%). Siendo el resto reumatológicas, gastrointestinales, hematológicas y una reacción infusional.
Veintinueve de las RAMs (56,9%) fueron potencialmente prevenibles. De todas ellas 33 RAMs (64,7%) fueron graves, 14 moderadas (27,5%), 3 leves (5,9%) y 1 fue mortal. El coste sanitario total estimado de las RAMs evitables según el GRD fue de 109.505,74 €, con una estancia media hospitalaria de 4,47 días.
Se incorporó al equipo de urgencias una farmacéutica para consolidar la conciliación y evaluación de la idoneidad terapéutica, en aquellos pacientes pendientes de ingreso en planta de hospitalización.

CONCLUSIONES

Las RAMs tienen una importante prevalencia, e impacto económico en el sistema de salud. Por su potencial gravedad y evitabilidad resulta primordial tenerlas presentes y fomentar la notificación espontánea entre los profesionales de la salud.
En este estudio, aproximadamente el 60% de ellas eran previsibles y podrían haberse evitado, lo que sugiere la contribución de medidas de prevención para reducir las RAMs, mejorando la seguridad del paciente, la calidad y los recursos del sistema sanitario. En este sentido, nos planteamos continuar con la prevención de las medidas ya implementadas, para promover un uso seguro del medicamento, clave en la prevención, y desarrollar una herramienta de inteligencia de datos, incorporando algoritmos que generen alertas para detectar RAMs en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

P. #639

PROYECTO FOCUS Y VIHGILA: UNA APORTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS A LA SALUD PÚBLICA

María Vanessa De Dios Benito[1], Rafael López Urreste[1], Elisa Martró Català[2], Gema Fernández Rivas[1], Rosa María Morillas Cunill[1], Neus Robert Boter[1]

1. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España
2. Insitut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

Es difícil establecer estimaciones precisas de la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en nuestro entorno, dado que hay un infradiagnóstico, falta de notificación y de vigilancia sistemática. Proyectos como el FOCUS de cribado universal del VHC como diagnóstico precoz o prevención secundaria y el VIHGila de cribado según motivo de consulta o factores de riesgo, intentan mejorar la detección de las infecciones ocultas.

OBJETIVO

Describir las características en relación con la edad y sexo asignado al nacer de los pacientes a quienes se les ha realizado una analítica de cribado de VHC y VIH en las urgencias médicas de un hospital de tercer nivel.

MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de no intervención de los pacientes a los que se les realiza una serología de VHC y/o VIH según el protocolo de FOCUS y VIHGila de septiembre de 2023 a diciembre 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han realizado un total de 6.978 serologías por VHC del periodo de 01/09/2023 al 31/12/2024. Las serologías han sido realizadas en un 54,5% de los casos a hombres. De las 240 serologías con resultado positivo (un 3.44% del total) un 53% han sido hombres, con una media de edad de 68 años.
Respecto a las serologías del VIH, se han realizado un total de 1.212 determinaciones durante el mismo periodo. Del total de serologías realizadas el 67% corresponden a hombres según sexo asignado al nacer. Se han objetivado 10 casos positivos (0'8% del total), siendo un 90% hombres con una edad media de 43,2 años.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y el control de las infecciones por VHC y VIH deben basarse en actividades de mejora de calidad. Es fundamental para la seguridad del paciente y la mejora de la salud pública.
Proyectos como el Focus, llevados a cabo en los servicios de urgencias, son accesibles a todos los ciudadanos. Este tipo de proyectos demuestran que estos servicios tienen una función sanitaria y social fundamental.
En nuestro caso, se han diagnosticado 240 casos de VHC y 10 casos de VIH respectivamente. Estos diagnósticos suponen una mejora en la calidad asistencial que ofrece el servicio de urgencias y en la calidad de vida de todos estos pacientes.

P. #695

UTILIZACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ACTUALIZAR LOS SISTEMAS DE TRIAJE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS EN PANDEMIAS

Nicolás Jesús Garrido Moriana[1], Félix González Martínez[1], Susana Losada Ruiz[1], Adrián Plaza González[1], Jorge Mateo Sotos[2]

1. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España
2. Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca, España

INTRODUCCIÓN

Los sistemas basados en inteligencia artificial (IA) han demostrado su utilidad en diversas áreas de la medicina y pueden aportar ventajas significativas en los servicios de emergencias hospitalarias.

OBJETIVO

Este estudio busca evidenciar que el uso innovador de la IA permite desarrollar un sistema capaz de identificar con mayor rapidez que los métodos convencionales a pacientes con riesgo potencial de infección en el contexto de una nueva pandemia. La detección temprana en los servicios de urgencias facilitaría la aplicación inmediata de medidas preventivas, contribuyendo así a la reducción de la transmisión del virus.

MÉTODO

Se propone la implementación de un sistema de aprendizaje automático para el triaje en urgencias durante escenarios pandémicos, tomando como referencia la experiencia con el COVID-19, donde la toma de decisiones ágil y el soporte clínico integral fueron determinantes. En el estudio se analizaron datos de pacientes que ingresaron de manera consecutiva al área de urgencias, procesando automáticamente más de 89 variables mediante el algoritmo “Extreme Gradient Boosting” (XGB).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El modelo XGB logró una precisión equilibrada del 91.61%, ofreciendo resultados en menor tiempo en comparación con los sistemas tradicionales de triaje. Las variables con mayor impacto en la predicción de mortalidad incluyeron los niveles de procalcitonina, la edad y la saturación de oxígeno, seguidas por la concentración de deshidrogenasa láctica (LDH), la proteína C reactiva, la presencia de infiltrados intersticiales en radiografías de tórax y el dímero D. Asimismo, el sistema resaltó la relevancia del tratamiento con oxígeno en estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los hallazgos indican que el algoritmo XGB representa una herramienta innovadora y eficaz para optimizar los procesos de triaje en urgencias. Su implementación en futuras pandemias podría mejorar el manejo hospitalario de pacientes con alto riesgo, contribuyendo a la contención de la propagación del virus, en línea con las estrategias aplicadas durante la pandemia de COVID-19.

P. #702

RELEVANCIA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN PANDEMIAS EMERGENTES

Nicolás Jesús Garrido Moriana[1], Félix González Martínez[1], Ana María Torres Aranda[2], Pilar Blasco Segura[3], Jorge Mateo Sotos[2]

1. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España
2. Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca, España
3. Hospital General de Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha impulsado avances significativos en microbiología, biología molecular y virología, facilitando la identificación de biomarcadores clave para diferenciar entre casos leves y graves. Además, el uso de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático (ML) en el análisis de grandes volúmenes de datos se ha convertido en una herramienta esencial para detectar biomarcadores relevantes con mayor rapidez, optimizando los diagnósticos en entornos de emergencia sanitaria y mejorando la gestión eficiente de los recursos disponibles para los pacientes.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo evaluar la capacidad de los algoritmos de aprendizaje automático para identificar biomarcadores críticos en la predicción del pronóstico vital durante pandemias emergentes, tomando como referencia el COVID-19.

MÉTODO

Se realizó un análisis de datos clínicos, epidemiológicos, analíticos y radiológicos de 708 pacientes que acudieron consecutivamente al servicio de urgencias y obtuvieron un resultado positivo en la prueba SARS-CoV-2 mediante amplificación mediada por transcripción (AMT) en muestras de exudado nasofaríngeo. Para procesar más de 89 variables, se utilizó el algoritmo Random Forest (RF).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El modelo alcanzó una precisión equilibrada del 92.61%. Entre los biomarcadores con mayor capacidad predictiva de mortalidad se identificaron la procalcitonina (PCT), la lactato deshidrogenasa (LDH) y la proteína C reactiva (CRP). Además, se evidenció la importancia de los infiltrados intersticiales en radiografías de tórax y los niveles elevados de dímero D como marcadores adicionales de mal pronóstico.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman que algoritmos como Random Forest son herramientas fundamentales para la identificación de biomarcadores en enfermedades emergentes. Su capacidad para procesar grandes volúmenes de datos de manera rápida y precisa permite optimizar los tratamientos personalizados, destacando especialmente el papel de la PCT y la LDH en la identificación de pacientes con mayor riesgo. Esto subraya la importancia de la IA en la medicina moderna y su potencial en la gestión de futuras crisis sanitarias.

P. #1033

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA ZONA DE ATENCION POLIVALENTE A PACIENTES DE PRIORIDAD 2, FRÁGILES Y VULNERABLES

Luis Gómez Fernández, Ana Belén Moya Suárez, Belén Galián Arriaza, Francisco Cabrera Godoy, Ana María Comino García, Enrique Lagares Santana

Hospital Regional Universitario, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con un nivel de gravedad 1 ó 2 presentan un mayor riesgo de sufrir algún tipo de Evento Adverso (EA) durante su estancia en urgencias; riesgo que se ve aumentado cuando se trata de pacientes frágiles o vulnerables. Atender a estos pacientes en un circuito específico de atención, identificar puntos críticos y establecer buenas prácticas de seguridad es una de las recomendaciones del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

OBJETIVO

Evaluar la percepción de seguridad del paciente en una zona de atención polivalente de pacientes clasificados como Prioridad 2 (P2) que alberga también a los pacientes clasificados como frágiles/vulnerables.

MÉTODO

Se diseñó y validó mediante validez de contenido un instrumento de percepción de seguridad del paciente a partir de los principales aspectos de seguridad que se suelen concentrar en un área habitual de atención urgente: medicación, prevención de infecciones, identificación, comunicación/información, prevención de riesgos específicos, etc. Posteriormente, se realizó en estudio descriptivo transversal entregando el cuestionario a todos los pacientes que eran atendidos en una zona de atención polivalente que alberga a los pacientes clasificados como P2 y a los frágiles/vulnerables. Se incluyeron a todos los pacientes que presentaban un buen nivel de consciencia y no tenían problema de comprensión. A todos previamente se les explicaba el objetivo del estudio y se les pedía su colaboración aceptando éstos al cumplimentar la encuesta. Se realizó análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Un total de 35 pacientes cumplimentaron el cuestionario, de los cuales 12 eran hombres y 23 mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 62.1 años. La mayoría de los encuestados (54.2%) había visitado el servicio en el último año entre 1 y 5 veces, seguido de un 25,7% que lo visitaron entre 6 y 10 ocasiones. Un 11.4% de los pacientes refieren haber sufrido alguna complicación en alguna de sus visitas al servicio en los últimos doce meses. En relación a la colocación de la pulsera de identificación a su llegada al hospital, un 5.7% de los pacientes refería que no le habían identificado mediante una pulsera. A la pregunta si los profesionales sanitarios le preguntan su identidad y la verifican mediante la pulsera un 14.3% refiere que no. En relación a la medicación, un 20% refiere no ser consultado por sus alergias y no ser conciliado su tratamiento habitual. El 100% de los pacientes identifica que la zona donde están siendo atendidos se encuentra limpia y ordenada así como los profesionales con uniformes visiblemente limpios. Un 8.5% refiere que a su llegada a la P2 no ha sido visto por el médico ni consultado por su problema de salud frente a un 94.2%. Al evaluar aspectos de la seguridad en los traslados y del equipamiento ante posibles lesiones, un 8.5% refiere no haberse sentido seguro durante el traslado y un 5.7% encuentra el equipamiento poco seguro y con riesgo de sufrir alguna caída accidental. En relación a los tiempos de atención, en general los pacientes (94.3%) están de acuerdo con los tiempos para ser consultados por su motivo de urgencia a la llegada y con el tiempo de espera para ser atendido en la zona de P2. La puntuación media de percepción de seguridad de los pacientes en esta zona fue de 8.3.

CONCLUSIONES

Existen aspectos de mejora desde el punto de vista del paciente en la zona de P2, principalmente en lo relacionado con su identificación y el tratamiento. Pese a ello, la percepción global de seguridad es elevada, indicativo del establecimiento de prácticas seguras y del circuito específico de atención destinado a estos pacientes dentro del servicio.

P. #1058

EL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Martina Valenzuela Anguita, Mª Sandra López Mateos, María Isabel Ríos Risquez Ríos Risquez, Pedro Ricardo Oliva Femenía, Cèsar Vera Núñez, Gustavo Cela Campos

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de Urgencias están sometidos a una gran demanda asistencial. Por ello, se hace necesario un sistema de clasificación o triaje de pacientes que priorice la atención acorde a la gravedad del motivo de consulta.
Los profesionales encargados de la realización del triaje son las enfermeras. Es necesario que dispongan de la suficiente formación, competencia y capacidad para una correcta toma de decisiones a la hora de realizar la valoración inicial y clasificación posterior.
En nuestro hospital, la implantación del sistema de triaje se realizó en el año 2020. El instrumento de triaje es una versión adaptada del SET-MAT. Tras unos años de dicha implementación, y con el fin de mejorar la efectividad del triaje y, por tanto, la calidad asistencial, nos parece oportuno explorar la opinión de los profesionales.

OBJETIVO

Conocer la percepción y satisfacción que tienen los profesionales de Medicina y enfermería con el actual sistema de triaje.
Identificar factores que interfieren la realización del triaje y áreas susceptibles de mejora.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal sobre la percepción del triaje que poseen los profesionales de Medicina y enfermería de un Servicio de Urgencias hospitalario.
Se realizó un cuestionario "ad hoc" que constaba de 19 preguntas para enfermeras y 15 para médicos. Dicho cuestionario incluía variables sociodemográficas y laborales, una serie de preguntas de respuesta múltiple relativas a diferentes aspectos del sistema de triaje (funcionamiento, fiabilidad, idoneidad, perfil enfermero, etc). Dichas cuestiones fueron extraídas de un estudio nacional previamente publicado sobre la misma temática. Además, se incluyeron dos preguntas abiertas que exploraban los factores que interfieren la realización del triaje y posibles áreas susceptibles de mejora.
Se realizó un análisis descriptivo de los datos expresados como media y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, y como valor absoluto y porcentajes para las variables cualitativas. Para las preguntas abiertas se realizó una categorización de las respuestas estableciéndose categorías. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0. para el análisis de los datos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se obtuvo una tasa de respuesta del 70%. (n=40 enfermeras y 30 médicos). La edad media de las enfermeras fue de (40,88 años; DE: 8,05) y de los Médicos (37,88 años ;DE: 11,11). La experiencia en Urgencias fue de 6,7 años para enfermeras y de 10,5 años para médicos.
En cuanto a la satisfacción ante el triaje, las enfermeras se mostraron satisfechas en un 57,6% y los médicos en 37,5%. Los médicos triplicaron las cifras de insatisfacción (31,3%) respecto a las enfermeras. Ambas categorías eran partidarias de cambiar el triaje actual.
En relación a las características del triaje: los encuestados no identificaban claramente el sistema de triaje (100%). Por categorías, los médicos, consideraban el triaje " un sistema eficaz (50%), válido y útil(60%), "a veces" frente a las enfermeras que siempre lo consideran en un 70% y 90%, respectivamente. Un 75% total de la muestra lo consideraban fiable. Se identificaron como cualidades de la enfermera para realizar un buen triaje: la experiencia y juicio clínico.
Los factores identificados que interfieren en el triaje y áreas de mejora coinciden en la falta de formación y experiencia de las enfermeras, en la gestión y dinámica del programa informático,la falta de reevaluación, el consenso del equipo y elaboración de protocolos.

CONCLUSIONES

- Los profesionales de Urgencias valoraron de manera moderada aspectos del actual sistema de triaje como su utilidad, validez y fiabilidad.
- La satisfacción con el actual sistema de triaje reflejó puntuaciones medias, mostrándose los médicos más críticos con el mismo.
- Se sugirieron como áreas susceptibles de mejora la gestión y dinámica del sistema informático y la formación de los profesionales para que se realice un triaje eficaz, de calidad y humano.

P. #1070

IMPLANTACIÓN DE UNA HOJA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN URGENCIAS

Belén Galián Arriaza, Ana Belén Moya Suárez, Francisco Cabrera Godoy, Luis Gómez Fernández, Noelia Maldonado Martín, Eva María Fragero Blesa

Hospital Regional Universitario, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

Existe consenso sobre que una transferencia deficiente desde los servicios de urgencias puede conducir a Eventos Adversos (EA). En mayo de 2024, la Estrategia de Cuidados de Andalucía difunde la herramienta: "Hoja de Transferencia", con objeto de que se convierta en una herramienta estandarizada para los profesionales de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que contribuya a reducir errores de comunicación y mejore la atención segura de los pacientes.

OBJETIVO

Implantar la hoja de transferencia en el servicio de urgencias.
- Evaluar la percepción de seguridad y la satisfacción de las enfermeras sobre el proceso de transferencia.
- Realizar sesiones formativas, difundir el contenido de la hoja y mostrar su cumplimentación.
- Monitorizar su uso, ofrecer feed back y establecer medidas de mejora.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal. Se seleccionó un cuestionario validado psicométricamente y se remitió a las enfermeras de una unidad de hospitalización. La recogida de información se llevó a cabo a cabo durante el mes de mayo de 2024. En el mes de junio, se iniciaron las sesiones de enfermería. De forma paralela, se realizaron comunicaciones internas en forma de elementos recordatorios y asesoramiento por parte de los supervisores de enfermería. Se monitorizó su cumplimiento tomando como referencia el porcentaje de pacientes con hoja de trasferencia frente al total de ingresados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recibieron un total de 54 cuestionarios. Un 37% de las enfermeras reconoce que los pacientes siempre van identificados cuando ingresan en la unidad, seguido de un 46.3% que indica "casi siempre". Cabe resaltar como un 26% de los encuestados refiere que los pacientes no traen en la historia clínica registradas las alergias que presentan siendo llamativo que solo un 7.4% reconoce que siempre se cumple este aspecto de seguridad. Existe la percepción de que no está registrado el tratamiento administrado. Un 44.4% refiere que Nunca o Casi Nunca. Solo un 5.6% de las enfermeras reconoce que se comunican las condiciones especiales de los pacientes en el traspaso de información. También se evidencia la falta de información durante el traspaso en relación a los procedimientos y pruebas que el paciente tiene solicitadas o realizadas. Un 31.5% de las enfermeras encuestadas percibe que Nunca (9.3%) o Casi Nunca (22.2%) los pacientes que tienen riego de caídas ingresan en la unidad con medidas preventivas adoptadas previamente. En relación a la satisfacción de las enfermeras con el proceso de trasferencia de pacientes desde urgencias, solo un 42.6% refiere estar "Algo Satisfecho". Se realizaron 2 sesiones en junio de 2024 con 22 asistentes. Se volvieron a programar otras dos sesiones en el mes de julio que tuvieron que suspenderse por la elevada frecuentación de pacientes en esos meses de verano y la poca disponibilidad del personal para asistir a las sesiones. Posteriormente, se impartieron dos sesiones en septiembre (15 asistentes) y una en el mes de octubre (8 asistentes). En total, se han formado a 45 enfermeras (25%), todas pertenecían al ámbito de urgencias y solo 1 era de hospitalización. Durante los primeros meses tras la implantación de la hoja de transferencias se produjo un incremento en el total de pacientes con transferencia realizada >25%, sin embargo, se produjo durante los meses estivales un notable descenso volviendo de nuevo a subir en el mes de octubre y de nuevo en diciembre pero con porcentajes muy por debajo de lo esperado (15%).

CONCLUSIONES

Cambiar la práctica de transferencias de enfermería es un proceso complejo: significa cambiar la cultura, los roles y el comportamiento de cualquier entorno clínico. Para ser eficaz, el cambio requiere un enfoque personalizado, tiempo y estrategias de implementación que incluyan la formación y apoyo.

P. #1311

MEJORA DEL NPS DEL SERVICIO DE URGENCIAS MEDIANTE IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTA DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR, COMPARACIÓN 2022 VS 2023 VS 2024

Pavel Alexei Chisholm Sánchez, Agustín Fernández Villar, María Del Carmen Ruipérez Bastidas

Hospital Vithas Madrid, La Milagrosa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El NPS (Net Promoter Score) es un dato de recomendación global que se calcula restando el porcentaje de encuestados que son detractores del porcentaje de clientes que son promotores. El servicio de Atención al Paciente recogió datos NPS del servicio de Urgencias. Se rechazó el consentimiento informado debido a la naturaleza retrospectiva de los datos.

OBJETIVO

Examinar la mejora de la calidad del servicio de urgencias medida por el NPS de los pacientes, después de ser dados de alta del servicio de urgencias de enero a diciembre de 2022 y compararlos con los años 2023 y 2024 utilizando una consulta de medicina familiar, medicina interna y una nueva consulta de seguimiento geriátrico implementada en 2024.

MÉTODO

Examinamos el Número de NPS, Promotores, Detractores de enero-octubre de 2022 sin consulta de seguimiento de pacientes dados de alta del servicio de Urgencias y los comparamos con los mismos meses de 2023 usando consulta de seguimiento de Medicina de familia, y Medicina Interna y con los mismos meses de 2024 Introduciendo además consulta de seguimiento de Geriatría.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Estadísticas de NPS por Año
Año 2022
Media 58.42
Mediana 58.0
Desviación Estándar 10.47
Mínimo 45
Máximo 76
Año 2023
Media 67.58
Mediana 68.5
Desviación Estándar 6.11
Mínimo 59
Máximo 75
Año 2024
Media 67.17
Mediana 68.0
Desviación Estándar 4.45
Mínimo 60
Máximo 74

El NPS aumentó significativamente de 2022 (58.42) a 2023 (67.58), pero se mantuvo estable en 2024 (67.17).
Esto indica una mejora en la satisfacción de los pacientes a partir de 2023.
Variabilidad (Desviación estándar): En 2022, la variabilidad del NPS fue alta (10.47), lo que sugiere meses con fluctuaciones grandes. En 2023, la variabilidad disminuyó (6.11), mostrando una mayor estabilidad. En 2024, la variabilidad es aún menor (4.45), lo que indica un comportamiento más predecible del NPS.
Valores extremos: El peor mes ocurrió en 2022 con un NPS de 45, mientras que los mejores meses fueron en 2022 (76) y 2023 (75). En 2024, el NPS estuvo en un rango más estable (60 - 74).

CONCLUSIONES

El NPS ha mejorado desde 2022 y se ha estabilizado en 2023 y 2024 con menos fluctuaciones. Esto sugiere que la satisfacción del paciente ha aumentado y se mantiene en un nivel alto y consistente.

P. #1587

¿ES ÓPTIMA LA MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES EN LOS PACIENTES DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

PAULA Queizan García, JULIO CÉSAR Santos Pastor, DELIA Herranz Benito, ALBA Hernando Mate, MERCEDES Moreno López, Francisco Ubet Barberá

Sacyl, Segovia, España

INTRODUCCIÓN

El registro de las constantes vitales de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias (SUH) es una parte fundamental y necesaria de la atención médica, siendo además importante la monitorización de las mismas tras la administración de tratamiento (oxigenoterapia, sueroterapia, analgesia…) pudiendo así valorar la respuesta terapéutica y el manejo de los mismos.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es conocer si se hace un correcto registro de las constantes de los pacientes que acude al SUH y se hace una monitorización adecuada, en función de la necesidad asistencial y del tratamiento recibido

MÉTODO

Se realizó una base de datos de 100 pacientes elegidos al azar que acudieron al SUH en el año 2021 con síntomas respiratorios como disnea, tos, fiebre…
Se hizo una valoración de la estancia media en el SUH (en minutos), el registro de las constantes (temperatura, tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca FC, y saturación oxígeno), valorando tanto el número de veces que se realiza la toma de las mismas así como la toma de constantes tras la administración de tratamiento.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes es de 74,4 años (DE 19,6) y el 53% de ellos fueron mujeres.
En el 39% de los casos, solo se realiza una única toma de constates, siendo la estancia media en el SUH de aproximadamente 413 ,8 minutos (DE 313) cerca de 7 horas.
En un 7% de los pacientes no se realizó el registro íntegro de las constantes habituales, faltando en la mayoría de ocasiones el registro de la temperatura corporal y en un 44% de los pacientes atendidos en Urgencias no se realiza el registro de constantes tras la administración de tratamiento.
Si realizamos una estratificación de los pacientes que acuden al SUH por nivel de triaje, los pacientes que fueron clasificados como nivel II tienen una media de toma de constantes de 3 veces, mientras que los clasificados como nivel IV presentan una media de 2,5 veces, cuando la estancia media de cada uno de los grupos apenas presenta diferencias, siendo de 402 minutos para el nivel II, y 396 minutos para el nivel IV. No existe por tanto una diferencia significativa entre el nivel de clasificación, estancia en el SUH y toma de constantes (p= 0.967 test de Kurskal-Wallis)

CONCLUSIONES

Es necesario concienciar al personal de Urgencias (médicos/as, enfermeros/as, TCAEs…) de la importancia de realizar un adecuado registro de las constantes vitales de los pacientes que acuden al SUH así como realizar una monitorización y seguimiento de las mismas según el nivel de triaje y tras la administración de tratamiento
Con todo ello, sería interesante implementar en nuestro programa informático de gestión de pacientes (Jimena IV) de un sistema de aviso que nos alerte de la necesidad de toma constantes en el caso que no se haya realizado, si se ha administrado algún tipo de tratamiento, según el tiempo transcurrido, si alguna de ellas se encuentra fuera de los rangos óptimos

P. #1597

CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE URGENCIAS A MEDICINA INTERNA

Mónica Dormido Sánchez, Asunción Márquez García-Salazar, José Carlos García Ortiz, José M Fdez Glez

Hospital Universitario de Jerez, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

El circuito de derivación de urgencias al Hospital de Día Médico es un mecanismo diseñado para optimizar la atención de los pacientes que requieren un seguimiento médico precoz tras su paso por urgencias. Su implementación busca mejorar la eficiencia del sistema sanitario, evitando ingresos hospitalarios innecesarios y garantizando una transición adecuada entre la atención de urgencias y el seguimiento ambulatorio.

OBJETIVO

-Evitar ingresos hospitalarios innecesarios mediante un seguimiento precoz.
-Optimizar la distribución de recursos sanitarios.
-Reducir la presión sobre los servicios de urgencias y unidades de hospitalización.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante una atención continua y personalizada

MÉTODO

Para la implementación del circuito se establecen los siguientes criterios:
-Identificación en Urgencias: El médico de urgencias selecciona pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.
-Derivación al Hospital de Día: Se gestiona la derivación y se registran los datos de contacto del paciente y su familiar.
-Atención Especializada: Los pacientes reciben tratamiento y seguimiento en el Hospital de Día.
Los criterios de inclusión incluyen:
-Anemias y trastornos iónicos.
-Insuficiencia cardíaca estable.
-Infecciones respiratorias y urinarias con necesidad de seguimiento.
-Tratamientos específicos como antibióticos intravenosos y bolos de corticoides.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

-Reducción de ingresos hospitalarios: El circuito ha permitido disminuir el número de ingresos innecesarios.
-Mejora en la atención del paciente: Se ha garantizado una transición fluida entre urgencias y el seguimiento ambulatorio.
-Optimización de recursos: Mejor distribución de camas hospitalarias y menor saturación de urgencias.
-Tiempo de espera reducido: Se ha asegurado una atención en menos de una semana tras la derivación.

CONCLUSIONES

El circuito de derivación de urgencias al Hospital de Día Médico ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la atención médica y la gestión de recursos sanitarios. La coordinación entre los diferentes servicios y el seguimiento continuo han permitido reducir los ingresos innecesarios y mejorar la calidad de la atención. Se recomienda continuar con la evaluación y mejora del circuito, así como la capacitación continua del personal involucrado.

P. #1610

EL ROJO EN EL AZUL

Joaquín Solano López, Mª José Carrillo Burgos, José Juan Mármol Cantero, Beatriz Villar Hernández, Antonio Hortelano Guillamón, Noelia Bermúdez Muñoz

Hospital Lorenzo Guirao, Cieza, España

INTRODUCCIÓN

El triaje se define como el proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades asistenciales superan a los recursos. Esta circunstancia es evidente en las catástrofes y accidentes con múltiples víctimas Igualmente es necesaria en los servicios de urgencias hospitalarios, no solo por superar la demanda de asistencia a los recursos disponibles, sino también por la gran diversidad y gravedad de motivos de con las que nos encontramos en estos servicios donde el paciente puede consultar por voluntad propia o derivado de otro profesional.

Por ello es preciso disponer de una escala de triaje que adjudique el nivel de prioridad que realmente le corresponde a cada paciente de acuerdo con la urgencia y gravedad de su motivo de consulta.

Las escalas de triaje tienen su origen en el mundo anglosajón en los años 60. A partir de los 90 se utilizan escalas con 5 niveles de priorización. En nuestro hospital desde 2019, venimos utilizando un programa de triaje con 5 niveles adaptado al programa informático regional y que debe ser unificado en todos los hospitales de la región. Pero hemos detectado grandes diferencias en cuanto a los niveles de triaje asignados en este hospital con los del resto de la región sobre todo en los niveles 3 y 4, con el retraso de asistencia y riesgo que ello supone.

OBJETIVO

Analizar la situación, evaluar e identificar oportunidades de mejora en la clasificación que se realiza en el triaje en función de la gravedad de los pacientes y la disparidad respecto a otros hospitales de la región.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo de análisis de la situación para una evaluación del triaje en urgencias estructurado en dos fases: 1) recogida de posibles errores en la clasificación de pacientes por parte de todo el personal médico y enfermería del servicio durante 6 meses (Mayo a Octubre 2025); 2) análisis y priorización de esas propuesta de mejora por parte de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por tres enfermeros y tres médicos durante dos meses (Noviembre y Diciembre 2024) La información se obtuvo a través de dos archivos de recogida de datos ubicados en la sala de triaje y en el despacho médico donde los profesionales anotaban posibles errores en la asignación de nivel según el motivo de consulta y la propuesta de cambio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De un total de 18.881 atenciones, se recogieron 103 propuestas de cambio de nivel de triaje, 81 de nivel 4 a 3, 4 de nivel 5 a 3, 16 de nivel 3 a 4 y 2 de nivel 3 a 5. Posteriormente el equipo de trabajo, durante dos meses, realizó un análisis y discusión de las propuestas según la gravedad, desenlace de los pacientes y comparación con el resto de hospitales de la región. Como resultado se cambió el nivel de triaje en un total de 19 motivos de consulta pasando 13 de nivel 4 a 3, 5 de nivel 3 a 4 y 1 de nivel 5 a 3, siendo el cambio efectivo a partir de Enero 2025.

CONCLUSIONES

1) El sistema de triaje de nuestro hospital precisaba de una revisión y actualización para asegurar tiempos de primera asistencia adecuados; 2) Es preciso evaluar la eficacia de los cambios realizados a partir de Enero 2025 analizando los cambios en los tiempos de asistencia de los motivos de consulta modificados; 3) Esta revisión y actualización debe ser periódica para evitar llegar a situaciones como la previa.

P. #1690

UTILIDAD DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

NATALY Cancelliere Fernández
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La gestión de la formación de los médicos internos residentes (MIR) es un proceso complejo que requiere herramientas eficientes para asegurar su correcto desarrollo. Desde el año 2021, el Hospital Universitario La Paz ha implementado una aplicación informática denominada Formación Sanitaria, diseñada para centralizar y optimizar la gestión de múltiples aspectos del proceso formativo de los residentes de todas las especialidades.

OBJETIVO

Describir la utilidad y funcionalidades de la aplicación Formación Sanitaria en la gestión integral de la formación de los MIR, destacando su impacto en la mejora de la eficiencia administrativa y el seguimiento personalizado de la trayectoria de cada residente.

MÉTODO

Se realizó una descripción de las funcionalidades principales de la aplicación y su implementación en el Hospital Universitario La Paz, que se comenzó a implementar en el año 2021 inicialmente con algunos servicio piloto y en breve generaliza al resto de servicio del hospital. La herramienta permite la incorporación inicial de los residentes, la gestión documental para la firma de contratos, la emisión de tarjetas identificativas, la organización de rotaciones de cada especialidad en función de sus itinerarios docentes por año formativo, entrevistas con tutores, la evaluación continua y final, así como la generación de certificados de notas y de fin de residencia. Por otra parte es posible organizar, y evaluar en 360 los cursos de formación trasversal además de los propios de la especialidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Actualmente, la aplicación gestiona de forma rápida y eficiente la formación de cerca de 700 residentes cada año, lo que ha permitido reducir significativamente el tiempo dedicado a la gestión administrativa y minimizar errores. Facilita el acceso a la información tanto para residentes como para tutores, mejorando el seguimiento personalizado a través del Cuaderno del Residente, donde se registra la asistencia a cursos, tanto de formación transversal como específica de cada especialidad. Además, la generación automática de certificados y títulos agiliza los trámites, garantizando la trazabilidad del proceso formativo.
Esta herramienta puede resultar especialmente útil en la inminente incorporación al sistema MIR de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE).

Por otro lado se nos presenta como reto la incorporación a este sistema de gestión docente a los rotantes externos que pueden pasar largos periodos de su formación en nuestro centro, como es el caso de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

CONCLUSIONES

La implementación de la aplicación Formación Sanitaria ha demostrado ser una herramienta clave para la gestión integral de la formación de los MIR en el Hospital Universitario La Paz. Su uso ha mejorado la organización, ahorrando tiempo y reduciendo errores. Se propone su uso como modelo replicable en otros centros hospitalarios para optimizar la formación sanitaria.

P. #1819

URGENCIAS 360: HUMANIZACIÓN, DIGITALIZACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

María Virginia Martínez Alonso
Hospital Universitario Sanitas Virgen Del Mar, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias enfrentan desafíos críticos: alta demanda, estrés del personal y percepción de atención fría por parte de los pacientes. Este proyecto integra digitalización y humanización para transformar las urgencias en un espacio resolutivo, ágil y empático, priorizando la satisfacción del paciente.

OBJETIVO

- Mejorar la experiencia del paciente mediante trato empático y procesos ágiles.
- Implementar herramientas digitales para optimizar tiempos de espera y diagnóstico.
- Crear un entorno físico y emocionalmente acogedor en el área de urgencias.
- Medir y garantizar la satisfacción del paciente en tiempo real.

MÉTODO

Digitalización para Eficiencia:
- Historial Clínico Electrónico Unificado (HCE): (integra datos médicos en tiempo real).
- Triaje Automatizado con IA (Grupo BUPA): Volcado de constantes a la historia clínica.
- Solicitud digital de pruebas complementarias analíticas y de radiodiagnóstico.
- prescripción digital de pruebas ambulantes de urgencias.
- Consentimiento informado digital a pie de cama.
- Sistemas como IBM Watson Health para priorizar casos según gravedad.
- Seguimiento de Pacientes: seguimiento telefónico posterior al alta.
- Funcionalidades: Notificaciones de espera, acceso a resultados, y retroalimentación inmediata.

Beneficio: Reduce errores humanos y tiempos de espera, también evitamos el gasto de papel y, sobre todo, mejoramos la seguridad del paciente.

Humanización del Espacio y la Atención:
- Diseño de Espacios Amigables:
- Zonas de espera con iluminación cálida, y señalética clara.
- Formación en Comunicación y Empatía: Cursos online para personal

Medición de Satisfacción:
- Encuestas en Tiempo Real:
- Herramienta: SurveyMonkey o Google Forms integrados en tablets al alta.
- Métrica clave: Net Promoter Score (NPS) adaptado a salud.
- Análisis de Datos con Big Data:
- Software: Tableau para visualizar tendencias y áreas de mejora.

Soportes de Internet y Recursos Clave
- Gestión Hospitalaria:
- Plataforma: Microsoft Teams for Healthcare (coordinación interdisciplinar).
- Capacitación Digital: Webinars (cursos gratuitos sobre humanización y tecnología en salud)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Indicadores de Éxito:
- Reducción del 30% en tiempos de espera (ejemplo: de 4h a 2.5h).
- Incremento del 20% en satisfacción (medido por encuestas).

Desafíos y Soluciones:
- Resistencia al cambio: Talleres prácticos con simulaciones digitales.
- Brecha digital: Instalación de kioskos interactivos con asistencia en vivo.

CONCLUSIONES

La reestructuración de urgencias bajo el modelo "URGENCIAS 360 " combina tecnología y empatía para transformar un entorno tradicionalmente frío en un espacio resolutivo y humano. La clave está en equilibrar herramientas digitales (como IA y apps) con estrategias de comunicación cálida y diseño amigable, respaldadas por métricas claras y capacitación continua.

Este enfoque no solo moderniza el servicio, sino que también lo alinea con estándares globales de excelencia en atención sanitaria.

El modelo de Urgencias 360 demuestra que se debe invertir en formación emocional para equipos de urgencias y se deben priorizar diseños centrados en el paciente en remodelaciones hospitalarias.

Con este proyecto se ha conseguido:
- Pacientes más satisfechos: "Por primera vez, sentí que me veían como una persona, no como un número" (Testimonio anónimo).
- Profesionales más motivados: Reducción del burnout mediante herramientas que agilizan tareas repetitivas.
- Estándares globales: Alineación con modelos como Kaiser Permanente y Mayo Clinic.

P. #8

CONSULTA POST-URGENCIAS: UNA EXPERIENCIA DIFERENTE Y EXITOSA

Esther Álvarez Rodríguez, Jesús Medina Ortega, Mª Ángeles Martín Laso, Vanesa Abad Cuñado, Cristina Iglesias Frax, Blanca Gómez Rodríguez

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

INTRODUCCIÓN

Según los resultados publicados de 2023, el Servicio de Urgencias de nuestro hospital atendió 89.141 consultas y la demora promedio para la primera cita en las consultas externas fue de 70 días.

OBJETIVO

OBJETIVO PRINCIPAL: ofrecer un nuevo recurso para una re-evaluación clínica rápida y eficiente a determinados pacientes dados de alta desde Urgencias.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Favorecer la humanización
Mejorar la experiencia del paciente
Evitar el uso de otros recursos asistenciales
Evitar estancias prolongadas en Urgencias
Mejorar la precisión de la medición del indicador de revisitas a Urgencias

MÉTODO

En este entorno, detectamos una necesidad de determinados pacientes que, en el momento de la valoración en Urgencias, no presentaban datos de patología grave o emergente ni criterios de ingreso, pero, sin embargo, su evolución clínica debía ser controlada en una consulta post-urgencias (CPU) que se creó con este fin.
La decisión de incluir a un paciente en este circuito dependía del facultativo exclusivamente. No obstante, definimos unos criterios de inclusión clínicos y socio-familiares, y unos criterios de exclusión como guía a seguir.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2023 se citaron 491 pacientes. La media de edad fue de 57 años, con un 53,2% de mujeres. La patología por la que consultaron fue fundamentalmente infecciosa (44,6%) seguida de la digestiva (14%). Al 66% se le realizaba un control analítico en la CPU y a solo un 2% un control radiológico.
Se recogieron indicadores de accesibilidad, seguridad, eficacia y satisfacción. La accesibilidad era un punto fuerte, siendo lo habitual que la cita se programara 2 días tras el alta.
Se recogió el destino final del paciente tras la CPU como un indicador de seguridad, traduciendo como indicadores negativos, el ingreso (1%) o la prescripción de observación en Urgencias tras la valoración en la CPU (3,7%); y como indicadores positivos, el alta sin seguimiento (13,8%), el alta con seguimiento en Atención Primaria (52,6%), el envío a otra consulta especializada (15,9%) o la programación de una nueva consulta de seguimiento en CPU (12,8%).
La mortalidad dentro de los 30 días tras la consulta fue nula y la reconsulta en Urgencias por cualquier motivo en menos de 30 días tras la CPU fue del 17,92%, y, entre 30 y 90 días tras la CPU, del 14,26%.
El número de revisitas a Urgencias disminuyó del 1,61% en 2022 al 1,49% en 2023.
En cuanto a los indicadores de satisfacción, realizamos una encuesta a los usuarios de la CPU mediante el envío de un SMS. El 83% estaban satisfechos o muy satisfechos. El 93% consideró la CPU como útil o muy útil y otorgaron una puntuación al médico de 8,5 sobre 10. Mayoritariamente preferían este recurso a un ingreso hospitalario. En cuanto a la opinión de los facultativos del servicio, todos la habían utilizado alguna vez; el 44% reconocía que a menudo. Les parecía muy útil (8,7 sobre 10 de puntuación), la consideraron una gran mejora para el paciente (9,2 sobre 10) y creían que es una mejora para el servicio (8,7 sobre 10).

CONCLUSIONES

La creación de la CPU ha sido innovadora y creemos que positiva tanto para pacientes como para sanitarios. Coloca al paciente en el centro de la atención y facilita el seguimiento y resolución del cuadro al asignarle el mismo médico para su seguimiento en la visita posterior. El facultativo establece una mejor relación médico-paciente y le permite implicarse en el proceso diagnóstico completo, lo que le genera una mayor satisfacción y humaniza la atención.
La CPU evita estancias innecesarias en el servicio y, probablemente, citas en consultas especializadas y en Atención Primaria. Además, mejora la fiabilidad de la medición del indicador de revisitas a Urgencias.

P. #203

TRANSFORMANDO URGENCIAS: LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN TERRITORIAL DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Mireia Cramp Vinaixa[1], M Carme Boqué Oliva[1], Sara Rosich Andreu[1], Anna Falcó Callau[1], Olivia Hernández Villen[1], Pablo Espin Aguade[2]

1. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España
2. Sistema Emergències Mèdiques, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN

La PCR(parada cardiorespiratoria) es la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontanea.
Hay evidencia que disminuyendo el tiempo de respuesta y realizando Reanimación cardiopulmonar(RCP) precoz, disminuye la mortalidad y secuelas neurológicas.
La incidencia anual de PCRextrahospitalaria(PCRE) es 67-170/100000habitantes e intrahospitalaria(PCRI) de 1,5-2,8/1000ingresos, con supervivencia a los 30días al alta del15%-34%.
Dado que somos hospital de 3r-nivel, con múltiples edificios repartidos por el Parque-Sanitario-Hospital-Joan-XXIII(PSHJ23) y estamos en fase de ampliación (PSHJ23>80000m^2),surgió la necesidad de reorganizar a nivel general y específico, las funciones, normas de actuación y material en la atención de las PCR en PSHJ23

OBJETIVO

En noviembre 2024 se constituyó y impulsó des de urgencias, una comisión territorial de Reanimación-Cardiopulmonar(RCP) del PSH: Atención-Primaria(AP), Hospital y Hospital-Sociosanitario(HSS), coliderada con Cuidados-intensivos(UCI), y con la colaboración de calidad, cardiología, anestesia y pediatría.
El objetivo fue organizar los equipos de primera intervención de las diferentes áreas, unificar el material de atención a las PCR y realizar un plan formativo para todo el personal sanitario y no sanitario de Soporte Vital Básico (SVB), Soporte Vital inmediato (SVI) y Soporte Vital Avanzado (SVA)

MÉTODO

La primera fase del proyecto (Fase Inicial) consistió en definir las áreas del recinto y estimar las áreas de riesgo de sufrir más PCR para repartir los equipos de primera intervención(EPI). Además, se hizo una revisión y análisis de casos centinelas del2024 para diseñar planes de mejora y implementarlos en el nuevo protocolo de actuación.
La segunda fase fue la de Planificación.
Se empezó constituyendo 5EPIs con sus respectivas instrucciones de trabajo(IT) según el área de atención de las PCR:
a. Urgencias: servicio de urgencias,edificios de consultas externas (CCEE),rehabilitación, laboratorio,almacén,biología molecular,Formación Continuada,módulos de la facultad,limpieza,Instituto diagnóstico por la imagen(IDI),cafetería,párquines y la zona externa perimetral del PSHJ23.
b. UCI: PCRI,excepto las de las siguientes IT.
c. Cardiología:Unidad coronaria,sala cateterismos y planta de cardiología.
d. Anestesia:quirófanos,unidades de reanimación-postquirúrgicas y obstetricia.
e. Pediatría:<16 años de urgencias de pediatra, planta-pediatría, UCI-pediátrica y neonatal.
Una vez constituidos los equipos se hizo un protocolo conjunto simplificando la activación de los EPI y se redactaron las IT.
Además,se crearon grupos de trabajo(GT):
a. GT-Formación:se realizó detección de necesidades formativas de SVB,SVI,SVA, y se diseñó un Plan Formativo-RCP liderado por instructores de urgencias .
b. GT-Registro de datos PRoSP (aplicación proactiva de seguridad de los pacientes de Cataluña): se creó un formulario de registro de PCR del PSHJ23 estandarizado, siguiendo recomendaciones UTSTEIN, para analizar datos y generar en diciembre2025 un nuevo mapa de riesgo y planificar actuaciones de mejora.
c. GT-Material: liderado por enfermería UCI y urgencias. Se han registrado, revisado y unificado los carros de PCR, el material que consta en ellos y todos los desfibriladores(DEA).
Concomitantemente se planificaron otras acciones:
-Nos reunimos para coordinar, dar soporte y evacuar des de urgencias a las PCR del centro de AP y HSS.
-Se han cambiado y simplificado los números de teléfono de activación, además de colocar pegatinas con la numeración en todos los teléfonos y poner un banner visible al abrir la intranet del centro.
-Se ha cambiado la ubicación de los carros de paros en los edificios anexos y está programada una formación específica mínima para los primeros intervinientes para evitar retrasos en el inicio del Soporte Vital.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

-Fase de ejecución: el 01/01/2025 se inició con los EPI definidos, el registro y el nuevo material.
-Se colocarán 5DEAs en las zonas públicas con alto flujo de pacientes y familiares (cafetería,hall…).
-En marzo-abril se presentará el proyecto en junta clínica,facultativa,enfermería y se hará difusión a través de los jefes de servicio y supervisoras.

CONCLUSIONES

Trimestralmente se realizará una supervisión y en diciembre2025 se hara el cierre del primer año para evaluación y mejoras.

P. #242

WEB-APP DE GUÍAS CLÍNICAS: ESTANDARIZACIÓN Y SEGURIDAD EN EMERGENCIAS

Olivia García Trallero, María Del Mar Escudero Campillo, Bibiana Carrion Pleguezuelos, Yolanda Ferreres Ramia

Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), Hospitalet De Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de las urgencias y emergencias prehospitalarias (UEP), la calidad y la seguridad de la atención son fundamentales para garantizar la atención y el bienestar de los pacientes. Las herramientas digitales innovadoras permiten estandarizar procesos asistenciales y reducir la variabilidad clínica, ofreciendo acceso inmediato a guías de actuación. La Web-App de Guías Clínicas representa un avance significativo en la modernización de la práctica clínica, al proporcionar apoyo a las decisiones del profesional mediante una plataforma accessible, actualizable y que se adaptada a las necesidades de los pacientes y profesionales; basadas en la evidencia científica actual.

OBJETIVO

Justificación
La atención en UEP necesita garantizar una asistencia uniforme y segura en un entorno de alta presión y variabilidad. Las diferencias en la práctica clínica entre profesionales pueden comprometer la calidad y seguridad del paciente. Se identificó la necesidad de crear una herramienta digital que centralice el acceso a información actualizada; desde una visión de proceso: tanto desde la atención no presencial (Centrales de Coordinación Sanitaria) como desde los equipos de asistencia presencial (Unidades de Soporte Vital Básico y Avanzado).

MÉTODO

Descripción del Proyecto
La Web-App de Guías Clínicas integra más de 450 documentos clínicos que agrupan recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, en los distintos ámbitos de actuación prehospitalaria. Su diseño dinámico, accesible y su capacidad de funcionar offline permite a los profesionales la consulta inmediata. La plataforma incluye un buscador avanzado y enlaces interconectados para facilitar la navegación.
El proyecto se estructuró en tres fases clave: planificación, ejecución y seguimiento; coordinado por la Dirección de Proyecto y un Comité Editor compuesto por 14 profesionales médicos, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias.
El contenido de la Web-App se estructuró en diferentes apartados, agrupando los contenidos clínicos por ámbitos, incluyendo otros transversales como el de fármacos, escalas, un glosario y uso de abreviaturas.
Se organizaron 30 bloques temáticos, entre capítulos y procedimientos clínicos, agrupados por cuadros sindrómicos de atención en urgencias/emergencias. Se incluyeron contenidos transversales, como habilidades no técnicas, fisiopatología del traslado y aspectos éticos, para garantizar un enfoque integral e interdisciplinario.
La selección de autores se realizó mediante un formulario para seleccionar las autorías y revisores en base a su formación curricular y experiencia profesional, participando más de 500 autores junto con un equipo de 30 revisores internos y 52 externos. Los contenidos se desarrollaron partiendo de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, basados en la evidencia científica actual, y siguiendo una metodología y estructura estandarizada que permite su aplicabilidad.
El proceso de validación de los contenidos incluyó diferentes fases de revisión por parte de los revisores, el CE y la validación final por la Comisión Asesora del proyecto, garantizando unos contenidos clínicos con alto rigor clínico y aplicados al ámbito específico de actuación.
Con 33.000 usuarios y más de 100.000 visitas, la Web-App se ha consolidado como una herramienta de referencia en urgencias y emergencias, sobrepasando fronteras como Francia, Irlanda y varios países de Sudamérica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Discusión
La Web-App, además es el resultado de un proyecto de innovación digital que permite dar soporte clínico a profesionales de UEP desde un formato ágil, intuitivo y accesible, en continua mejora.
Los contenidos de la herramienta han sido elaborados con rigurosa metodología científica y un trabajo interdisciplinar que permite su aplicabilidad en los distintos ámbitos de actuación de UEP y con un enfoque de proceso en la atención a las personas.
La Web-App de Guías Clínicas no es solo una herramienta, sino un avance en la estandarización de la asistencia en UEP y un cambio de paradigma en la asistencia en este ámbito, como referente en innovación y gestión del conocimiento.

CONCLUSIONES

.

P. #420

OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO DE TRANSFERENCIA DE AMBULANCIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Silvia Del Rio Rodera[1], Antonio Carballo Almeida[2], Francisco Tebar Escribano[2], Pere Sánchez Valero[2], Mariola Méndez Rivas[1], Vanesa Pascual Granollés[1]

1. Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España
2. Sistema d'Emergències Mèdiques, Sabadell, España

INTRODUCCIÓN

La coordinación entre el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y los servicios de urgencias (SU) es clave en la atención urgente/emergente para asegurar la calidad de atención que reciben los ciudadanos. Una de las líneas estratégicas del Pla Nacional d'Urgències de Catalunya es asegurar la coordinación entre los diferentes dispositivos sanitarios para la atención a los pacientes críticos y los códigos de activación. La optimización de los recursos depende de una adecuada transferencia de los pacientes que requieren de un transporte sanitario urgente (TSU) entre el SEM y los SU. Se pone énfasis en la eficacia, priorizando la seguridad del paciente, y la rapidez para poder iniciar la atención del paciente en el SU y liberar la unidad de TSU. La bibliografía es escasa respecto al tiempo de transferencia (TT) óptimo, pero se sabe que un retraso en el TT conlleva mayor riesgo sobre el paciente como resultado del tiempo de espera. Tras analizar los datos globales del SEM de Cataluña se tomaron 30min como TT máximo de referencia, monitorizando los TT en tres intervalos: <15min, 15-30min y >30min.
A principios del año 2023 los responsables del SU y del SEM realizamos un estudio de la situación en nuestro SU dónde objetivamos los puntos fuertes del SU y del SEM y aquellos que requerían acciones de mejora.

OBJETIVO

Lograr que > 90% de los traslados sanitarios a nuestro SU se encuentre en el intervalo TT <30min.

MÉTODO

Estudio antes-después tras la aplicación de una serie de acciones. Las realizadas por el SU fueron: separación de las zonas de transferencia (ZT) de ambulancias de TSU y TSNU (tanto del SU cómo de hospitalización), proporcionar una ZT exclusiva para TSU cerca de la zona de estacionamiento (ZE) de ambulancias, dedicar un profesional exclusivo del SU en ZT, conocimiento en tiempo real de la situación del SU por parte del profesional responsable de la ubicación del paciente, difusión entre el personal del SU del nuevo circuito de transferencia, monitorización interna de los TT. Las acciones realizadas por parte del SEM fueron: análisis del proceso de registro, triaje y transferencia de los hospitales afectados, proporcionar un procedimiento de transferencia, seguimiento diario de los TT de todos los centros, análisis conjunto con las empresas de TSU y aplicación de acciones de mejora.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Las llegadas de TSU al SU en los años 2022-2023-2024 fueron 19.595, 19.546 y 18.887 respectivamente. Los registros realizados por el SEM los TT el año 2022 fueron: TT<15m 29,3%, TT15-30 59,6% y TT>30 16,2%. Tras aplicar las diferentes acciones los TT del 2023 fueron: TT<15m 28,2%, TT15-30 57,1%, TT>30 14,7%, leve mejoría dado que se implementaron a mediados de año. Durante el 2024 los tiempos mejoraron de forma clara: TT<15 38,5%, TT15-30 58,7%, TT>30 7,8%, cumpliendo con el objetivo primario.

CONCLUSIONES

La aplicación de las acciones ha logrado disminuir los TT alcanzando el objetivo deseado, principalmente por el incremento en TT<15, manteniendo el TT15-30 y disminuyendo el TT>30. La separación de los circuitos TSU y TSNU diferenciando las ZT y ZE, ha reducido el colapso de ambulancias en dicha zona y por tanto el TT. Sumando la cercanía de la ZT a la ZE, la dedicación exclusiva de un profesional, el conocimiento de la situación real del SU y la difusión y el compromiso del equipo del SU y del SEM han hecho posible la mejora continua y permanente del TT. Esta nueva gestión del proceso ha conllevado prestar un servicio de calidad al paciente (más seguro y confortable) evitando desplazamientos innecesarios por el interior del centro y un mayor tiempo de operatividad de las unidades del SEM.

P. #465

APLICACIÓN MÓVIL MEDQUICKURG PARA EL APOYO AL FACULTATIVO DE URGENCIAS EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Jesús Monllor Méndez, Antonio Sarriá Landete
Hospital Mancha Centro, Alcázar De San Juan, España

INTRODUCCIÓN

En un entorno donde la velocidad y la precisión son esenciales, MedQuickUrg nace como una solución innovadora para los profesionales de urgencias. Creada por dos médicos de urgencias en activo, nuestra app es una herramienta diseñada para simplificar y optimizar la toma de decisiones clínicas en los momentos más críticos. MedQuickUrg combina accesibilidad, rigor científico y una interfaz intuitiva para convertirse en el aliado imprescindible en el día a día de los servicios de emergencias.

OBJETIVO

MedQuickUrg es una aplicación tipo "clicker" que guía al usuario a través de algoritmos médicos basados en evidencia. Enfocada en las situaciones más comunes y críticas de la medicina de urgencias, permite al profesional acceder rápidamente a diagnósticos diferenciales, criterios de gravedad y guías de manejo estandarizadas. Todo esto en cuestión de segundos, para que el tiempo esté siempre del lado del paciente.

MÉTODO

Características clave:
Algoritmos dinámicos y visuales: Nuestra app incluye algoritmos interactivos diseñados para simplificar el proceso diagnóstico y terapéutico. Desde patologías tiempo-dependientes como el infarto agudo de miocardio o el ictus, hasta abordajes como la sepsis o las arritmias, MedQuickUrg ofrece respuestas claras y adaptadas a cada escenario clínico.
Contenido actualizado y validado: Cada algoritmo se basa en las últimas guías clínicas nacionales e internacionales (ESC, AHA, NICE, etc.) y ha sido revisado por especialistas en urgencias e internos.
Versión gratuita y premium: En nuestra apuesta por democratizar la tecnología médica, hemos desarrollado una versión gratuita que incluye acceso básico a los algoritmos y publicidad no intrusiva, así como una versión premium sin anuncios, con contenido ampliado y funcionalidades avanzadas, como personalización de protocolos locales.
Impacto real: Más allá de una app, MedQuickUrg aspira a reducir la variabilidad clínica, mejorar los tiempos de respuesta y, en última instancia, contribuir a salvar vidas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

MedQuickUrg no solo es una herramienta práctica; es un cambio de paradigma en cómo los profesionales acceden a información crítica. En lugar de largas búsquedas en guías o aplicaciones generalistas, ofrecemos una solución específica, ágil y diseñada por médicos que entienden las necesidades del entorno de urgencias.
El desarrollo de la app también ha sido completamente autogestionado, lo que refuerza su autenticidad y su compromiso con la práctica clínica real. MedQuickUrg no busca reemplazar la experiencia del profesional, sino potenciarla, actuando como una extensión de su conocimiento en los momentos en que cada segundo cuenta.
Nuestro objetivo en SEMES 2025
Presentar MedQuickUrg en el Congreso Nacional SEMES Murcia 2025 supone una oportunidad para compartir nuestra visión y crear un impacto tangible en la comunidad médica. Queremos que los asistentes experimenten de primera mano cómo nuestra app puede cambiar su práctica diaria. Aspiramos a que confíen en ella, la integren en sus rutinas y se conviertan en embajadores de esta innovación.
Además, participar en la sección de 'Innovación' nos brinda la posibilidad de seguir perfeccionando MedQuickUrg gracias al feedback de colegas y expertos. Optar al premio es, sin duda, una motivación, pero nuestro verdadero objetivo es generar un cambio real en la medicina de urgencias.

CONCLUSIONES

En un mundo donde la tecnología avanza rápidamente, MedQuickUrg representa el puente entre la innovación y la práctica médica. Con una misión clara y un enfoque basado en la evidencia, queremos que los profesionales de urgencias confíen en nosotros como su herramienta de referencia

P. #581

OTRO DIA IGUAL. ¿A QUIÉN VEO PRIMERO?

José Ángel Sancho Esteras[1], Miguel Ángel Ogueta Lana[2], Maite Madrid Conde[2], Aitziber Etxagibel Galdos[2], Rocío Guinea Suárez[1], Sara Burgaleta Sagaseta[3]

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Álava, Vitoria, España
2. Dirección General Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España
3. C.S. Olagibel, Vitoria, España

INTRODUCCIÓN

El triaje de los Servicios de Urgencias establece el nivel de prioridad de los pacientes a su llegada, permitiendo adecuar los recursos disponibles y la reevaluación en aquellos que, previo a la atención médica, presentan cambios clínicos relevantes. No disponemos de sistemas que identifiquen precozmente situaciones de riesgo vital, a pesar de que suelen ir precedidas de alteraciones detectables.
La identificación precoz es fundamental para adecuar el tratamiento y mejorar el pronóstico.
La sobrecarga asistencial en los servicios de urgencias dificulta la identificación de situaciones de riesgo, siendo necesario disponer de alertas con criterios objetivos que permitan identificar precozmente aquellos pacientes que puedan requerir intensificar la monitorización y/o una mayor vigilancia en la propia urgencia o en cuidados intensivos.
La escala VIEWS ha sido validada como predictora de mortalidad hospitalaria precoz, presentando una elevada sensibilidad, siendo recomendada como screening.

OBJETIVO

Optimizar la asistencia al paciente de riesgo en urgencias mediante la utilización de escalas automatizadas que permitan priorizar la atención adecuando los recursos disponibles.

MÉTODO

Durante la estancia en Urgencias se realiza la integración automática en la Historia Clínica Electrónica de las constantes monitorizadas. La escala VIEWS calcula el nivel de riesgo mediante análisis de 7 signos vitales (valoración neurológica, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, presión arterial sistólica, saturación periférica de oxígeno y necesidad de oxigenoterapia). La puntuación se obtiene de la suma de los valores otorgados a cada constante y se visualiza como una nueva constante calculada, denominada “Nivel de riesgo” con valor entre 0 y 21. El nivel de riesgo se actualiza con cada nueva toma, permitiendo clasificar a los pacientes en tres niveles de gravedad con un código de colores (gris, amarillo y rojo). Según la puntuación obtenida, se establecen mensajes acordes al estado de gravedad
Este sistema de alertas permanece activo durante toda la estancia en Urgencias, siendo accesible desde el censo general de urgencias, mediante iconos del nivel de gravedad calculado en cada momento. Sobre el icono se muestra el detalle de las constantes tomadas y los valores alterados. Así, se visualizan de forma ágil los pacientes que precisan atención prioritaria, incorporando pautas de actuación en coordinación con otros profesionales o el servicio de intensivos, mejorando el seguimiento de pacientes críticos en urgencias y su transferencia en los cambios de turno.
Las unidades de intensivos pueden acceder a dicho censo, telemonitorizando y permitiendo un seguimiento proactivo en colaboración con el equipo médico responsable.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- Mejora la seguridad del paciente: Permite identificar y tratar precozmente a pacientes con riesgo de deterioro, para prevenir complicaciones graves e incluso la muerte.
- Optimiza la eficiencia del servicio: permite priorizar la atención y utilizar recursos de manera más eficiente.
- Facilita la toma de decisiones clínicas: Proporciona información objetiva y estandarizada que apoya la toma de decisiones clínicas.
- Mejora la comunicación entre profesionales: Facilita la comunicación y el trabajo en equipo entre los diferentes profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Disponer de un censo dinámico de pacientes en urgencias, clasificados por nivel de riesgo, de forma online en base a la monitorización basada en la escala VIEWS es una herramienta útil para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia del servicio en urgencias.
Permite identificar precozmente a pacientes con riesgo de deterioro, priorizar la atención, consensuar la toma de decisiones clínicas y mejorar la comunicación entre profesionales.

P. #644

REVOLUCIONANDO LA ATENCIÓN EN URGENCIAS. INTEGRACIÓN SEGURA DE IMÁGENES EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

José Ángel Sancho Esteras[1], Miguel Ángel Ogueta Lana[2], Maite Madrid Conde[2], Aitziber Etxagibel Galdos[2], Rocío Guinea Suárez[1], Sara Burgaleta Sagaseta[3]

1. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Álava, Vitoria, España
2. Dirección General Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, Vitoria, España
3. C.S. Olagibel, Vitoria, España

INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias, la rapidez en la toma de decisiones es clave y la integración de imágenes en la historia clínica electrónica (HCE) facilita y aporta valor significativo al diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Sin embargo, su uso presenta desafíos relacionados con la seguridad, el almacenamiento y la privacidad de los datos, por lo que proponemos una aplicación innovadora que permite a los profesionales capturar imágenes médicas de forma segura, mediante un sistema de identificación basado en Microsoft Authenticator.

Esta app asocia cada imagen al paciente, escaneando un código QR vinculado a su HCE y enviándola directamente sin almacenarla en el dispositivo del profesional. Con esta solución, garantizamos el cumplimiento de normativas de protección de datos y mejoramos la trazabilidad y accesibilidad de la información clínica.

Justificación

El almacenamiento centralizado de imágenes en la HCE:

1. Mejora la continuidad asistencial: permite que otros especialistas accedan a la información visual de las lesiones o patologías, facilitando su seguimiento. Un paciente atendido en urgencias con una úlcera, podrá ser evaluado en consultas sucesivas por diferentes especialistas con la misma información.
2. Optimiza el trabajo en equipo: compartir imágenes "on-line" con especialistas de otras áreas facilita la toma de decisiones y el diagnóstico. Así, un paciente con una quemadura severa puede ser valorado por un cirujano plástico o un dermatólogo a distancia.
3. Registro legal y documental: Las imágenes garantizan una constancia gráfica del estado inicial del paciente a su ingreso en urgencias. En casos de agresión, accidentes de tráfico o lesiones laborales, estas pruebas pueden ser fundamentales en el ámbito médico-legal.
4. Seguridad y cumplimiento normativo: Al eliminar el almacenamiento local de imágenes en dispositivos personales, se reduce el riesgo de filtraciones de datos y se garantiza el cumplimiento de normativas como el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) en Europa o la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) en Estados Unidos.

Descripción

El uso de imágenes en urgencias es una realidad en:

- Traumatología y cirugía: Documentar heridas, fracturas abiertas o lesiones quirúrgicas mejora el tratamiento y seguimiento postoperatorio.
- Dermatología y enfermedades infecciosas: La evolución de infecciones cutáneas, celulitis o úlceras puede ser documentada mediante imágenes, permitiendo evaluar la respuesta al tratamiento.
- Neurología y accidentes cerebrovasculares: La identificación temprana de signos visibles de ictus o parálisis facial mejora la toma de decisiones terapéuticas.
- Intoxicaciones y envenenamientos: La identificación visual de lesiones cutáneas por contacto con sustancias tóxicas o picaduras de animales venenosos contribuye a un diagnóstico rápido y preciso.

El sistema de autenticación Microsoft Authenticator asegura que solo el personal autorizado pueda capturar y enviar imágenes a la HCE, reforzando la trazabilidad y evitando el acceso no autorizado.

Nuestra aplicación integrará inteligencia artificial (IA) en el análisis de imágenes y podrá, en el futuro, clasificar las imágenes según gravedad o patrones de riesgo o sugerir diagnósticos preliminares. Inicialmente enfocada a dermatología, su potencial se extiende a otras especialidades.

Discusión

La implementación en urgencias de una aplicación que permite la captura segura de imágenes, sin almacenamiento en dispositivos personales, integradas en HCE y con autenticación segura, representa un avance significativo en la calidad y seguridad de la atención médica.

El almacenamiento centralizado de imágenes mejora la continuidad asistencial, optimiza la comunicación entre profesionales y garantiza el cumplimiento normativo.

A futuro, la integración de IA facilitará aún más el diagnóstico y la gestión de la información clínica.

Invertir en esta tecnología beneficia a los pacientes, optimiza el trabajo de los profesionales de la salud y minimiza los riesgos legales y administrativos. La digitalización segura de imágenes médicas es un paso clave hacia un sistema de salud más eficiente, accesible y confiable.

P. #645

OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO HOSPITALARIO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MEDIANTE MACHINE LEARNING: PREDICCIÓN DE ESTANCIA PROLONGADA

José Ignacio Pérez Ferreiro, Saioa Urrutikoetxea Etxebarria, Laura Fernández-Vega Suárez, Antonio De Las Heras Vallelado, Aida Eguiluz Mendez, Irene Suárez Cuesta

Hospital de Galdakao, Usansolo, España

INTRODUCCIÓN

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) representa una de las principales causas de ingreso hospitalario en los servicios de urgencias. La gestión eficiente de estos pacientes es crucial para mejorar los desenlaces clínicos y optimizar los recursos hospitalarios.
Valoraremos la utilidad de herramientas de Machine Learning (ML) para predecir el pronóstico de los pacientes, permitiendo una toma de decisiones más precisa y personalizada. Este estudio explora la aplicabilidad de modelos de ML en la predicción de estancia hospitalaria prolongada (≥6 días) en pacientes con TCE a partir de una base de datos de los ingresos hospitalarios por TCE en 2024.
Justificación
Actualmente, la clasificación y pronóstico de los pacientes con TCE se basa en escalas clínicas como el Glasgow Coma Scale (GCS) y estudios de imagen. Sin embargo, estas herramientas pueden ser insuficientes para predecir complicaciones o la necesidad de hospitalización prolongada.
El uso de modelos de aprendizaje automático, como Random Forest y XGBoost, permite analizar múltiples variables clínicas simultáneamente y mejorar la predicción de los tiempos de hospitalización, ayudando a optimizar la asignación de recursos hospitalarios.
Descripción
Metodología:
Base de datos: Se utilizó un conjunto de datos de pacientes con TCE ingresados en un hospital, incluyendo variables como edad, sexo, Glasgow Coma Scale, cifras de presión arterial a la llegada, tipo de hemorragia y uso de anticoagulación.
Variable objetivo: Predicción de estancia hospitalaria ≥6 días.
Modelos utilizados:
Random Forest: Modelo inicial para clasificación de estancia hospitalaria.
XGBoost: Modelo optimizado con hiperparámetros ajustados para mejorar la precisión.
Evaluación: Se midió la precisión, sensibilidad y F1-score para comparar el rendimiento de los modelos.
Resultados:
- Modelo Random Forest:
Precisión general: 82.6%
Predicción de estancia prolongada (≥6 días): 50% de F1-score (baja sensibilidad)
- Modelo XGBoost Optimizado:
Precisión general: 86.9%
Predicción de estancia prolongada: 71% de F1-score (mejor sensibilidad)
Principales variables predictivas:
Cifra de presión arterial diastólica a la llegada (mayor peso en la predicción)
Edad del paciente
Presión arterial sistólica
Glasgow Coma Scale
Presencia de hemorragias intracraneales
- Modelo de clusterizacion mediante K-means y DBSCAN
Permite identificar tres grupos de pacientes con patrones clinicos diferenciados lo que permite estrategias de manejo personalizadas.
- Redes Neuronales Artificiales
Podrian mejorar la capacidad predictiva del modelo y su generalizacion aunque precisan de mayor cantidad de datos para evitar el sobreajuste
Estos resultados sugieren que los modelos de ML pueden ser útiles para identificar pacientes con mayor riesgo de estancia prolongada, facilitando decisiones en urgencias sobre ingreso, observación o alta temprana.
Discusión
- Ventajas del Machine Learning en Medicina de Urgencias:
- Mejora en la estratificación del riesgo en TCE.
- Optimización de recursos hospitalarios y planificación de camas.
- Toma de decisiones más objetiva y basada en datos.
- Potencial aplicación en otros escenarios clínicos, como predicción de intubación o deterioro neurológico.
- Limitaciones:
- Dependencia de la calidad y cantidad de los datos.
- Falta de integración con los sistemas hospitalarios actuales.
- Explicabilidad del modelo aún limitada para su uso clínico directo.
- Conclusión y Futuro:
Los modelos de ML pueden mejorar la predicción de estancia hospitalaria prolongada en pacientes con TCE.
XGBoost mostró mejor rendimiento que Random Forest, destacando su utilidad en la toma de decisiones médicas.
Se requiere integración con sistemas de historia clínica electrónica (HCE) para facilitar su implementación en tiempo real.
Futuros estudios podrían explorar su aplicación en predicción de complicaciones o reingresos hospitalarios.
El Machine Learning es una herramienta con gran potencial en la medicina de urgencias, permitiendo mejorar la eficiencia y la calidad de la atención hospitalaria.

P. #667

HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DEL DESAFÍO AL LOGRO

Silvia Del Río Rodera[1], Mariona Xercavins Valls[2], Thina Helen Coronado Villagómez[1], Vanesa Pascual Granollés[1]

1. Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España
2. CatLab, Terrassa, España

INTRODUCCIÓN

La mortalidad asociada a sepsis y bacteriemia representa de un 10-50% dependiendo la condición basal del paciente, del microorganismo y de la rapidez en la instauración del tratamiento. Los hemocultivos (HC) permiten el conocimiento temprano de patógenos, la detección de resistencias, guían el tratamiento antimicrobiano y previenen complicaciones, por ello la realización de HC constituye una de las prioridades en el servicio de urgencias (SU). Sin embargo, en el SU representa un desafío, dado el riesgo de contaminación o la dificultad de garantizar la correcta extracción al tratarse de un departamento donde existe gran actividad y rapidez en la asistencia. La sensibilidad de los HC se relaciona con el tipo de microorganismo, el volumen de la muestra, el momento de la extracción y la ausencia de antibióticos previos. La metodología para la extracción de HC está bien descrita considerando críticos dos aspectos: el número de frascos por extracción (2 por venopunción de dos venopunciones distintas) y el volumen de sangre por frasco (10mL/adultos). El mayor número de extracciones aumenta la sensibilidad diagnóstica de bacteriemia y ayuda a diferenciar entre contaminación e infección. Una sola extracción puede ser insuficiente para confirmar la presencia de patógenos, especialmente en casos de baja carga bacteriana. Se recomienda que el intervalo entre las extracciones sea 10-30min, que puede acortarse en situaciones urgentes e incluso, para no retrasar el inicio del tratamiento antibiótico, pueden extraerse los HC consecutivos mediante dos venopunciones diferentes. Aunque realizar dos venopunciones implica un mayor coste inicial, reduce los costes asociados a tratamientos innecesarios y complicaciones derivadas de diagnósticos erróneos. A principios de 2024 se detectó que durante el 2023 y las primeras semanas del 2024 el porcentaje de HC con dos venopunciones había disminuido (<50%).

OBJETIVO

Lograr que más de 85% de los HC extraídos tengan 2 extracciones.

MÉTODO

Diseño de un solo grupo con pre-test y pos-test en el SU el año 2024. Las medidas aplicadas fueron: formación de la técnica de extracción, registro diario de los HC con una sola extracción, información/formación directa al profesional responsable y seguimiento de los resultados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los meses de enero-marzo se extrajeron HC a 1227 pacientes, el 48% de los cuales tenían dos extracciones. Entre abril-mayo se implementaron las acciones y a finales de mayo el 77% tenía dos extracciones, el 89% en junio, manteniéndose por encima del 90% de julio-diciembre.
De los HC con dos extracciones, entre enero-marzo, el crecimiento bacteriano de solo una de las dos extracciones fue del 14.7%, mientras que de junio-diciembre este porcentaje fue del 28%. Este incremento está relacionado con el incremento del número de frascos cultivados.
Al cerrar el año 2024, en el SU se habían realizado HC en 4552 pacientes, de los que el 75.4% tenían 2 extracciones. De forma paralela ha habido un incremento en la cantidad de frascos utilizados y en el coste. En 2023 se consumieron 13.365 frascos (50.186€) mientras que en 2024 se consumieron 16484 frascos (62.432€).

CONCLUSIONES

Realizar dos extracciones ofrece un mayor rendimiento diagnóstico, facilita discriminar la infección de la contaminación y es más eficiente en costes y resultados clínicos. Tras la aplicación de las acciones incrementó en el número de HC con 2 extracciones, así como el consumo y los costes. Sin embargo, aunque el mayor número de extracciones implica un mayor coste inicial, debería reducir los costes asociados a tratamientos innecesarios y complicaciones derivadas de diagnósticos erróneos.

P. #707

HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

Beatriz Nieto Miguel[1], Mª Asunción Jorge Martín[2], Rebeca Santos Nieto[2], Alicia Pacho Gimaré[2], Mª Cristina García Sánchez[2], Joana Alexandra Rodrigues Simao[1]

1. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
2. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España

INTRODUCCIÓN

La higiene de manos es una práctica fundamental para prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRA), especialmente en entornos de urgencias donde el riesgo de transmisión de patógenos es elevado. A pesar de su importancia, la adherencia a esta práctica en los servicios de urgencias suele ser deficiente, lo que plantea interrogantes sobre la seguridad del paciente.

OBJETIVO

- Evaluar el estado actual de la higiene de manos en los servicios de urgencias.
- Establecer y mantener buenas prácticas de higiene de manos para reducir las IRA en estos servicios.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional en diferentes servicios de urgencias, en el que se registraron las prácticas de higiene de manos del personal, utilizando tanto agua y jabón como productos de base alcohólica (PBA). Se observaron diferentes momentos críticos para la higiene de manos según las directrices de la OMS y se clasificó el personal observado por categoría profesional.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los datos reflejan una adherencia alarmantemente baja a las prácticas de higiene de manos en momentos clave: solo un 6,3% antes del contacto con el paciente, un 5,4% antes de procedimientos asépticos, un 13,6% tras la exposición a fluidos corporales, un 1,6% después del contacto con el paciente y un 8% tras el contacto con el entorno del paciente. De un total de 331 observaciones, únicamente se realizaron prácticas de higiene de manos en 34 ocasiones, lo que equivale a un 10,27%. Al analizar la adherencia según la categoría profesional, se observó que el personal de enfermería cumplió en un 22% de los casos, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en un 5%, los médicos en un 31%, y el personal de limpieza no efectuó higiene de manos en ninguna ocasión.

CONCLUSIONES

La higiene de manos en los servicios de urgencias representa una asignatura pendiente que requiere atención inmediata.
La mejora en la adherencia a esta práctica es crucial para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria y aumentar la seguridad del paciente.
Es imperativo implementar estrategias sostenibles que fomenten una cultura de higiene de manos en estos entornos críticos, garantizando así una atención más segura y efectiva.

P. #808

CONEXIÓN VITAL: TRANSFERENCIA EFECTIVA DE PACIENTES EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Paula Lluís Griñó[1], Anna Boada Peiró[2], Iñigo Soteras Martínez[2], Mireia Vicente Mora[2], Bernat Via Comas[2], Martí Admetlla Sallent[2]

1. UDMAFiC Catalunya Central, Artés, España
2. Servicio Médico de Masella, Masella, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), atendido en el servicio médico de una estación de esquí por traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conciencia tras impacto directo con un árbol y rotura del casco. Al llegar el equipo médico, refiere disnea y dolor en hombro izquierdo. En la valoración inicial destaca una frecuencia respiratoria (FR) de 40 rpm, saturación de oxígeno del 90% y dolor a la palpación de parilla costal izquierda, frecuencia cardíaca de 118 lpm y tensión arterial de 185/105 mmHg. Glasgow 15. Consciente, orientado, pupilas isocóricas y normoreactivas, sin déficits neurológicos. Presenta dolor (9/10) a la palpación de apófisis espinosas dorsales e impotencia funcional del miembro superior izquierdo. EcoFAST negativa. Se administra oxígeno, descendiendo al FC a 64 lpm, la FR a 24 rpm y saturando a 98%. Con el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico y de columna, se contacta con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM), quien envía un equipo terrestre y un helicóptero. Durante su intervención, ninguno de los dos equipos SEM solicita información al equipo médico inicial, acerca de lo ocurrido ni de la valoración y tratamiento inicial. Durante el traslado, persiste la hipertensión, generando dudas sobre la necesidad de intervención quirúrgica precoz al sospechar que la HTA era debida a hiperactividad simpática tras traumatismo craneoencefálico grave. Neurocirugía, al informarse de los antecedentes de HTA, opta por actitud conservadora y el paciente evoluciona favorablemente sin intervención quirúrgica. Diagnóstico final: traumatismo craneal con discreto hematoma intracraneal, fracturas cervicales y dorsales.

CONCLUSIONES

La falta de comunicación entre médicos puede tener graves consecuencias para el paciente (errores diagnósticos, tratamientos innecesarios o perjudiciales, reacciones adversas a fármacos, insatisfacción y pérdida de confianza del paciente, e incluso puede peligrar la vida del paciente).
La Organización Mundial de la Salud (OMS) pide potenciar la comunicación entre niveles asistenciales y casi el 74% de médicos piensa que esta falta de comunicación puede causar errores que afectan a la seguridad a los pacientes.
Este caso pone de manifiesto la importancia de la comunicación verbal en la transferencia de pacientes, para garantizar la continuidad de los cuidados y evitar errores clínicos, independientemente de la gravedad del caso. En estos momentos críticos, una transmisión clara y precisa de la información es clave para preservar la seguridad del paciente y optimizar la toma de decisiones. La falta de una comunicación adecuada puede conllevar la pérdida de datos esenciales, incrementando el riesgo de errores médicos y afectando negativamente los resultados clínicos.
La mayoría de los profesionales no han recibido formación específica en técnicas de comunicación, lo que repercute en un déficit en las destrezas de transferencia de datos.
Algunas medidas que pueden mejorar la comunicación entre médicos incluyen la implementación de sistemas de comunicación claros y efectivos, el fomento de una cultura de comunicación abierta y la capacitación de los médicos en habilidades de comunicación.
Al unificar la información transmitida, se optimiza la corresponsabilidad en el reparto de tareas de todo el equipo. Por ello, es imprescindible establecer protocolos estructurados que fomenten el intercambio activo de información, la verificación mutua de los datos y la escucha activa entre profesionales. La comunicación verbal efectiva solo mejora la seguridad del paciente y fortalece la colaboración interdisciplinaria, garantizando un abordaje integral y de calidad.

P. #982

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN PEDIATRÍA EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA

OCTAVIO ORESTES Rodríguez Aguado, Amalia González Del Rosario, Juan Pedro Jiménez Cordero, Antonio Ramírez Gómez
CES 061, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de medicamentos de alto riesgo (MAR) en pediatría es un tema crítico, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria.
Los pacientes pediátricos son un colectivo de especial riesgo con unas particularidades que favorecen la aparición de incidentes relacionados con el uso de los medicamentos y que, cuando éstos se producen, el daño es mayor. La necesidad de realizar cálculos para ajustar dosis, las diferencias farmacocinéticas, la inmadurez, la escasa formación y entrenamiento del personal sanitario, la limitada capacidad de comunicación, van a favorecer la aparición de incidentes de medicación.
Justificación
En el Centro de Emergencias Sanitarias 061 se llevaron a cabo recomendaciones actualizadas para la población adulta y subrayamos ahora la necesidad de adaptar medidas específicas para la población pediátrica, con el objetivo de reducir los riesgos asociados a los MAR.
Descripción
Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar que opera con la siguiente metodología:
1)Búsqueda bibliográfica: Publicaciones referenciadas a los Medicamentos de Alto Riesgo en pediatría últimos diez años.
2)Análisis de la información.
Puesta en común de toda la información recopilada; seleccionándose aquellos artículos que se adecuaban y aportaban al objetivo principal del estudio: Definir e implementar prácticas generales y específicas para promover el uso seguro de los MAR en pediatría, aplicables al entorno de las emergencias extrahospitalarias CES-061.
3)Formulación y aplicabilidad de prácticas para administración segura de los MAR en pediatría, en el ámbito de las emergencias extra hospitalarias.
Se analiza la aplicabilidad en el entorno extrahospitalario, estudiándose pormenorizadamente este grupo de fármacos y la estructura organizativa de CES-061.
Se elabora una lista de MAR específica para pediatría
Se diseñaron prácticas para reducir errores en todas las fases del uso de estos medicamentos aplicables al ámbito asistencial extrahospitalario de CES 061, destacándose:
1. Transversales:
o Asegurar acceso a información esencial del paciente.
o Identificar medicamentos de alto riesgo con símbolos físicos específicos.
o Establecer procedimientos de doble chequeo independiente.
o Garantizar formación y cualificación del personal
2. Selección y adquisición:
o Estandarizar y limitar el número de presentaciones disponibles.
o Evitar presentaciones con envasado o nombres similares.
3. Almacenamiento:
o Revisar y señalizar medicamentos con nombres o envasados similares y aplicar estrategias para evitar confusiones.
o Disponer de antídotos en unidades asistenciales para revertir la toxicidad de estos medicamentos.
4. Prescripción:
o Confirmar y registrar el peso corporal del paciente y comprobar que dosis recomendada no sobrepasa dosis máxima, especialmente en pacientes obesos.
5. Preparación:
o Estandarizar concentraciones para infusión.
o Establecer procedimientos para preparación de dosis bajas, principalmente en los pacientes neonatales.
6. Administración:
o Utilizar bombas de infusión inteligentes.
o Minimizar interrupciones durante preparación y administración.
7. Transiciones asistenciales:
o Procedimiento de conciliación de medicación al ingreso, transiciones y alta hospitalaria.
o Informar a pacientes y familiares sobre la medicación y evitar automedicación.
8. Educación a pacientes y cuidadores:
o Informar sobre posibles errores y efectos adversos relacionados con los MAR que se prescriben.
o Proporcionar instrucciones claras y materiales educativos
o Formar a cuidadores en almacenamiento seguro alejado del paciente pediátrico y administración correcta de medicamentos.
Discusión
El uso seguro de los MAR en pediatría durante las emergencias sanitarias requiere un enfoque multidisciplinario. Tenerlos bien identificados, el cálculo preciso, la administración protocolizada, la monitorización continua, la comunicación clara y la capacitación del personal son elementos clave para garantizar su seguridad. El reto va estar en la correcta implementación de dichas prácticas, así como en la difusión dentro de las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

P. #1052

INNOVACIONES EN CUIDADO URGENTE: EQUIPOS MOVILIZABLES Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION A MAYORES

Manuel López Valero, Rafael Molero De La Mata, María Dolores Galiani Ramos, Sonia Calero Juarez, Pilar María Conde Moya, Rosalia Espino Navarro

Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

INTRODUCCIÓN

El retorno a la normalidad desde la pandemia de COVID-19 ha conllevado un aumento de infecciones respiratorias (IRA), afectando especialmente a Centros Residenciales de Mayores (CRM). A pesar de altas coberturas en vacunación, los residentes, que suelen ser frágiles y crónicos, se enfrentan a un mayor riesgo de complicaciones y hospitalizaciones.
La experiencia en pandemia ha resaltado la importancia de la vigilancia proactiva y medidas de autoprotección, ayudando a evitar ingresos hospitalarios a través de atención ambulatoria precoz. Dada la actual oleada de casos, es crucial revisar el modelo de actuación, identificando precozmente a residentes que presenten empeoramiento por IRA, utilizando escala NEWS-2, siendo ésta una herramienta de valoración para detección precoz de signos de deterioro.

OBJETIVO

Atender de manera efectiva el incremento de casos de infecciones respiratorias, gripe y COVID-19 en CRM.
Detectar de forma temprana la inestabilidad en pacientes y optimizar su evolución.
Fomentar la coordinación de atención sanitaria para garantizar una respuesta integral y fluida.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento donde aplicar vigilancia proactiva del Sistema Sanitario, realizándose seguimientos telefónico o presencial e iniciándose la valoración del residente por el personal del CRM, utilizando escala NEWS2, para implementar rápidamente los tratamientos necesarios para casos más graves, y continuidad de cuidados 24/7 de forma programada mediante el Equipo Movilizable Cuidados Avanzados (EMCA) /Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP). Profesionales implicados en el procedimiento: Enfermeras Gestora de Casos de Residencia, Médico de Familia, Enfermeras Familia, Cargos Intermedios de distintas Unidades Gestión Clínica, Enfermeras EMCA, Profesionales SUAP, Centro Emergencias Sanitarias y Equipo Medicina Interna.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Creación y aplicación del Procedimiento: Vigilancia de CRM en periodos de Alta Frecuentación, puesto en marcha el 12 enero 2024, habiendo finalizado el 31 marzo 2024.

- Se han realizado 580 valoraciones (escala NEWS2), en 216 pacientes, con una media de 2,69 valoraciones/paciente.
- Indicador de calidad: realizar al menos 3 valoraciones registradas, habiéndose realizado al 47% de los residentes.
- El 53% obtuvieron 5 ó 6 puntos, equivalente a una prioridad 2: debería ser valorado por su médico en horario laboral o por el SUAP en horario de tarde o fines de semana/festivos.
- Un 8% obtuvo 7 puntos o más, prioridad 1: debiendo ser valorado por un Equipo Móvil de Emergencias.
- El 61% obtuvo una puntuación equivalente a una prioridad 1 ó 2.
- Sólo se derivaron al Hospital 16 residentes, 4,4%, no existiendo diferencias significativas entre días laborales y fines de semana-festivos.
- Se ha resuelto en AP el 56,6% de casos, con una prioridad superior a 5 puntos.
- No consta que hubiera ningún ingreso "cama a cama". En todos los casos que se contactó con el médico internista, se decidió remitir al Servicio de Urgencias Hospitalario.

CONCLUSIONES

La vigilancia proactiva es clave para detectar inestabilidad en residentes y evitar ingresos hospitalarios. La escala NEWS-2 permite valorar-clasificar sistemáticamente el empeoramiento de salud en residentes, identificando quienes requieren atención urgente. La coordinación internivel de profesionales de salud es fundamental para asegurar una atención integral. Un seguimiento estructurado, al menos a través de 3 evaluaciones consecutivas, permite monitorizar eficazmente la evolución del residente y ajustar tratamientos, minimizando complicaciones.
La capacitación del personal para usar escala NEWS-2 así como el manejo de situaciones respiratorias es crucial para la efectividad del modelo.
Esta intervención homogeniza la actuación en CRM, con la dificultad de ser multiprofesional e intercentros, y que además sirve como punto de partida para mejorar la asistencia sanitaria en CRM.
Este procedimiento mejora la identificación de residentes en riesgo y reduce la presión asistencial hospitalaria. No solo mejora la atención en CRM, sino que también contribuye a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

P. #1109

IMPACTO DE UN CAMBIO ORGANIZATIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL: MEJORAS EN CALIDAD ASISTENCIAL Y TIEMPOS DE ATENCIÓN

Francisco José Salvador Suárez, Lucía Díaz Escrihuela, Salvador Ruano Monzón, José Sanantón López, Eva María Pérez Lucio, Elena Roche Romero

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se está produciendo un incremento en la demanda y la complejidad en todos los Servicios de Urgencias (SUH) españoles. El envejecimiento de la población, la accesibilidad de los SUH, las expectativas o la confianza en la atención hospitalaria, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez, son entre otros motivos que explican este crecimiento. Todo ello unido a la creciente complejidad de los procesos asistenciales requieren de estrategias innovadoras para optimizar la calidad asistencial y eficiencia. Es por ello que implementamos un cambio organizativo en nuestro SUH con el objetivo de reducir los tiempos de espera, mejorar la atención, la accesibilidad y optimizar el triaje.

Justificación

El SUH ha sufrido un incremento de la demanda media anual del 3,7% en los últimos 10 años. Este incremento ha generado un impacto significativo en los tiempos de espera y la calidad de atención, a pesar de contar con procedimientos de triaje y procedimientos relacionados con la asistencia para la gestión del flujo de pacientes. Por ello, en base a la monitorización de indicadores, se identificaron áreas de mejora en la priorización de pacientes y la distribución de recursos. En octubre de 2024 se realizó un cambio organizativo en nuestro SUH mediante la implementación de estrategias estructuradas basadas en formación, optimización de circuitos asistenciales y una gestión dinámica de los recursos disponibles.

Descripción

Para abordar los desafíos identificados, se establecieron tres ejes principales de intervención durante el mes de Octubre de 2024:

1. Optimización del Triaje: Formación específica en octubre de 2024 para mejorar la calidad del triaje, promoviendo un enfoque más estandarizado.
2. Rediseño de Circuitos Asistenciales: Implementación de 2 circuitos de atención diferenciados según gravedad con equipos de atención multidisciplinares, con sistemas de asignación independientes adaptados al sistema de triaje.
3. Gestión de Flujo en Tiempo Real: Monitorización continua de los tiempos de espera y cargas de trabajo con asignación dinámica de recursos.

Se analizaron indicadores de actividad clave de octubre de 2024 a enero de 2025, comparándolos con datos previos al cambio:

- Mejoras en la calidad del triaje: optimización en el uso de los diagramas adaptados al motivo de consulta sin que se vean afectados los tiempos de atención.
- Reducción de los tiempos de atención:
  - o Incremento del porcentaje de pacientes atendidos en tiempo
  - o Disminución de los pacientes con espera >2h (disminuyeron un 3,07% en octubre, 1,98% en noviembre y 5,47% en diciembre)
- Reducción anual del tiempo medio de permanencia en urgencias siendo la reducción de un 7,35% tras el cambio organizativo.
- Mayor porcentaje de pacientes atendidos en tiempo con un incremento del 3,40% en diciembre siendo el mayor incremento en las prioridades 3 llegando al 10,4% ese mismo mes.
- Una reducción en el tiempo triaje-primera atención siendo la media de reducción de un 14,8%
- Todo ello sin un incremento en el porcentaje de ingresos de 13,3% en 2023 a 12,4% de 2024, incluido el periodo de estudio tras cambio organizativo.

Discusión

La implementación de este cambio organizativo ha demostrado ser efectiva en la mejora de la calidad asistencial y la eficiencia del servicio. La formación en triaje permitió optimizar la clasificación de pacientes sin afectar los tiempos de atención. Además, los circuitos diferenciados y la gestión del flujo contribuyeron a reducir los tiempos de espera y permanencia en urgencias.

Estos hallazgos sugieren que este modelo es replicable en otros servicios con retos similares, proporcionando una estrategia viable para mejorar la calidad asistencial en contextos de alta demanda y optimización de recursos como la que se viven en la mayoría de los Servicios de Urgencias de Hospitales españoles.

P. #1120

IMPACTO DE UN PLAN DE ACTUACIÓN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRIAJE EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

Lucía Díaz Escrihuela, Francisco José Salvador Suárez, Salvador Ruano Mónzon, Laura Tarrat Alcalde, Eva María Pérez Lucio, Elena Roche Romero

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía, España

INTRODUCCIÓN

El triaje en los servicios de urgencias es una herramienta fundamental para la optimización del flujo asistencial y la seguridad del paciente. En este contexto, se ha implementado un plan de actuación dirigido a mejorar la calidad del triaje en un hospital comarcal, basado en estrategias específicas de análisis de datos, formación, auditorías y unificación de criterios, en base a un cronograma con etapas de nueve meses de duración. Estas acciones han permitido optimizar el proceso sin comprometer los tiempos de respuesta, incluso en un escenario de incremento de la carga asistencial.

Justificación

El plan de actuación surgió ante la necesidad de reducir la variabilidad en la aplicación del triaje y mejorar su calidad sin afectar los tiempos de atención. Las estrategias implementadas han permitido una aplicación más objetiva y eficiente del triaje, disminuyendo el uso de ciertos diagramas genéricos y favoreciendo una clasificación más precisa de los pacientes. Este proceso se enmarca dentro de un cambio organizativo más amplio, con tres ejes principales de intervención: optimización del triaje, rediseño de circuitos asistenciales y gestión del flujo en tiempo real.

Descripción

El plan de actuación incluyó las siguientes estrategias:

Formación e información al equipo: Durante la primera quincena de octubre de 2024, se realizaron sesiones formativas dirigidas a la correcta aplicación de criterios de triaje y selección de diagramas adecuados.

Auditorías continuas y estudio de triajes: Se realizó un análisis comparativo entre los triajes totales de 2023 y 2024, evaluando la distribución por prioridad, los tiempos de admisión-triaje y el uso de diagramas clínicos.

Creación de grupos de trabajo : Se establecieron equipos para la unificación de criterios en la asignación de prioridades y la aplicación de discriminadores específicos.

Supervisión directa y auditorias individuales y colectivas.

Seguimiento y evaluación de resultados: Se compararon los datos de octubre, noviembre y diciembre de 2024 y enero de 2025 con los mismos meses del período 2023-2024 para medir el impacto del plan.

Discusión

Los resultados muestran que, tras la aplicación de las estrategias, se ha logrado una mejora en la calidad del triaje sin comprometer los tiempos de respuesta, a pesar del incremento del 3,82% en el total de triajes de 2024 respecto a 2023. En enero de 2025, el número de triajes aumentó un 11,68% respecto a 2024 y un 24,53% respecto a 2023, lo que evidencia una optimización en la gestión del flujo asistencial. Uno de los hallazgos más relevantes fue la disminución en un 59% en el uso de un diagrama en concreto, el cuál fue trabajado en la formación, lo que sugiere una mejor selección y aplicación de los criterios de triaje. Además, la formación y la estandarización de criterios han permitido minimizar la variabilidad y mejorar la calidad del triaje sin afectar los tiempos de atención. Estos resultados validan la efectividad de las estrategias implementadas y respaldan la importancia de una formación continua y un control de calidad riguroso en el triaje hospitalario. Además, el plan de actuación representa un modelo innovador y replicable en otros centros sanitarios que buscan mejorar sus procesos de clasificación y gestión de urgencias.

P. #1186

NURSING 360: REALIDAD VIRTUAL, SIMULACIÓN Y PEER LEARNING PARA FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PRACTICUM V

María Belén Soto Castellón[1][2][3], Giulio Fenzi .[1][2][3], Manuel Pardo Rios[1][2][3], Ana Laura García Martínez[1][2][3], Antonia Sáez Jiménez[1][2][3], María José Sánchez García[1][4][3]

1. Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España
2. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 de la Región de Murcia, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), España

INTRODUCCIÓN

La formación en enfermería enfrenta el reto de preparar a los estudiantes para tomar decisiones en entornos clínicos complejos, donde la seguridad del paciente es esencial. Sin embargo, las metodologías tradicionales pueden no ser suficientes para desarrollar habilidades críticas en situaciones de alta presión.
Las Sesiones de Simulación Clínica del Practicum V (SIM PR V), impartidas en 4° del Grado de Enfermería, son un espacio clave para integrar nuevas tecnologías y metodologías pedagógicas avanzadas. La realidad virtual (RV), la simulación clínica (SC) de alta fidelidad y la enseñanza entre pares (Peer Teaching) han demostrado ser herramientas efectivas para mejorar la toma de decisiones, la respuesta ante emergencias y la seguridad en la práctica.
Este estudio analiza la implementación de estos recursos en SIM PR V, evaluando su impacto en la formación de los estudiantes y en la construcción de una cultura de seguridad en el aprendizaje clínico.
Justificación
La seguridad del paciente es un eje central en la formación en enfermería. La falta de exposición a escenarios críticos y la ausencia de estrategias estructuradas pueden aumentar los riesgos en la atención sanitaria.
El uso de SC de alta fidelidad y RV ofrece un entorno seguro donde los estudiantes pueden practicar la toma de decisiones sin comprometer la seguridad del paciente. Estas metodologías permiten repetir procedimientos, recibir retroalimentación inmediata y mejorar habilidades técnicas y no técnicas.
La integración del modelo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) refuerza la comunicación clínica y la planificación del cuidado. La enseñanza entre pares fomenta un aprendizaje activo, permitiendo a los estudiantes reforzar conocimientos al enseñar a sus compañeros.
Este estudio busca demostrar cómo la combinación de estas estrategias en el SIM PR V impacta en la formación de los estudiantes, preparándolos para enfrentar situaciones clínicas reales con mayor seguridad y confianza.
Descripción
El SIM PR V implementa un enfoque basado en tecnología y aprendizaje activo. Entre sus principales actividades destacan:

- Casos clínicos estructurados, que integran el SBAR para optimizar la toma de decisiones.
- SC de alta fidelidad en escenarios críticos, proporcionando experiencias realistas con retroalimentación en emergencias.
- Seminario neonatal, donde los estudiantes lideran estaciones prácticas, fomentando la enseñanza entre pares y la colaboración.
- RV aplicada a entornos de crisis, como la atención a pacientes críticos o incidentes con múltiples víctimas, brindando una inmersión en la resolución de casos clínicos.

Estas estrategias permiten a los estudiantes mejorar sus habilidades clínicas, fortalecer el pensamiento crítico y reforzar el trabajo en equipo, asegurando una mejor preparación para la práctica profesional.
Discusión
La implementación de RV, SC y Peer Teaching en SIM PR V ha demostrado beneficios en la formación de los estudiantes de enfermería. Entre los hallazgos más relevantes destacan:

- Mejora en la toma de decisiones clínicas, promoviendo seguridad y confianza en escenarios de alta presión.
- Optimización del trabajo en equipo y la comunicación efectiva, mediante el modelo SBAR, facilitando la coordinación interdisciplinaria.
- Desarrollo de autonomía y habilidades críticas, permitiendo que los estudiantes enfrenten situaciones adversas con mayor preparación.
- Refuerzo de la cultura de seguridad, promoviendo la identificación de riesgos y la aplicación de protocolos en la práctica clínica.

La enseñanza entre pares ha sido clave para potenciar el aprendizaje, promoviendo el intercambio de conocimientos y el desarrollo de habilidades de liderazgo.
La RV ha permitido a los estudiantes enfrentarse a escenarios clínicos con un alto nivel de realismo, reduciendo la ansiedad y mejorando la capacidad de respuesta ante emergencias. La SC de alta fidelidad ha complementado este proceso, asegurando que los estudiantes adquieran competencias en un ambiente controlado.
El uso combinado de estas metodologías optimiza el aprendizaje y contribuye a la formación de enfermeros preparados para los desafíos del sistema sanitario.

P. #1306

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DOMICILIARIA

Beatriz Rodríguez Rodríguez, Sara Vinat Prado, María Sánchez Pérez, Esther Rodríguez Adrada, María Mir Montero, Carlos Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Corta Estancia Domiciliaria (UCEdom) del Hospital Universitario Infanta Leonor se presenta como un modelo asistencial innovador basado en telemedicina, que combina videollamadas médicas con visitas presenciales de enfermería. Su objetivo es proporcionar una hospitalización de pacientes agudos en su domicilio, manteniendo una complejidad similar a los ingresos hospitalarios convencionales, con una estancia media de 3 a 5 días. Este modelo busca mejorar la atención al paciente, minimizar complicaciones intrahospitalarias y optimizar los recursos del sistema sanitario.

Justificación

La tecnología juega un papel esencial en la evolución de la asistencia sanitaria, y la telemedicina ha emergido como una alternativa efectiva a la hospitalización tradicional. A través de la videollamada, se puede realizar un acto médico completo que facilita la anamnesis, evaluación clínica y toma de decisiones en tiempo real. Este enfoque no solo mejora la accesibilidad a los servicios de salud, sino que también optimiza la eficiencia en la atención, reduce el estrés del paciente al recibir cuidados en su entorno familiar, y contribuye a la continuidad de la atención.

Descripción

El programa de la UCEdom se apoya en tres pilares fundamentales: Teleasistencia mediante sensores y cuestionarios de síntomas personalizados adaptados a cada proceso patológico, atención personalizada según patología y necesidades específicas de cada paciente y fomento del autocuidado a través de la educación sanitaria.

Se elabora un plan de cuidados detallado al ingreso, que incluye formación en el uso de dispositivos médicos para el monitoreo remoto y se implementa un sistema de alertas para priorizar la atención del equipo asistencial según la gravedad de los pacientes.

Desde su implementación en marzo de 2022 hasta octubre de 2024, un total de 419 pacientes fueron ingresados en la UCEdom. La estancia media fue de 4,96 días, con tasas de reingreso a 30 días y en las primeras 72 horas de 3 casos en cada periodo. La mayoría de los pacientes tenían menos de 65 años (70,18%), seguidos de aquellos entre 65-74 años (16,49%), con una ligera predominancia masculina (51,2%). En promedio, se realizaron 5,29 videollamadas por paciente, y se registraron 1.761 alertas con un promedio de 8,18 por paciente (93,5% alertas verdes, 5% naranjas y 1,5% rojas).

La distribución de las patologías entre los 419 pacientes ingresados fue la siguiente:

- 179 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o neumonía,
- 17 pacientes con infecciones de piel y partes blandas,
- 33 pacientes con infecciones intraabdominales,
- 185 pacientes con infecciones urinarias,
- 5 episodios de insuficiencia cardíaca.

En cuanto a la satisfacción, el Net Promoter Score (NPS) alcanzó un 96,91%, lo que refleja un alto grado de recomendación del servicio. Los pacientes valoraron positivamente diversos aspectos de la atención domiciliaria, con una media de 9,83/10 en cuanto a la satisfacción general. Además, un 97,42% consideró que la telemedicina fue fácil de integrar en su vida diaria, y el 100% de los pacientes expresó sentirse seguro durante su hospitalización domiciliaria. En términos de la atención, un 91,24% calificó de excelente el trato del personal de enfermería, un 87,11% destacó positivamente los conocimientos médicos, y un 82,99% consideró que los materiales proporcionados para el cuidado en el hogar eran claros y útiles. Además, un 99,48% de los pacientes consideró adecuadas las visitas programadas, destacando la flexibilidad del modelo. Finalmente, el 97,42% elegiría nuevamente la hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización tradicional.

Discusión

Con estos resultados, la UCEdom ha demostrado ser un modelo seguro, eficaz y satisfactorio tanto para los pacientes como para el sistema de salud. La implementación de nuevas tecnologías y enfoques centrados en la persona refuerzan la viabilidad y el futuro de este modelo asistencial, con el potencial de ampliarse a una mayor variedad de patologías y un número creciente de pacientes.

P. #1312

IMPACTO DE UNA UNIDAD DE ATENCIÓN URGENTE PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HUMANIZACIÓN Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LA FRAGILIDAD

Rosa Capilla Pueyo[1], Belén Rodríguez Miranda[2], Antonio F Caballero Bermejo[1][3], Blanca Gutiérrez Parres[1], Agustín García Sanguino[1], Belén Ruiz Antorán[1][3]

1. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España
2. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España
3. Universidad Antonio de Nebrija, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El 35% de las atenciones urgentes hospitalarias corresponden a personas mayores, siendo este porcentaje creciente de forma progresiva. La estancia prolongada en urgencias se relaciona con incidentes de seguridad, delirium, y aumento de ingresos hospitalarios y mortalidad. Las personas mayores requieren un modelo asistencial que choca con el tradicional, enfocado en el episodio agudo en vez de centrarse en los cuidados, el abordaje integral y la prevención del deterioro funcional. Los equipos asistenciales deben recibir formación específica, trabajar en equipo y elaborar protocolos que garanticen la continuidad asistencial y el abordaje integral, funcional, mental, física y social. Es imperativo adaptarse al cambio en el sistema, y desarrollar nuevos modelos de gestión asistencial dirigidos a un colectivo cada vez mayor de pacientes frágiles y vulnerables. Nuestra urgencia fue pionera en la creación de una unidad de atención urgente a pacientes institucionalizados (UAPI) en 2016.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de la UAPI como medida de humanización enfocada a la atención del paciente institucionalizado en Urgencias desde su puesta en marcha hasta la actualidad.

MÉTODO

La UAPI, dotada con 12 camas, está adaptada al paciente mayor. Cuenta con sillón para acompañante, luz natural y baño adaptado. La complejidad que requieren estos pacientes en urgencias requiere personalizar su atención, coordinación con los centros sociosanitarios y con los especialistas involucrados en su proceso.
En este trabajo describimos nuestra experiencia desde 2017, así como un análisis comparativo con variables cuantificables: mortalidad, tiempo de estancia en Urgencias, porcentaje de ingresos hospitalarios y derivaciones entre los pacientes mayores institucionalizadas atendidos en la UAPI y los que fueron valorados en otros niveles asistenciales de urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

29.868 pacientes institucionalizados han sido atendidos en nuestro Servicio de Urgencias durante el periodo del estudio, lo que supone aproximadamente el 5% del total de pacientes atendidos en Urgencias. La edad media de estos pacientes se ha incrementado significativamente en los años analizados, alcanzando una media de 85 años en 2023. El porcentaje de estos pacientes que ha sido atendido en la UAPI, se ha incrementado progresivamente en los últimos años pasando del 45% en 2017, al 60% en 2023 (p<0,001).
El 67% de las atenciones en UAPI son mujeres con una mediana (RIQ) de edad de 85 años (82-92) Los motivos de ingreso más frecuentes fueron mal estado general (25,1%) y disnea (24,8%) estos fueron similares en el periodo de tiempo analizado.
El 58,4% de los pacientes fueron dados de alta. El porcentaje de pacientes atendidos en UAPI que fueron derivados a nuestro principal hospital de apoyo se ha duplicado desde la puesta en marcha de la UAPI, alcanzando en 2023 el 7% de derivaciones. También a lo largo del periodo estudiado hemos observado una disminución significativa del tiempo de estancia en la UAPI, pasando de 24 horas en los primeros años de funcionamiento a 18h en el momento actual.
Comparando la mortalidad entre pacientes atendidos en UAPI y resto de niveles se objetivo una disminución estadísticamente significativa (0,45% vs 4,7%, p<0,001) en todo el periodo analizado.

CONCLUSIONES

La complejidad clínica va de la mano de la complejidad social. La institucionalización, dependencia y fragilidad obligan a cambiar estrategias asistenciales y gestoras. Demostramos que la implantación de esta unidad específica (UAPI) permite de forma objetiva reducir estancias, mejorar seguridad, adecuar traslados a unidades geriátricas e incluso reducir mortalidad. Esto supone una mejora de atención, siendo integral donde se priman los cuidados y la prevención de complicaciones. Son los profesionales y los servicios los que deben adaptarse al paciente vulnerable, mejorando resultados en salud y Coordinación entre niveles. Solo así podremos dar respuesta a sus necesidades, y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

P. #1330

UNIDAD DE FRAGILIDAD EN URGENCIAS: IMPACTO EN LA GESTIÓN Y ATENCIÓN DEL PACIENTE MAYOR FRÁGIL

Belén Rodríguez Miranda[1], Antonio F Caballero Bermejo[2][3], Helena De La Torre Martí[2], Agustín García Sanguino[2], Rosa Capilla Pueyo[2], Belén Ruiz Antorán[2][3]

1. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España
2. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España
3. Universidad Antonio de Nebrija, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El porcentaje de personas mayores que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la Comunidad de Madrid es aproximadamente del 35% del total, con una demanda creciente. Estos pacientes presentan un mayor riesgo de complicaciones derivadas de su estancia en urgencias, como delirium, hospitalización prolongada, mayor tasa de ingreso y aumento de la mortalidad.
El modelo asistencial actual, centrado en procesos agudos, no se adapta a las necesidades de esta población, que requiere un enfoque integral y preventivo para evitar el deterioro funcional. Es fundamental un equipo multidisciplinario con formación específica en Valoración Geriátrica Integral (VGI), que abarque aspectos médicos, funcionales, mentales y sociales, además de garantizar la continuidad de cuidados y la educación del paciente y sus cuidadores.
Desde esta perspectiva, es necesario adaptar la atención de los SUH a las características de estos pacientes, implementando estrategias que mejoren su asistencia. Con este objetivo, en 2023 se creó en nuestro SUH la Unidad de Fragilidad (UFRA), especialmente diseñada para la atención del paciente mayor frágil o pre-frágil.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de la Unidad de Fragilidad (UFRA) como medida de humanización en Urgencias.

MÉTODO

La UFRA cuenta con seis camas, luz natural y un entorno adaptado al paciente mayor. En esta unidad se atienden pacientes con fragilidad establecida o pre-fragilidad, hemodinámicamente estables, que requieren tratamiento para patologías agudas. Su principal objetivo es prevenir complicaciones y evitar el deterioro funcional durante la estancia en urgencias.
Este estudio describe la experiencia de la UFRA desde su creación en abril de 2023 hasta diciembre de 2023. Se llevó a cabo un análisis comparativo entre el año previo (2022) y 2023, evaluando variables cuantificables como tiempo de estancia en urgencias, porcentaje de ingresos hospitalarios e índice de revisitas. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes mayores de 80 años atendidos en cualquier nivel asistencial del servicio de Urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante 2023, el 15,4% de los pacientes que acudieron al SUH tenían más de 80 años, de los cuales el 4% (611 pacientes) fueron atendidos en la UFRA. De estos, el 53,8% fueron hombres, con una mediana de edad de 86 años (máximo 106 años). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron mal estado general (28,3%), disnea (26,8%), problemas urinarios (13,6%) y dolor abdominal (6,2%).
El promedio mensual de pacientes atendidos en la UFRA en 2023 fue de 73, con un pico máximo en diciembre. El 56,5% fueron dados de alta. La estancia media total en la UFRA fue de 13 horas, reduciéndose a 8 horas en los pacientes dados de alta y prolongándose hasta 15 horas en aquellos que requirieron ingreso.
El análisis comparativo con el año previo mostró una reducción significativa en el tiempo de estancia en urgencias en la población mayor de 80 años (16 horas en 2022 vs. 12 horas en 2023, $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la tasa de ingresos hospitalarios (60% en 2022 vs. 58% en 2023, $p = 0,249$).

CONCLUSIONES

Los servicios de Urgencias deben adaptarse al progresivo envejecimiento de la población mediante la implementación de protocolos específicos, formación geriátrica del personal y adecuación de recursos e infraestructuras. La implantación de la UFRA ha permitido reducir de manera objetiva el tiempo de estancia en urgencias, mejorar la seguridad del paciente y optimizar la adecuación de ingresos hospitalarios y revisitas.
Más allá de la atención del proceso agudo, este modelo asistencial prioriza el cuidado integral y la prevención de complicaciones. La percepción de la calidad asistencial por parte de pacientes y familiares es clave en este tipo de unidades, por lo que está prevista la evaluación de la satisfacción a través de encuestas cuyos resultados permitirán valorar globalmente esta iniciativa pionera.

P. #1363

OPTIMIZACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA EN URGENCIAS. IMPACTO DE UNA UNIDAD DE CONTROL DE ALTAS EN LA MODIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS POSITIVOS

Vanesa Barrado Solís, María Teresa Sánchez Moreno, María Soledad Fito Suñer, Rafael Verdú Tarraga, Mercedes Ferrer Alcaraz, José Javier Noceda Bermejo

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La solicitud de cultivos microbiológicos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) es esencial para guiar el tratamiento antibiótico. Ante la creciente amenaza de resistencia bacteriana, debemos optimizar el uso de antibióticos y garantizar la adecuación del tratamiento. La resistencia antibiótica es un problema de salud pública global. Entre los factores que contribuyen al aumento de las resistencias destacan la prescripción excesiva de antibióticos, la automedicación y el uso inadecuado de estos fármacos.
La Unidad de Control de Altas de Urgencias (UCAU), desempeña un papel clave en la supervisión de los cultivos microbiológicos obtenidos en Urgencias, asegurando el ajuste terapéutico en los casos necesarios.

OBJETIVO

Evaluar la intervención de la UCAU en los cultivos bacteriológicos positivos de pacientes dados de alta desde un SUH.
Objetivos secundarios:
Determinar la proporción de cultivos con bacterias sensibles a altas dosis del antibiótico pautado al alta.
Clasificar las intervenciones realizadas por la UCAU
Evaluar el impacto de la UCAU en la optimización del tratamiento antibiótico empírico.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes atendidos en el SUH entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron aquellos pacientes con cultivos bacteriológicos positivos que requirieron intervención de la UCAU
Analizamos datos demográficos, resultados microbiológicos, antibiograma (sensibilidad a antibióticos, presencia de resistencia o sensibilidad a altas dosis), destino al alta (atención primaria, unidades especializadas, ingreso hospitalario) e intervención de la UCAU (contacto con el paciente y ajuste terapéutico realizado).
Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Entre enero y diciembre de 2024, se atendieron en urgencias un total de 194009 pacientes. De los pacientes dados de alta con cultivos microbiológicos pendientes, 4803 fueron positivos. De estos el 35.4% eran hombres y el 64.6% mujeres, con una edad media de 64.3 años. El 88.9% pertenecían a nuestro departamento y el 11.0% a otros.
El 4.08% de cultivos fueron muestras contaminadas o colonizados. El 32.36% son sensibles al antibiótico pautado. El 9.39% sensibles a altas dosis del antibiótico pautado. El 3.97% no recibió antibiótico empírico. En el 2.48% no se testó el antibiótico pautado. El 7,97% presentaron resistencia al antibiótico empírico. En el 0.95% fue fúngico. En el 1,78% había sido revisado por su MAP, en el 2,66% por otro especialista. En el 1,78% el cultivo no se había pedido en urgencias. El 30,72% había ingresado y el 1,86% había sido exitus.
La UCAU revisó todos los cultivos bacteriológicos positivos y se realizó intervención en un 28,84% de los casos (1385 pacientes). Se contactó con los pacientes por los siguientes motivos: 451 sensibilidad a altas dosis que precisaban ajuste terapéutico, 383 por resistencia al antibiótico, 191 pacientes sin tratamiento antibiótico empírico, 119 no testado, 196 contaminado/colonizado y 45 pacientes que el resultado fue fúngico.
Las principales intervenciones de la UCAU han sido: aumento de dosis en los sensibles a altas dosis, cambio del antibiótico en los resistentes, actitud expectante ante colonización, suspensión del antibiótico en caso de tratamiento innecesario. En los 86 casos en los que el paciente no había sido atendido en urgencias, se notificó al médico responsable para el seguimiento.

CONCLUSIONES

Este estudio pone de manifiesto la importancia de la revisión activa de los cultivos microbiológicos en urgencias. La intervención de la UCAU ha permitido optimizar el tratamiento antibiótico en pacientes con sensibilidad a altas dosis y aquellos con resistencia al antibiótico empírico, evitando potenciales complicaciones y contribuyendo a un uso más racional de los antimicrobianos.
Dado el impacto positivo de estas intervenciones, se sugiere la instauración de programas estructurados de revisión de cultivos en otros hospitales para mejorar la calidad asistencial y reducir la resistencia antibiótica.

P. #1389

APLICATIVO DAPCO (DISTRIBUCIÓN AUTOMÁTICA PACIENTES A CONSULTAS) EN LA SALA DE CLASIFICACIÓN/TRIAJE

Jesús María Valdueza Sandin, Alejandra Abad González
Hospital Universitario del Sureste, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La distribución de pacientes en un Servicio de urgencias debe estar optimizado en función de la gravedad que presenta éste después de ser triado y los recursos que se encuentran disponibles. La idiosincrasia de cada centro puede hacer que, no siempre se dispongan de los mismos recursos cuantitativos (número de consultas) cómo cualitativos (residentes, profesionales inexpertos, etc.). Es por esto que se hace necesaria una herramienta que sea capaz de generar estos flujos de pacientes con las características descritas.

OBJETIVO

Mejorar la eficiencia, la calidad y la seguridad en la atención sanitaria del paciente en los servicios de urgencias, mediante la asignación al área de consultas (niveles 4-5 de gravedad principalmente), según su nivel de prioridad y recursos humanos disponibles en el turno de trabajo.

MÉTODO

Se ha creado una aplicación con una serie de patrones, donde, según el nivel de gravedad asignado y los recursos disponibles, asigna la consulta donde debe acudir a ser valorado el paciente, haciendo una distribución balanceada de los mismos.
El profesional sanitario clasifica al paciente, con el Sistema de triaje Manchester, y con ese nivel de gravedad que se le asigna tiene que seleccionar una de las dos opciones disponibles (opción 1, nivel de gravedad 2/3, opción 2, nivel de gravedad 4/5) y posteriormente aparece un mensaje indicando a que consulta tiene que ubicar al paciente.
Una vez obtenida esta información, el profesional de la sala de Clasificación/Triaje trasladará al paciente virtualmente en su historia clínica. En nuestro centro la gestión de Historias clínicas se realiza con la aplicación SELENE.
En el aplicativo, se encuentran creadas tantas consultas virtuales como físicas disponibles en el servicio de urgencias. Se identificarán en el aplicativo tantas consultas como facultativos estén trabajando en cada momento. Aquí se distingue: si son adjuntos del servicio de urgencias o residentes de segundo año. Esto último también distribuye a los pacientes acordes al grado de formación en ese MIR ya que no verán el mismo número de pacientes que un adjunto de urgencias. Esta distribución es (por ejemplo, si están trabajando 3 adjuntos de urgencias + MIR):
o Adjunto de urgencias, 1 paciente por cada 3 pacientes
o MIR de 1 años, 1 paciente por cada 6 pacientes
Es posible realizar una auditoria para la explotación, análisis de los datos y rendimiento del programa.
Creemos que esta herramienta es muy útil para un correcto funcionamiento del área de consultas del servicio de urgencias ya que la seguridad del paciente se ve mejorada al no haber sobrecarga de trabajo entre unos profesionales y otros.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La aplicación se puso en marcha el 1 de febrero del 2024. Después de analizar las estadísticas de este año se ha comprobado que realmente existe la equidad en la carga de trabajo en el área de consultas de un servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

Permite balancear la distribución de cargas de trabajo en el área de consultas de urgencias, atendiendo a los niveles de gravedad asignados y los recursos disponibles.
Evita conflictos internos entre el personal de la unidad en relación a las cargas de trabajo asignados.
Se trata de una herramienta que no ha conllevado costes adicionales, al ser desarrollado por el propio centro.
Disminuye presión al profesional que realiza el triaje ya que la aplicación es la que equilibra el recurso al que debe asignarse.
Presenta áreas de desarrollo ulterior con variables como podrían ser tiempos de atención media en función del motivo de consulta, etc.

P. #1517

CÓMO MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

María Jesús Blanco De La Rubia, María De La Cinta Cumbreras Aguaded, Saturnino Pozuelo Pozuelo, Leonor Ruano Ibarra, Ángela Monteagudo García, María Asunción Salvador Monsalve

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

INTRODUCCIÓN

La información ofrecida a pacientes y familiares es un elemento clave que contribuye a reducir la angustia e incertidumbre que genera una situación vivida como urgente. La respuesta que debe dar el Servicio de Urgencias ante una demanda ha de ser rápida y eficaz; por tanto, es necesario llevar a cabo un trabajo interdisciplinar en equipo. El informador no clínico surge como figura para lograr este objetivo junto con la aplicación informática Mambrino XXI.

OBJETIVO

Sensibilizar a los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre el valor de la información aportada a los pacientes, promoviendo Cultura de seguridad del paciente y Calidad en la organización.
Aumentar la seguridad del paciente y la trazabilidad del proceso asistencial.
Mejorar la satisfacción del usuario en la atención de Urgencias.

MÉTODO

Se realizó un estudio multidisciplinar mediante técnicas cualitativas y cuantitativas realizado durante los meses de mayo y junio de 2021 en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH). Se establecieron dos grupos de trabajo: grupo soporte y grupo promotor, que abarcaban a un total de 32 profesionales sanitario y no sanitarios pertenecientes al Servicio de Urgencias y a los departamentos de Dirección, Admisión, Documentación, Humanización y Atención al Usuario.
Para la recogida de datos se seleccionó a pacientes ≥18 años y ≤65 años atendidos en el SUH entre los días 24 de mayo a 11 de junio de 2021 (se excluyen pacientes en Atención Psiquiátrica) así como sus familiares. El proceso de reclutamiento de los participantes abarcó tres fases: primero, se realizaron 360 llamadas de captación a los pacientes; tras una segunda llamada, se confirmaron 44 pacientes; en último lugar, se establecieron 4 grupos focales formados por 33 pacientes y familiares. Se realizaron 284 encuestas de satisfacción a pacientes siguiendo los criterios antes descritos y en los mismos días. Además, se realizaron 69 cuestionarios a los profesionales del SUH. Se llevó a cabo una actividad formativa acreditada para 230 profesionales, dando a conocer el proyecto en su totalidad, previamente a la implantación del proyecto.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se ha habilitado un Punto de Información No Clínica dentro de la estructura orgánica del SUH que está constituido por personal específico, que actúa dentro en un horario desde las 8.00 horas a las 1.30 horas del día siguiente.
Se ha implementado en la Historia Clínica Electrónica Regional (Mambrino XXI) un formulario de información no clínica dirigido a la totalidad de profesionales implicados (Admisión, profesionales sanitarios e informadores no clínicos) que recoge toda la información del proceso asistencial del paciente.
Hemos optimizado los circuitos asistenciales, incluyendo la mejora de espacios y señalización que permite al paciente y sus familiares conocer las normas y el funcionamiento del SUH. Se han redefinido los criterios de acompañamiento.

CONCLUSIONES

Una información clara, eficaz, realizada de forma estructurada y sistemática, es esencial para proporcionar una atención asistencial integral, segura y de calidad, que contribuye a disminuir la variabilidad con el fin de garantizar la seguridad del paciente. La figura del informador no clínico y la aplicación Mambrino XXI son herramientas fundamentales para la buena práctica clínica asistencial.

P. #1673

COSTUMERS EXPERIENCE EN UN SISTEMA DE EMERGENCIAS; QUE OPINAN LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA/URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Juan José García Líndez, Natalia Martínez Cuellar, María Del Mar Vidal Cerda, José María Álvarez Franco, Rosalia Armegi Soriano, Eloy Villalba Ballesteros

SAMU061 Baleares, Palma, España

INTRODUCCIÓN

SAMU061 es el órgano de referencia en la coordinación y asistencia sanitaria relativa a urgencias y emergencias y catástrofes extrahospitalarias en el ámbito territorial de la comunidad autónoma de las Islas Baleares
La percepción de los usuarios sobre la atención recibida por los equipos de emergencias proporciona una visión externa sobre la calidad asistencial y señala que aspectos debemos trabajar para ofrecer una mejor atención a pacientes y familiares.

OBJETIVO

Conocer la percepción de los usuarios/ alertantes sobre la asistencia recibida por parte de los profesionales del SAMU061.
Identificar áreas de mejora en el proceso asistencial del SAMU061 a través de la información recibida por los usuarios

MÉTODO

En nuestro sistema de emergencias extrahospitalaria se implantó en 2024 un sistema de análisis de la satisfacción de los usuarios a través del envío de una encuesta anónima enviadas vía SMS a teléfonos móviles de alertantes en incidentes gestionados la central de coordinación, en el que el incidente y la totalidad del proceso asistencial comienza y finaliza con profesionales del servicio.Los registros analizados se recogieron de abril a diciembre de 2024.
Este análisis se realizó a través de una empresa externa especialista en Costumer Experience. La plataforma de gestión permite emitir informes de analisis basados en el indicador métrico Net Promoter Score (NPS) que mide el nivel de satisfacción de los usuarios y la probabilidad de que recomienden el servicio de atención médica urgente para la asistencia en urgencias y emergencias extrahospitalarias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el período de análisis se obtuvieron 2357 respuestas. El 72,5% de las respuestas provienen de alertantes que no son pacientes. El 54% de las encuestas fueron respondidas por mujeres y la mayoría de los encuestados tienen más de 50 años (50% mayores de 80 años, un 23% entre 50 y 69 años)
El NPS global del año es de 76, considerado excelente, con un 83,3% de usuarios promotores y un 7% de detractores. Según el tipo de respuesta, los encuestados por incidentes por traslados urgente diferido (TUD) con prioridades P2 y P3 presentan un NPS de 55-60, debido a los tiempos de demora en la asistencia. Los incidentes mejor valorados son las consultas sanitarias (NPS de 86) y las emergencias (NPS de 85).
En cuanto a la atención telefónica, la información proporcionada o la solución propuesta recibieron puntuaciones inferiores en cuanto al trato recibido.
En la asistencia por recurso móvil, la demora y el confort de la ambulancia obtuvieron puntuaciones inferiores frente al trato recibido y la profesionalidad del personal

CONCLUSIONES

Las respuestas recibidas a través de Ratenow son analizadas mensualmente por la Dirección Asistencial para identificar puntos críticos que pueden comprometer la seguridad del paciente y buscar áreas de mejora.
Respecto a la atención telefónica, se ha decidido optimizar el programa formativo para obtener respuestas más homogéneas entre el personal de la central de coordinación.
En cuanto a la demora en la asistencia por un recurso móvil, se ha modificado el circuito de gestión de TUD para optimizar el seguimiento de estos incidentes por parte de enfermería que permitan reevaluar la prioridad de asistencia.
Además, la Dirección Asistencial realiza análisis periódicos de presión asistencial por zona para la planificación de nuevas acciones y/o reordenación de los recursos que permita dar cobertura a la demanda y disminuir los tiempos de asistencia

P. #1681

LA FIGURA DEL TUTOR CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL ENTORNO DE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Ana María Urendez Ruiz, Felipe Salguero Martínez, Juan José García Líndez, Natalia Martínez Cuellar, Erica Hernández Calvo
SAMU061 Baleares, Palma, España

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería en urgencias y emergencias es un campo de alta exigencia donde la rapidez, la precisión y la capacidad de adaptación son esenciales para brindar una atención eficaz en situaciones críticas.
En este entorno, la presión asistencial, la variabilidad de los casos y la necesidad de actuar con determinación convierten la incorporación de nuevos profesionales en un desafío que va más allá del conocimiento teórico
Justificación
Uno de los mayores retos en el ámbito de la enfermería de urgencias y emergencias es la curva de aprendizaje que enfrentan las enfermeras que se incorporan al servicio. No solo se requieren conocimientos teóricos y técnicos avanzados, sino también el desarrollo de habilidades clínicas y emocionales que permitan trabajar bajo presión. En este contexto la figura del tutor clínico supone un pilar fundamental. Su labor va más allá de la supervisión, actúa como guía, facilitador y referente proporcionando apoyo tanto en la toma de decisiones como en la gestión del estrés y la incertidumbre.
Descripción
Durante el desarrollo de la guardia el tutor tiene las siguientes funciones:
- Acompañar ofreciendo al profesional de enfermería la seguridad de que no va solo, sino que cuenta con el soporte de otro profesional con más años de experiencia y con un amplio conocimiento sobre el funcionamiento del servicio.
- Comprobar sobre el terreno que el profesional de enfermería conoce los procedimientos y las recomendaciones asistenciales del servicio.
- Asegurarse de que conoce el funcionamiento del aparataje electromédico.
- Enseñarle la operativa de la guardia, los circuitos de reposición y comunicación de incidencias del servicio.
- Detectar las carencias, en cuanto a conocimientos o habilidades, de los profesionales que sean tutorizados corrigiéndolas in situ durante la guardia o proponiendo que realicen una formación extra para completar dichos conocimientos.
- Realizar un informe sobre la tutorización cuando esta termine.

La tutorización también permite detectar fallos en la organización, para así realizar así propuestas de mejora de la misma.
Los profesionales tutorizados a su vez realizan una encuesta de satisfacción anónima donde pueden expresar su opinión sobre la misma.

Discusión
Tras el análisis de las encuestas el 95% de los profesionales tutorizados cree que la tutorización será beneficiosa para el desempeño de su trabajo y ha resuelto las dudas planteadas. Además, la tutorización ha ayudado a acelerar la adquisición de competencias y a consolidar la confianza del profesional de enfermería, favoreciendo así un aprendizaje más eficiente y una atención posterior de mayor calidad en los cuidados.

P. #1813

MASS GATHERING EVENT: LA PROCESIÓN DE VERGES

María Dolors Alsina Coll, Àngel Galán Mont, Josep Sabeña Sauri, Alberto Guillermo Eudaldo, David Manubens Barba, Adrià Martínez Arena

Asociación Detente Y Ayuda DYA Girona, Verges, España

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una concentración masiva (Mass Gathering) como un evento planificado o espontáneo en el que la cantidad de personas que asisten puede poner a prueba los recursos de planificación y respuesta de la comunidad o el país que organiza el evento. Existen gran variedad de reuniones masivas de carácter cultural, religioso o deportivo.

La Procesión de Verges es una celebración religiosa con más de 300 años de historia que se lleva a cabo el Jueves Santo a medianoche. Incluye representaciones de la Pasión por las calles iluminadas con antorchas. Uno de los momentos más destacados es la Danza de la Muerte, una danza medieval en la que cinco esqueletos bailan en forma de cruz al ritmo de un tambor, simbolizando la igualdad ante la muerte. Esta tradición, única en Europa, se remonta al siglo XIV y se ha transmitido de generación en generación en el pueblo de Verges. La procesión atrae cada año a numerosos visitantes y está en proceso de ser reconocida como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO.

Justificación

La población de Verges cuenta con 1.187 habitantes, pero durante la Procesión de Jueves Santo la afluencia de visitantes aumenta hasta las 4.000-5.000 personas. El plan de autoprotección establece un área de actuación de 21.600 metros quadrados. Durante este evento, el tráfico en el municipio se cierra completamente por motivos de Seguridad.

Atender la itinerancia de la Procesión de noche por calles estrechas medievales iluminadas con antorchas, es un desafío. También lo es asegurar la asistencia sanitaria al resto de la población del casco histórico durante la Procesión y que no participa en el evento. La entidad encargada de esta labor es la Asociación Detente y Ayuda (DYA) Girona.

Para garantizar la seguridad en este evento de reunión masiva es fundamental la coordinación entre: entidades públicas (Ayuntamiento y Organización de la Procesión), cuerpos de seguridad (Mossos d'Esquadra, Bomberos y Protección Civil) y organismos sanitarios (DYA y Servicio de Emergencias Médicas-SEM)

Descripción

DYA estructura su intervención sanitaria en 3 pilares.

- Previo al evento:
  - Dimensión y circuito de la Procesión
  - Evaluación de riesgos (meteorológicos, sanitarios, logísticos,..)
  - Asignación de recursos de forma eficaz según posibilidad de incidentes
  - Elaboración del plan de contingencia para emergencias sanitarias
- Durante el evento:
  - Se implementa un sistema de comunicación centralizado en la Central de coordinación Municipal (CECOPAL). Ubicada en punto estratégico en un edificio municipal, CECOPAL permite el intercambio de información en tiempo real y la coordinación estratégica de seguridad (Bomberos, Mossos d'Esquadra y Protección civil) y sanitaria del evento (DYA y SEM)
  - DYA supervisa, monitoriza y gestiona las alertas sanitarias tanto de la Procesión como de la población en el área de influencia de su recorrido, en coordinación con SEM de territorio Girona
- Después del evento, durante el Debriefing:
  - Se revisan indicadores clave: número de incidentes sanitarios atendidos, tiempos de respuesta, gestión de incidentes…
  - Se comparten las lecciones aprendidas y experiencias con los demás equipos involucrados en la organización de la Procesión
  - Se proponen mejoras para la cobertura del evento.

Discusión

La estrategia integral de gestión de la Procesión de Verges requiere un enfoque holístico de gestión sanitaria y de seguridad que incluye una planificación previa, un monitoreo en tiempo real y un análisis posterior al evento.

La coordinación fluida entre servicios de emergencia, organismos locales y la organización del evento garantiza una respuesta rápida y eficiente ante incidentes sanitarios y posibles amenazas, esencial para la gestión exitosa de Mass Gathering Event.

La colaboración voluntaria de los integrantes de la Organización de la Procesión es clave para el apoyo logístico del evento y retroalimenta su empoderamiento participativo.

P. #1855

SIMULARCP: APLICACIÓN DIGITAL COMO HERRAMIENTA DE AYUDA EN SIMULACIÓN CLÍNICA EN CONTEXTO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

José Antonio Jiménez Hernández[1][2], Francisco José Villalba Gómez[1][2]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, España
2. Universidad De Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye un problema de magnitud mundial que provoca 3 millones de muertes al año. Existe evidencia científica que relaciona directamente la calidad de las compresiones torácicas con la tasa se supervivencia y mejora del daño neurológico, así como la importancia de la formación gradual como método de elección para la enseñanza de las habilidades en reanimación.

Respecto a la línea formativa, los enfoques metodológicos docentes han ido variando con el paso de los tiempos. Actualmente, el paradigma educativo se intenta centrar en el alumno con el fin de obtener un aprendizaje efectivo.

La simulación clínica se ha convertido en una herramienta fundamental dentro de la educación de profesionales de la salud en diversos campos de las Ciencias de la Salud. Esta metodología permite a los estudiantes adquirir habilidades prácticas y destrezas en un entorno controlado y seguro.

La aplicación en entorno web propuesta se denomina SimulaRCP y su objetivo consiste en obtener registros objetivos en tiempo real las habilidades técnicas y no técnicas tanto de los alumnos que realizan simulación clínica, como de profesionales sanitarios en ámbito asistencial durante una PCR.

Justificación

Las situaciones de PCR no siempre cuentan con el tiempo y recursos materiales para abordar un debriefing posterior al paro cardíaco, que permita establecer los puntos fuertes y los aspectos de mejora durante la atención sanitaria. Por otro lado, en el contexto formativo de la simulación clínica, el instructor-facilitador debe estar atento a múltiples acciones que realizan los alumnos que ocurren casi de forma simultánea y es difícil retener dicha información de forma exhaustiva.

Por tanto, se hace necesaria la creación y desarrollo de herramientas como SIMULARCP que faciliten de forma sencilla y ergonómica, recoger la máxima información útil con el fin de realizar un debriefing completo y objetivo.

Descripción

SimulaRCP es una aplicación digital que registra ágil y operativamente métricas de las habilidades y destrezas realizadas por el alumno, así como las actitudes no técnicas que se desarrollan en la interacción entre los equipos de reanimación. Se fundamente en los contenidos de la European Resuscitation Council (ERC) y Emergency Crisis Resource Management (E-CRM). Teniendo en cuenta los aspectos teóricos y algoritmos de dichos referentes se ha elaborado una herramienta para medir dichos elementos.

La aplicación tiene 3 niveles de aplicación basados en los algoritmos de actuación de ERC, los cuales son los siguientes:

- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)
- Soporte vital básico + DEA
- Soporte vital avanzado

En cada uno de estos niveles se encontrará la posibilidad de abordar casos clínicos reales o de simulación clínica. Esto permitirá un seguimiento de estos con el fin de detallar aspectos que el ERC considera fundamentales en la asistencia al paciente con PCR, así como la posibilidad de realizar una valoración de las habilidades no técnicas tratadas por E-CRM.

Los ámbitos de aplicación son múltiples, pues puede abarcar áreas como la docencia, investigación, asistencial y gestión, con una proyección internacional pues se encuentra disponible en los idiomas español, italiano, inglés y portugués.

Discusión

Diversos autores han investigado la aplicabilidad de este tipo de herramientas digitales en soporte vital avanzado obteniendo resultados positivos en cuanto a la mejora en la adquisición de aprendizaje y habilidades por parte de los profesionales sanitarios.

La simulación clínica y la práctica asistencial pueden beneficiarse enormemente de esta aplicación con el fin de mejorar prácticas clínicas acorde a las directrices de las guías internacionales en soporte vital.

SimulaRCP puede mejorar la adherencia de las guías de soporte vital en el contexto de PCR, así como estandarizar el manejo del paciente en esta situación.

P. #1860

EVOLUCIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SEGURA EN UN HOSPITAL COMARCAL DE BARCELONA

Encarna Silas Zamorano, Daniel Sánchez Segura, Laura Carro Escobar, Vanesa Del Río Navas, Mari Carmen De Haro Benitez, Cristina García Corbi

Fundació Santària Mollet, Mollet Del Vallés, España

INTRODUCCIÓN

El grupo de Farmacología de Urgencias y Hospitalización se creó en 2012 para estudiar posibles soluciones en cuanto a los posibles problemas e incidencias que pudieran surgir en la FSM (Fundació Sanitària Mollet) en relación al almacenaje, administración, dispensación, preparación y administración de los diferentes fármacos dispensados en la FSM y aquellos aportados por el paciente.. Aumentando de éste modo la seguridad para el paciente que recibe dicha medicación.

OBJETIVO

Los objetivos que tenemos en el grupo de Farmacología de Urgencias y Hospitalización son los de Facilitar el trabajo de los diferentes profesionales que trabajan en la FSM en cuanto al almacenaje, dispensación, preparación y administración de la medicación.
Otro de los objetivos es el de resolver dudas respecto al almacenaje, dispensación, preparación y administración de la medicación.
De ésta manera, lograremos acercarnos al objetivo principal que es el de mejorar y aumentar el nivel de seguridad a la hora de almacenar, preparar, dispensar y administrar medicación al paciente.

MÉTODO

Para alcanzar nuestros objetivos hemos realizado varias tablas en cuanto a dilución y compatibilidad de medicación. Las cuales tenemos que ir actualizando y modificando, si precisa, a medida que van surgiendo estudios en relación a dicha medicación.
También hemos realizado varios estudios para comprobar la compatibilidad entre medicamentos para que sean administrados por el mismo acceso venoso.
Hemos creado varios protocolos en cuanto al almacenaje, administración, dispensación, preparación y administración de cierta medicación sensible, para evitar, disminuir o corregir errores.
Por otro lado, hemos sugerido el poner la FSM al día, en cuanto a la identificación de medicación LASA (Del Inglés Look Alike – Sound Alike), la correcta identificación y rotulación de medicación.
También hemos colaborado en el correcto almacenaje de cierta medicación multidosis.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Menos errores en cuanto al almacenaje, dispensación, preparación y administración de la medicación.

CONCLUSIONES

El tener un Grupo basado en los diferentes estados de la medicación hace bajar las incidencias en cuanto al almacenaje, dispensación, preparación y administración de la medicación.
Hace aumentar la agilidad y celeridad en cuanto la administración de medicación en momentos de urgencia, ya sea en las unidades de urgencias y semi-críticos como en las diferentes unidades de hospitalización.
Aumenta la confianza de los trabajadores no expertos a la hora de administrar medicación a la cual pueden no estar habituados.

P. #1896

ESTUDIO PRELIMINAR DE VALOR PRONÓSTICO DE BIOMARCADORES DE DAÑO CEREBRAL, UBIQUITINA C-TERMINAL HIDROLASA L1(UCH L1) Y PROTEÍNA ÁCIDA FIBRILAR GLIAL (GFAP) EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Eva Gutiérrez Pérez, Virginia Muñoz Aguilarte, María Dolores Fuentes García, Elisa Viciana Ortiz De Galisteo, María José García Palma, Saskia Hernández Fornieles

Hospital Virgen De Las Nieves, Granada, España

INTRODUCCIÓN

La fisiopatología del TCE, además del evento agudo, es un proceso neurodegenerativo progresivo y retardado compuesto de múltiples cascadas de reacciones biológicas. Los efectos subagudos y crónicos del TCE pueden persistir durante meses tras la lesión inicial (deterioro cognitivo, cefalea, alteración del sueño, disfunción neuroendocrina, deterioro de la salud mental, enfermedades neurodegenerativas).
Recientemente se ha introducido en las Urgencias de los hospitales de nuestro país el análisis conjunto de dos proteínas específicas de astrocitos y neuronas (GFAP y UCH L1) para ayudar en la toma de decisiones a la hora de indicar una tomografía computarizada de cabeza (TAC craneal) en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve de menos de 12 horas de evolución, ya que sus niveles en sangre periférica nos indican el grado de lesión cerebral o ausencia del mismo. Este análisis tiene el potencial de evaluar el grado de gravedad del TCE y determinar el pronóstico de un paciente incluso en momentos en que la prueba de neuroimagen no sea informativa.

OBJETIVO

Correlacionar los nivel de GFAP y UCH L1 en sangre periférica medidos en las primeras 12 horas tras el TCE con las lesiones que se describen en el TAC craneal y la evolución clínica en las semanas posteriores al TCE.

MÉTODO

Serie de casos clínicos, extraidos de la revisión de historias clínicas de 6280 paciente con TCE evaluados con biomarcadores en Urgencias de Hospital entre marzo de 2022 y octubre de 2023. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que ingresan en Urgencias por TCE de cualquier grado y se clasifican con prioridad 1 o 2 según modelo de triaje de Manchester, con prueba TBI positiva y TAC craneal patológico. Criterios de exclusión: Rankin >3, lesiones graves a otro nivel. Se realiza tabla comparativa entre edad, sexo, tipo accidente, niveles de biomarcadores, lesiones descritas en TAC craneal y evolución.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 22 casos,19 hombres y 3 mujeres con edad media de 52 años. La causa del TCE fue debida a accidentes de tráfico (8), accidentes laborales (6), caida fortuitas (5), accidentes deportivo (2) y agresión (1). A su llegada a Urgencias estaban bajo los efectos del alcohol/drogras 5 de ellos. Los resultados medios de biomarcadores: GFAP= 2760 pg/ml; UCH -L1 = 3760 pg/ml.
Lesiones descritas en los TAC craneales/cervicales: Hemorragia subaracnoidea: 9; focos contusivos hemorrágicos: 10; hemorragia subdural: 12; hemorrragia epidural: 2; lesión axonal difusa: 2; lesión medular: 1.
Preciaron cirugía emergente 5 de ellos, fallecieron 4 en la primera semana y permanecían con secuelas neurológicas graves a los 6 meses, 8 de ellos (2 con gran dependencia reconocida).
Entre las secuelas: hemiplejia, hemiparesia, alteraciones severas del lenguaje, deficit cognitivo severo, sindrome delirante alucinatorio, apraxia motora, anosmia, hipoacusia, sindrome confusional, cefalea.

CONCLUSIONES

La utilidad de GFAP y UCH-L1 para predicción de resultados de lesiones cerebrales traumáticas a largo plazo precisa de más estudios en series más amplias de pacientes. En nuestras Urgencias, la determinación seriada de los niveles de estos biomarcadores puede ser útil para la monitorizacion de pacientes con TCE grave y para la reclasificación de pacientes con TCE leve y moderado, así como para predecir el curso de recuperación de los pacientes y en un futuro, opciones terapéuticas.

P. #1989

PROYECTO ESCALA TRUE (ESCALA DE EXPERIENCIA DE PROFESIONALES EN TRANSFERENCIA DE PACIENTES ENTRE URGENCIAS Y EMERGENCIAS)

Lorena Cuesta García[1], Marlén Castro Navarro[1], Cristina Oliva López[2], María José Luque Hernández[1], Juan Antonio Péculo Carrasco[3]

1. Centro de Emergencias Sanitarias 061 (Servicio Andaluz de Salud), Málaga, España
2. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, Murcia, España
3. Centro de Emergencias Sanitarias 061 (Servicio Andaluz de Salud), Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, en situaciones de urgencias, cambiar de equipo sanitario, incluso de nivel asistencial, es una amenaza para la seguridad del paciente, ya que aumenta la posibilidad de pérdida de información clínica crucial y requiere un elevado grado de coordinación.

OBJETIVO

Diseñar y validar una nueva herramienta para medir la experiencia de los profesionales implicados en la transferencia de pacientes entre emergencias extrahospitalarias (EMS) y urgencias hospitalarias (SUH).

MÉTODO

Tres fases consecutivas bien diferenciadas: de diseño del cuestionario inicial, de validación de contenido, y de análisis psicométrico del cuestionario definitivo. En la Fase 1 se crearán dos cuestionarios iniciales basados en la bibliografía, la experiencia de pacientes y la aportación de profesionales expertos de equipos EMS y del SUH. En la Fase 2 se realizará la validez de contenido mediante juicio de expertos, que evaluarán individualmente la coherencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems de los cuestionarios. En la Fase 3 se diseñará un estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, para la validación psicométrica de los cuestionarios. Participarán el Centro de Emergencias Sanitarias 061, los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, y los Servicios de Urgencias Hospitalarios, del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Criterios de inclusión: enfermeras/os y médicas/os de los equipos EMS y los SUH que realicen transferencias de pacientes. Criterios de exclusión: no haber realizado ninguna transferencia de pacientes en la semana previa a la cumplimentación del cuestionario, o bien, no dar su consentimiento para participar en el estudio. Se calcula un tamaño mínimo muestral de 384 profesionales, seleccionados intencionalmente, con distribución estratificada por cada provincia de Andalucía, ámbito asistencial (extrahospitalario o hospitalario), categoría profesional (enfermera/o o médica/o) y género. Los participantes cumplimentarán el cuestionario y las variables necesarias para el análisis psicométrico, a través de la plataforma EUSurvey. Se llevará a cabo un pilotaje, evaluando la validez de apariencia y sociocultural, mediante el análisis de la comprensión, aceptabilidad, ritmo temático y duración. A los cuestionarios definitivos se les evaluará su validez (de constructo y de criterio) y fiabilidad (estabilidad y homogeneidad). Para la validez de constructo de analizará la validez convergente (correlación entre el tota de la escala y las puntuaciones de opinión, conocimiento y práctica habitual) y la estructura factorial (análisis factorial exploratorio de los ítems no ponderados, utilizando el análisis de componentes principales con rotación varimax como método de extracción). Para la validez de criterio se utilizará un enfoque concurrente, comparando el total de la escala con la puntuación que han aportado los profesionales de manera simultánea, y que mide el mismo concepto. La estabilidad se evaluará con la técnica Test-Retest, pasando el mismo cuestionario unos días después a una submuestra del 10% y calculando el coeficiente de correlación intraclase. Por último, se evaluará la homogeneidad atendiendo a dos propiedades: consistencia interna de sus ítems (calculando el coeficiente de correlación ítem-escala corregido) y consistencia interna de la escala (determinando el coeficiente Alpha de Cronbach).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La meta final de este proyecto de investigación es mejorar la transferencia de pacientes, garantizando la seguridad del paciente y la continuidad asistencial. Y, hasta el momento, no se han encontrado métodos validados que evalúen la opinión, el conocimiento y la práctica habitual de la transferencia de pacientes entre estos equipos.

CONCLUSIONES

Se hace necesario contar con una nueva herramienta que exprese cuantitativamente cómo es la transferencia de pacientes. Se trataría de conseguir una medida estandarizada, de carácter tangible y cuantificable, que permitiera evaluar y monitorizar la seguridad de un proceso relacionado con la asistencia sanitaria, o lo que es lo mismo, un indicador de seguridad del paciente.

P. #2164

GESTIÓN DEL PACIENTE URGENTE: ANÁLISIS DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

María Teresa Sánchez Moreno, María Soledad Fito Suñer, Rafael Verdú Tárraga, Vanesa Barrado Solís, Raquel Benavent Campos, José Javier Noceda Bermejo

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), combinada con la necesidad de mejorar la calidad asistencial, ha llevado a la evolución del Área de Observación (AO) en muchos hospitales. Este espacio asistencial intermedio permite una vigilancia intensificada de los pacientes, optimizando los recursos disponibles, reduciendo los ingresos hospitalarios innecesarios y mejorando la eficiencia en la gestión de los pacientes urgentes.

OBJETIVO

Evaluar la utilización del Área de Observación de un SUH, identificar áreas de mejora en su organización y eficiencia operativa, y proponer estrategias para optimizar tanto la atención como la utilización de recursos.

MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el AO de un hospital terciario con 22 camas, durante el período de un año. Analizamos variables demográficas, tiempos de permanencia, destino del paciente tras la estancia en la unidad y servicio responsable del seguimiento. Realizamos un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2024 acudieron al SUH 194.009 pacientes y se atendieron en el AO 24.938 pacientes, con una edad media de 67.7 años. El 52% fueron hombres y el 48% mujeres, aunque en el grupo de mayores de 81 años las mujeres representaron el 59.48%. El tiempo medio de estancia en la unidad fue de 5.3 horas, el 10% permaneció menos de 1 hora, el 29,15% entre 1 y 3 horas, el 38.08% entre 3 y 6 horas, el 18,70% entre 6 y 12 horas, el 3,24% entre 12 y 24 horas y el 0.83% más de 24 horas. Los pacientes frágiles y aquellos con patología psiquiátrica presentaron estancias más prolongadas. El 55.95% de los pacientes requirió ingreso hospitalario, el 2,13% traslado a otro hospital, el 0,11% ingreso en UHD, el 0.69% ingresó en UCI, el 35.43% fue dado de alta con seguimiento ambulatorio, el 4,60% al centro de especialidades/ consultas externas, el 0,21% fueron pacientes fugados, el 0,72% solicitaron alta voluntaria y el 0,16% fueron exitus.
El perfil del paciente atendido en la AO corresponde principalmente a adultos mayores, con una edad media de 67.7 años y una notable presencia de pacientes con edades superiores a los 80 años, lo que resalta la necesidad de protocolos especializados para pacientes geriátricos.
El destino de los pacientes tras su estancia en el AO la refuerza como un filtro efectivo de ingresos innecesarios asumiendo que aquellos de mayor complejidad requieren una atención más prolongada.
El porcentaje de pacientes que permaneció más de 24 horas sugiere la necesidad de mejorar la rotación y flujo de pacientes

CONCLUSIONES

En este estudio, se ha evidenciado el impacto del AO en la gestión de pacientes con riesgo moderado o elevado, permitiendo la monitorización y el tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario inmediato.
El AO del SUH juega un papel crucial en la optimización de la atención urgente y en la reducción de ingresos innecesarios. Su eficiencia podría mejorar con estrategias dirigidas al manejo de pacientes más complejos (creación de Unidades de Observación prolongada), mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales, extender el proceso asistencial urgente hasta la transferencia de otros niveles asistenciales (Unidades de Control de Altas de Urgencias) y reforzar la capacidad de resolución en determinados grupos de riesgo como creación de Unidades de Fragilidad del SUH. La implementación de estas medidas contribuiría a una mejor gestión de los recursos sanitarios y a una atención más eficiente y segura para los pacientes.

P. #2172

VENTAJAS DE INGRESOS EN UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DOMICILIARIA CON DIGITALIZACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA (HINCHE IA-IB)

Esther Rodríguez Adrada, Carlos Bibiano Guillén, Beatriz Rodríguez Rodríguez, María Sánchez Pérez, Sara Aída Vinat Prado, Mónika Vicente Martín

Hospitaluniversitario Infanta Leonor, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La hospitalización a domicilio digitalizada (unidad de corta estancia domiciliaria) para el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada(Hinche Ia-Ib) está ganando aceptación como una alternativa viable a la hospitalización convencional. La capacidad de tratar a los pacientes en sus hogares ofrece múltiples beneficios, pero también plantea desafíos y consideraciones que deben abordarse para garantizar su éxito
Desafíos y Consideraciones:
1. Criterios de Selección: Es crucial establecer criterios claros para identificar a los pacientes adecuados para la hospitalización domiciliaria. Los pacientes deben ser cuidadosamente seleccionados para garantizar que sean aptos para este tipo de tratamiento.
2. Monitoreo y Seguimiento: La hospitalización domiciliaria requiere un seguimiento y monitoreo adecuado por parte de los profesionales de salud. Es necesario asegurar que los pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios durante su tratamiento en casa.
3. Cobertura Sociofamiliar: Los pacientes deben contar con una red de apoyo adecuada en el hogar, incluyendo familiares o cuidadores que puedan asistirlos durante su recuperación.
4. Educación y Formación: Los profesionales de salud y los cuidadores deben recibir la formación y educación necesarias para manejar el tratamiento domiciliario de manera efectiva y segura
Justificación
La diverticulitis aguda no complicada puede tratarse en hospitalización a domicilio de forma completamente excelente y segura consiguiendo los mismos resultados a corto y largo plazo que en la hospitalización convencional, siendo su coste inferior. Proporciona intensidad de cuidados, fomenta la continuidad asistencial, la atención multidisciplinar y se adapta a los cambios. Humaniza la atención, facilita comodidad y el bienestar emocional y reduce el estrés asociado con la hospitalización
Descripción
Desde marzo del 2022 a Octubre del 24 se registraron un total de 463 ingresos en la Unidad de Corta Estancia modalidad domiciliaria de los cuales 419 ingresaron con digitalización. De los 419 un 8% , 33 casos , diverticulitis aguda no complicada (hinche Ia Ib), con una edad media de 59,04 años (rango de 33 a 88). De ellos 22 eran mujeres (66,2%) y 11 hombres. En cuanto a la procedencia de estos pacientes los 33 pacientes ingresaron directamente desde el Servicio de urgencias. El 70,73% (23) presentaron fiebre y dolor abdominal como síntoma principal, un 19,3% (6) presentaron únicamente dolor abdominal, un 7,3% fiebre y un 2,4% diarrea. A todos ellos se les realizó TC abdominal para establecer el diagnóstico. En cuanto a los antibióticos utilizados en 25 casos se utilizo ceftriaxona y metronidazol, en 8 casos se utilizó amoxicilina-clavulnaico 2 g.
El 85% de los 33 casos de diverticulitis(28)ingresaron en domicilio todos ellos con digitalización ,el 15 % (5), completaron su tratamiento en la Unidad de Corta Estancia hospitalaria al no cumplir los requisitos sociales ó demográficos que requiere el ingreso en UCE domiciliaria
Discusión
La hospitalización domiciliaria para la diverticulitis aguda no complicada ofrece múltiples beneficios en términos de comodidad del paciente, reducción de costos y optimización de recursos hospitalarios. Sin embargo, su implementación exitosa depende de una selección adecuada de pacientes, un monitoreo y seguimiento constante, y una red de apoyo adecuada en el hogar. Con el enfoque y los recursos adecuados, la hospitalización domiciliaria puede ser una alternativa efectiva y segura a la hospitalización convencional.

AT10
EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O. #351

DIFERENCIAS DE GÉNERO, EN LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EN VARIABLES CLÍNICAS EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR NO ONCOLÓGICA: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Ángel García García, Sarai Corredera Blanco, María Cubillo Jiménez, Paula Sanz Sánchez, María Anduriña López Losada, Laura Martín Guerra

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

INTRODUCCIÓN

Las diferencias de género y el entorno pueden influir en la presentación, diagnóstico y manejo de enfermedades cardiovasculares. Identificar estas desigualdades es clave para optimizar la atención y garantizar una asistencia equitativa y personalizada.

OBJETIVO

Analizar las diferencias de género en las características clínicas, tiempos de diagnóstico y anticoagulación previa de pacientes no oncológicos con embolia pulmonar atendidos en un Servicio Urgencias Hospitalarias (SUH), identificando áreas de mejora en la atención equitativa.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal en 880 pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en un SUH entre enero de 2018 y marzo de 2023. Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, hábitat de residencia), comorbilidades, presentación clínica del TEP (síntomas predominantes), tiempos hasta el diagnóstico, manejo inicial en triaje y presencia de anticoagulación previa. Se excluyeron a los pacientes con tratamiento oncológico activo o en los últimos seis meses, pacientes en cuidados paliativos por enfermedad oncológica y pacientes que asociaron un diagnóstico de COVID19. Se comprobó que la muestra seguía una distribución normal con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se utilizó prueba t de Student para variables continuas con varianza homogénea (contrastada con test de Levene). Se aplicó prueba chi-cuadrado para variables categóricas, asegurando que las frecuencias esperadas fueron adecuadas para evitar la corrección de Yates.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 880 pacientes, el 53.6% eran mujeres (n=472). La edad media de la muestra 72.69±17.04 años, mayor en las mujeres que los hombres (74.94±17.55 vs. 70.09±16.06 años, p<0.001). Hubo un retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas por demora en la consulta, sin diferencias significativas entre ambos grupos (3.66±4.34 vs 3.73±4.68 días en mujeres y hombres respectivamente). La disnea fue el síntoma más frecuente en mujeres (60.2% vs 39.8%, p=0.005) y el dolor torácico en hombres (53,2% vs 46.8%, p=0.005). Encontramos que 28 pacientes (3.2%) tenían fibrilación auricular permanente y de ellos el 61.9% no estaban anticoagulados (p<0.01). Tras ajustar la ausencia de tratamiento anticoagulante por sexo y valor de CHA2DS2Vasc (la escala CHA2DS2VA es posterior a la recogida de datos del estudio) se mantuvieron las diferencias con menor probabilidad en las mujeres de estar anticoaguladas (B=-1.54, p=0.004). El medio rural se asoció con una menor probabilidad de recibir un triaje prioritario en urgencias, en comparación con el medio urbano (Triaje II: OR=5.84; IC 95%: 3.74–9.13; p<0.001; Triaje III: OR=9.49; IC 95%: 1.53–5.87; p<0.001; Triaje IV: OR=8.76; IC 95%: 1.54–4.96; p<0.001).

CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas de género en la presentación clínica de la embolia pulmonar. Se observó que las mujeres reciben con menor frecuencia tratamiento anticoagulante previo al evento trombótico estudiado, incluso en situaciones donde sería necesario. Una atención más proactiva en estas situaciones, a pesar de que la ETE no sea consecuencia directa de la patología protrombótica que presente precise la anticoagulación, podría haber evitado el episodio de TEP. Estos hallazgos subrayan la necesidad de protocolos que consideren el impacto del género para garantizar una atención equitativa y personalizada.
Por otro lado, en relación con el medio de procedencia, las diferencias observadas sugieren inequidades en la atención de los pacientes con embolia pulmonar. Mientras que los pacientes urbanos y semiurbanos parecen beneficiarse de mejores recursos y atención temprana, los pacientes rurales se pueden enfrentar barreras críticas que aumentan la severidad de su enfermedad. Además, la variabilidad significativa en el triaje del SUH aumenta las desigualdades en el diagnóstico por motivos demográficos. Abordar estas desigualdades puede marcar una gran diferencia en los resultados de los pacientes, reduciendo la gravedad de la enfermedad en comunidades rurales y mejorando la calidad de vida de quienes se ven afectados.

O. #615

SIMULACIÓN IN SITU DE PACIENTE CRÍTICO: EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN ENTRE HOSPITALES EN GALICIA

Victorina Hernández Castaño[1], FRANCISCO Javier Rascado Sedes[2], FRANCISCO Javier Fernández Couce[1], Andrea Arias Reboredo[1]

1. Hospital PÚBLICO DE A MARIÑA, Burela, España
2. CHUAC, A Coruña, España

INTRODUCCIÓN

La simulación in situ se ha consolidado como una herramienta clave para la mejora de la seguridad del paciente y el entrenamiento de equipos en entornos reales de trabajo. En el contexto de la cooperación asistencial entre el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) y el Hospital Público de A Mariña, surge la oportunidad de trasladar un programa consolidado de Simulación In Situ de Paciente Crítico desde un hospital de tercer nivel a un hospital comarcal, adaptándolo a sus particularidades y necesidades.

OBJETIVO

Describir la experiencia de implementación del programa de simulación in situ en el Hospital Público de A Mariña, su impacto en la formación de los equipos, y los resultados preliminares en comparación con el programa original del CHUAC. Además, destacar la colaboración interdisciplinar con otros servicios hospitalarios en la simulación de situaciones emergentes.

MÉTODO

Se realizó la adaptación del programa de simulación in situ de paciente crítico, originalmente desarrollado en el CHUAC, al contexto del Hospital Público de A Mariña. Las sesiones incluyeron escenarios de alta relevancia clínica, desarrollados en entornos reales de trabajo, con equipos multidisciplinares. Se evaluaron competencias técnicas y no técnicas (trabajo en equipo, liderazgo, comunicación), y se realizó un análisis comparativo de los resultados obtenidos en ambos centros. En A Mariña, se amplió la experiencia colaborando con otros servicios hospitalarios fuera del ámbito de urgencias, abordando situaciones emergentes específicas de sus áreas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La implementación en A Mariña mostró una excelente aceptación por parte de los profesionales, destacando la mejora en la identificación de errores latentes, la optimización de flujos de trabajo y el fortalecimiento de la comunicación interdisciplinar. El análisis comparativo con el CHUAC evidenció resultados similares en la mejora de competencias, con particularidades propias del contexto comarcal. La colaboración con otros servicios hospitalarios en A Mariña potenció la integración del programa en la cultura organizativa del centro.

CONCLUSIONES

La experiencia demuestra que la simulación in situ es una herramienta versátil y eficaz, independientemente del nivel del hospital. La cooperación entre hospitales no solo mejora la cobertura asistencial, sino que también enriquece las oportunidades formativas, favoreciendo la creación de entornos de aprendizaje continuos y adaptados a las realidades locales. La extensión del programa a otros servicios hospitalarios refuerza el impacto positivo de la simulación en la seguridad del paciente y en la cohesión de los equipos multidisciplinares.

O. #765

UTILIDAD DE I-STAT TBI PLASMA® EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE

Javier Armenteros Rodríguez, Alfonso Sabrido Torres, Álvaro Thomas-Balaguer Cordero, Javier Cabañas Morafraile, William López Forero, Luis Enoc Minier Rodríguez

Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de Urgencias, siendo la mayoría leve, considerado como tal aquel que presenta una escala de coma de Glasgow (GCS) >13. No obstante, para el diagnóstico de esta patología es habitualmente necesario realizar una prueba de imagen por comorbilidades del paciente (anticoagulación, antiagregación, etc).
i-STAT TBI Plasma® mediante la determinación sanguínea de proteína acídica fibrilar glial autoinmune (GFAP) y Ubiquitina C-Terminal Hidrolasa-L1 (UCHL-1), puede eliminar la necesidad de radiación al paciente.

OBJETIVO

Comprobar el rendimiento diagnóstico de i-STAT TBI Plasma® para evaluar la aparición de patología intracraneal aguda secundaria a TCE. Para ello, se contrastará el resultado con el "Gold Standard".

MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo y analítico comparando el valor de i-STAT TBI Plasma® en pacientes que acuden a Urgencias con motivo de consulta TCE en las últimas 12 horas y que presentan un GCS>13. Se ha procesado i-STAT TBI Plasma® y se han determinado los valores de GFAP y UCHL-1, siendo determinado como positivo el test si los resultados de ambas proteínas son superiores a 30 mg/dl y 360 mg/dl respectivamente. Los pacientes seleccionados se han comparado según el resultado del TAC cerebral (Gold Standard) y se ha realizado una tabla de contingencia en función de ambos resultados para valorar sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han incluido en el estudio un total de 146 pacientes. 125 de ellos tuvieron una puntuación i-STAT TBI Plasma® interpretada como positiva, de los cuales 22 asociaban patología en el TAC cerebral. Un total de 21 pacientes obtuvo resultado negativo para el test sin presentar ninguno de ellos hallazgos de patología aguda intracraneal.
Al elaborar tabla de contingencia en base a estos resultados obtenemos una Sensibilidad de la prueba de 100% y una Especificidad de 16,93%, con un VPN de 100%.
Analizando los resultados obtenidos se observa una elevada sensibilidad y baja especificidad, característico de pruebas utilizadas como método de screening. El interés real de esta prueba será el de evitar la realización de pruebas diagnósticas de imagen a aquellos pacientes que no lo necesiten, de tal manera que el riesgo biológico para el paciente disminuya, así como coste económico, tiempo de estancia en urgencias, etc.
Si bien la especificidad de la prueba es algo baja, su elevada sensibilidad indica que se habrían beneficiado hipotéticamente de la misma un 14,38% de los pacientes atendidos en un servicio de Urgencias por este motivo, lo cual a largo plazo es muy beneficioso.

CONCLUSIONES

i-STAT TBI Plasma® demuestra una elevada sensibilidad para la detección de patología aguda intracraneal en pacientes con TCE leve en el servicio de urgencias, permitiendo alta precoz de los pacientes y evitar pruebas diagnósticas innecesarias.

O. #859

EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE CÓDIGO SEPSIS DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Irene Corral Flores, Estíbaliz Garrido Leal, Lorena De Paz Martínez, Rafael Rubio Díaz, Javier Cabañas Morafraile, Carlota Orejuela Carmona

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de los pacientes con sepsis constituye hoy en día un reto para el médico de Urgencias, por su alta prevalencia (hasta un 5-25% del total de pacientes con infección en Urgencias) y mortalidad a 30 días elevada (10-12% en los pacientes con criterios de sepsis y 25-50% en los casos de shock). Por eso la protocolización y seguimiento de las actuaciones realizadas en este contexto son de gran interés. En este marco surge en nuestro hospital la aplicación de Código Sepsis, destinado a guiar y evaluar la atención del paciente con sepsis (entendido como aquel con QSOFA>2 o NEWS>5) en nuestro centro.

OBJETIVO

Describir los resultados obtenidos de la atención a los pacientes incluidos en Código Sepsis en un hospital de tercer nivel a lo largo de 2024.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio longitudinal retrospectivo descriptivo en el que se han seleccionado los pacientes incluidos como Código Sepsis durante el año 2024. Se han recogido las variables procedencia de activación del código, administración de antibiótico (AB) en la 1 hora, medición de lactato en la primera hora, realización de resucitación adecuada, control del foco en 24 h, solicitud de hemocultivos previo a AB, ingreso en UVI y mortalidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2024 se activó el Código Sepsis en un total de 254 ocasiones, de los cuales en Urgencias se activaron el 60% de ellos. Se confirmó el diagnóstico de sepsis o shock séptico en un 85,7%. Se inició el tratamiento antibiótico en la primera hora en un 52,5% y 55% en los casos de sepsis y shock respectivamente (SE/SH). Se obtuvieron los niveles de lactato en la primera hora en 83,1% y 100% (SE/SH), se realizó resucitación adecuada en las primeras horas en 71,2% y 85% (SE/SH), se obtuvieron hemocultivos en 81,4% y 80% (SE/SH). Ingresó en UVI un 11,9% vs 85% (SE/SH) y se registró una mortalidad hospitalaria de 1,1% y 5,8% (SE/SH).

CONCLUSIONES

La implantación de herramientas de seguimiento de la atención a los pacientes es fundamental para evaluar la calidad de la atención al paciente. Si bien el número de activaciones del Código Sepsis durante el año parece pequeño en comparación con el gran volumen de demanda hospitalaria, supone un buen punto de partida. Existen aspectos a mejorar en la atención a los pacientes con sepsis como la antibioterapia precoz, aunque los datos de supervivencia registrados son muy optimistas.

O. #919

PREOCUPADOS POR LA SUPERVISIÓN Y LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN URGENCIAS. EVALUACIÓN A TRAVÉS DE ENCUESTAS

Manuel Manzano Luque, Manuel Pérez Figeras, Verónica Prieto Cabezas, Irene Hernández Muñoz

Hospital Universitario Rey Juan Carlos , Móstoles, España

INTRODUCCIÓN

La supervisión de los residentes de medicina en las guardias de urgencias es fundamental para garantizar la seguridad del paciente, promover un aprendizaje efectivo y fomentar un ambiente colaborativo. Este artículo pone énfasis en la importancia de realizar encuestas a los médicos adjuntos sobre la supervisión de los residentes para evaluar y mejorar los procesos educativos y asistenciales.

Justificación

Los médicos adjuntos, al ser responsables de guiar y supervisar a los residentes, son testigos directos de su evolución profesional y habilidades. Las encuestas permiten obtener sus percepciones sobre el equilibrio entre autonomía y supervisión, la adecuación de las competencias de los residentes y los desafíos que enfrentan en su trabajo diario. A través de estas encuestas, se pueden identificar problemas como la sobrecarga laboral, la falta de recursos o deficiencias en la comunicación, que pueden comprometer la calidad de la supervisión. Las respuestas también son clave para diseñar estrategias que fortalezcan la educación médica en un entorno tan exigente como el de las urgencias, además de mostrar el compromiso con la formación de los residentes.

Descripción

Entre septiembre y diciembre de 2024, se realizaron encuestas a 328 médicos adjuntos que supervisaban a residentes en el servicio de urgencias. La encuesta constaba de 14 preguntas tipo test, incluyendo datos sobre el año de residencia, el grado de interés y actitud en la guardia, la capacidad para elegir pruebas complementarias y formular diagnósticos, la actitud proactiva, la carga de trabajo, el equilibrio entre responsabilidad e independencia, así como el nivel de estrés. Los resultados mostraron que el 91.7% de los residentes cumplían con los horarios, un 79.3% mostraban actitud proactiva y, en general, un 81.1% tuvo un desempeño positivo en las guardias. En cuanto a la capacidad para elegir pruebas y elaborar diagnósticos adecuados, un 69.2% obtuvo puntuaciones altas. Sin embargo, la búsqueda de bibliografía fue un área de mejora, con un 60.4% mostrando interés en niveles bajos (4 y 5).

Respecto a la carga de trabajo, el 38.4% de los supervisores la consideraron media, mientras que el 79.3% consideraron que el equilibrio entre responsabilidad e independencia era adecuado. Un 68% de los residentes reportaron niveles altos de estrés, aunque los médicos adjuntos percibieron una buena capacidad organizativa en ellos, con un 67% calificando esta capacidad como buena o muy buena. La evaluación global del desempeño fue mayoritariamente positiva: un 67.7% calificaron a los residentes como buenos o sobresalientes.

Discusión

Los resultados de la encuesta muestran un desempeño positivo de los residentes en urgencias, destacando su cumplimiento de horarios, actitud proactiva y capacidad para elegir pruebas y formular diagnósticos. Sin embargo, la búsqueda de bibliografía, esencial para la profundización teórica, es una área de mejora. La carga de trabajo se percibe equilibrada, aunque algunos adjuntos sugieren ajustes. La mayoría considera adecuado el equilibrio entre autonomía y responsabilidad, pero algunos proponen mayor independencia. A pesar del alto nivel de estrés reportado (más del 65%), los residentes mantienen una buena capacidad organizativa, lo que refleja su resiliencia frente a la presión.

En conclusión, las encuestas a los médicos adjuntos son una herramienta valiosa para evaluar y mejorar la supervisión de los residentes en las guardias de urgencias. Los resultados permiten identificar fortalezas, como el cumplimiento de horarios y la actitud proactiva, y áreas de mejora, como la búsqueda de bibliografía. Esta información es esencial para ajustar los programas de formación y asegurar que se alineen con los estándares de calidad y seguridad. Además, estas acciones benefician no solo a los residentes, sino también a los pacientes y al sistema de salud en general, demostrando el compromiso con la docencia y en la mejora continua en la atención médica.

O. #1042

ENTRE CRISIS Y RECURSOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL BOX CRÍTICO O DE HEMODINAMICAS EN URGENCIAS 2023

Luis Antonio Brito Drullard, María Rodríguez Romero, Olga Ortiz González, María Esperanza Molina Carrasco, María Latorre Palazon, Raquel Bañon Lorente

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El uso del box de hemodinámica (o críticos) en urgencias representa una situación de alta exigencia en el entorno hospitalario, caracterizada por la coordinación simultánea de múltiples profesionales y la utilización intensiva de recursos, que deben ser organizados y gestionados según prioridades. Dado este contexto, resulta fundamental conocer las causas que activan el uso de este box, los recursos diagnósticos que se emplean y el destino final de los pacientes, para optimizar tanto la atención como la asignación de recursos en situaciones críticas

OBJETIVO

- Objetivo principal: Analizar las causas más frecuentes que activan el box de hemodinámica en urgencias.
- Objetivo secundario: Evaluar los recursos diagnósticos (especialmente los de imagen) utilizados y determinar el destino final de los pacientes atendidos.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en el box de hemodinámica en urgencias desde enero hasta octubre de 2023. La información se extrajo de la historia clínica, registrando el motivo de activación del box, los recursos diagnósticos solicitados (en especial, pruebas de imagen) y el destino final de los pacientes. Tenemos 10 casos por pérdida de información, quedando un total de 308 pacientes para el análisis

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El análisis de 308 pacientes en el box de hemodinámica revela hallazgos significativos en cuanto al perfil clínico, utilización de recursos diagnósticos y destinos de atención. El 36% de los casos fueron por politraumatismo, 20% por patologías cardiacas y 9.4% por causas neurológicas, evidenciando la diversidad de cuadros atendidos y la necesidad de protocolos específicos. Respecto a recursos diagnósticos, el 23% de los pacientes no recibió pruebas de imagen, mientras que el 15% se sometió a una tomografía cerebral y el 30% a una TC total body, reflejando variabilidad en la evaluación inicial. Los destinos post-hemodinámica indican que el 56% terminó en sala de observación, el 6.5% ingresó en UCI y el 5.2% fue trasladado a otro hospital, con una mortalidad del 3.9%. Estos resultados subrayan la importancia de optimizar la coordinación interprofesional y garantizar una trazabilidad clínica rigurosa para mejorar la seguridad y calidad de la atención en urgencias.

CONCLUSIONES

Las principales causas de activación del box de hemodinámica fueron el politraumatismo (36%) y la patología cardiaca (20%), lo que resalta la complejidad de estos casos y la necesidad de una respuesta rápida. La utilización significativa de pruebas de imagen, como la TC total body (30%), destaca la importancia de un diagnóstico preciso, aunque un 23% de los pacientes no recibió estudios de imagen. Los destinos de los pacientes fueron diversos, con un 56% en observación, lo que muestra la variabilidad en la evolución clínica. La tasa de mortalidad fue de 3.9%, lo que refleja la gravedad de la atención en este espacio. Este análisis subraya la importancia de mejorar la coordinación interprofesional y la estructuración de recursos en el servicio de urgencias para una atención más eficiente y segura. durante 11 segundos

El estudio muestra que las principales causas de activación del box de hemodinámica son el politraumatismo (36%) y la patología cardiaca (20%), evidenciando la alta complejidad y la necesidad de respuestas rápidas y coordinadas. Se emplearon intensivamente recursos diagnósticos, destacándose la TC total body (30%), aunque en el 23% de los casos no se solicitaron pruebas de imagen, lo que podría reflejar diferencias en la presentación clínica o protocolos de actuación. La heterogeneidad en los destinos de los pacientes –desde ingreso en UCI o planta hasta alta a domicilio o traslado– y una mortalidad del 3.9% evidencian la diversidad de situaciones atendidas. Estos hallazgos resaltan claramente la importancia de la coordinación interprofesional y la optimización continua de los procesos en urgencias.

O. #1092

EL SIMULACRO. ¿OPORTUNIDAD DE APRENDIZAJE EN LA GESTIÓN DE EMERGENCIAS O MOTOR DE FRUSTRACIÓN?

Francesc Xavier Mateu Rubio, Davinia Cornejo Moraleja, Eva María Valiño Otero, Jaime Barreiro López, Barry Lynam .

SEM, Hospitalet Del Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

En la última década, la sensibilidad hacia los incidentes de múltiples víctimas (IMV) está en auge. Esto es debido a un aumento del número de incidentes, la existencia de intencionalidad en algunos de ellos y a un evidente cambio climático. Estos incidentes, tienen en común el desafío que representan para las diferentes estructuras de respuesta sanitaria debido a la gran complejidad inherente a su gestión.
En el ámbito sanitario, cada organización basa la respuesta a un IMV siguiendo sus Planes de emergencias. Procedimientos, muchas veces difíciles de interpretar sin una formación y entreno previos, lo que sumado a una baja casuística puede hacer que fracase la gestión de un incidente de estas características.
Son múltiples las herramientas que se pueden utilizar para entrenar el Plan de emergencias que da respuesta a un IMV, aunque la más habitual es el simulacro.
La simulación como disciplina ha demostrado ser una gran herramienta de aprendizaje. Su potencial de integrar conocimientos y habilidades, la hacen idónea como herramienta para entrenar la práctica clínica, pero a su vez no está exenta de complejidad y de riesgos.
En muchas ocasiones, la falta de objetivos claros o el no tener en cuenta todos los aspectos a planificar en un simulacro de emergencias, comporta frustración y un efecto negativo en los participantes. Por ese motivo, es importante dotar de sentido y planificación este tipo de ejercicios tan necesarios.

OBJETIVO

Crear una modelo de plantilla de diseño de simulacro basada en objetivos docentes y valorar la autopercepción de aprendizaje y el grado de satisfacción en los receptores.

MÉTODO

Estudio de análisis cualitativo en el que se midió la autopercepción de aprendizaje adquirido y el grado de satisfacción, en 25 profesionales/participantes de 3 simulacros durante el año 2023. Los objetivos docentes se relacionaron con la gestión sanitaria de un IMV.
Con el fin de medir la autopercepción de aprendizaje pre-post simulacro se utilizó una escala de puntuación de 0 a 10, al igual que para medir el grado de satisfacción post simulacro de los participantes.
Durante la elaboración de la plantilla de simulacro se tuvieron en cuanta los fundamentos de la simulación clínica, incluidas las tres esferas de fidelidad: la conceptual, la física y la emocional. También, se mantuvo la estructura de planificación en fases con un prebriefing, un defusing y un debriefing definitivo. Todo ello, enmarcado en las SimZones de Roussin y Weinstock, propiciando un entorno seguro para los receptores de la intervención educativa.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Un total de 25 profesionales de emergencias con una experiencia media de 12 años participaron en las encuestas pre-post simulación. Los perfiles profesionales fueron: técnico en emergencias sanitarias (TES), enfermería y medicina.
Los resultados de la encuesta pre-simulación mostraron una autopercepción de conocimientos en gestión de IMV medio (DE) de 6,12 (1,5), en comparación con una puntuación media (DE) de 7,3 (1,3) en la encuesta post-simulación. También, se puntuó el grado de satisfacción obtenido con la organización y estructura del simulacro obteniendo una puntuación media (DE) de 7,48 (1,7) sobre 10. Se destacó el diseño del simulacro, el uso de ayudas cognitivas para las comunicaciones, así como el pre-breafing realizado.

CONCLUSIONES

La plantilla de simulación como chek list, resulta una herramienta muy útil para todo aquel profesional que desee llevar a cabo ejercicios de simulación sobre los IMV.
Estos resultados evidencian los beneficios de fijar objetivos docentes y planificarlos antes de llevar a cabo un simulacro en el contexto de autopercepción del aprendizaje adquirido y el grado de satisfacción descrito por los participantes después de haber participado.

O. #1292

SIMULACIÓN INMERSIVA AVANZADA: PERCEPCIÓN DEL ALUMNO, MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD FORMATIVA

María Dolores Galiani Ramos, Valle García Llamas, Manuel López Valero, Rafael Ortiz Rodríguez

Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta eficaz para mejorar la seguridad del paciente, permitiendo a los profesionales de la salud practicar habilidades críticas en un entorno controlado y sin riesgo para los pacientes. En particular, la simulación avanzada es esencial para la formación en áreas críticas como el soporte vital, ya que permite un entrenamiento efectivo en un ambiente seguro, lo que resulta en una mejor retención de conocimientos y habilidades, así como en el desarrollo de habilidades interpersonales como la comunicación y el trabajo en equipo. Para lograr una experiencia de aprendizaje inmersiva, el uso de simuladores y dispositivos de alta fidelidad es fundamental. Sin embargo, la falta de un entorno de práctica que refleje la realidad puede afectar negativamente el compromiso de los alumnos y, por ende, su aprendizaje.

OBJETIVO

Este estudio se centra en tres objetivos principales:
1. Utilidad: Determinar cómo perciben los alumnos la utilidad de los materiales de simulación en su aprendizaje.
2. Calidad: Evaluar la calidad del aprendizaje con simulación en relación con las expectativas de los alumnos, y realización de un estudio comparativo frente a la metodología clásica del aprendizaje.
3. Aplicabilidad: Analizar la aplicabilidad de los materiales y métodos en contextos reales y su impacto en el aprendizaje.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo cuasiexperimental durante los años en que se impartió formación en Soporte Vital Avanzado (SVA) y Soporte Vital Inmediato (SVI) a profesionales sanitarios, incluidos médicos y enfermeras. Se establecieron dos grupos de estudio: uno que recibió formación con materiales de simulación básicos y otro que utilizó materiales avanzados.
Los grupos de estudio se describen a continuación:
- Grupo de Simulación Básica: Alumnos expuestos a materiales de simulación básicos.
- Grupo de Simulación Avanzada: Alumnos entrenados con materiales de simulación avanzados.

El marco teórico del estudio se centra en la educación en simulación, la autopercepción de los profesionales y la autoeficacia para desempeñar tareas en situaciones de urgencia.
Aspectos a Evaluar
El estudio evaluó tres dimensiones:
1. Utilidad: Cómo los alumnos perciben que los materiales han mejorado su aprendizaje y su relevancia.
2. Calidad: Evaluar si los materiales son visualmente atractivos, fáciles de usar y precisos.
3. Aplicabilidad: Analizar si los alumnos pueden aplicar lo aprendido en situaciones reales.
Población y Muestra
La población objetivo consistió en médicos y enfermeros que completaron el curso de SVA/SVI. Se seleccionaron participantes de las últimas ediciones del curso, asegurando que tuvieran experiencia directa con los materiales de simulación utilizados.
Instrumento de Evaluación
Se diseñó una encuesta estructurada combinando preguntas cerradas y una pregunta abierta. Las preguntas cerradas utilizaron escalas de Likert y opciones de sí/no, mientras que la pregunta abierta buscó obtener información cualitativa sobre los aspectos considerados más útiles.
Procedimiento de Recolección de Datos
La encuesta se realizó de forma telefónica, en línea o en formatos impresos, garantizando que la duración no excediera los 10 minutos para fomentar la participación.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los datos recogidos se analizaron cuantitativa y cualitativamente. Se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales para identificar tendencias significativas, así como un análisis temático de las respuestas abiertas para extraer conceptos clave.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que la simulación clínica avanzada es altamente recomendable para la formación en SVA y SVI. No solo mejora la autopercepción de competencias de alumnos en situaciones de urgencia, sino que los prepara mejor para actuar en entornos reales. Se encontró una relación positiva significativa entre la percepción de la utilidad, calidad y aplicabilidad de los nuevos materiales de simulación avanzada y la satisfacción del alumnado, lo que sugiere que una formación adecuada basada en simulación avanzada incrementa la confianza de los profesionales en su capacidad para aplicar lo aprendido en la práctica real.

O. #1309

ENCUESTA SOBRE NECESIDADES FORMATIVAS DEL PERSONAL MÉDICO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR/SAN CARLOS (CÁDIZ/SAN FERNANDO)

Cándido Baena Gallardo
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

INTRODUCCIÓN

Las principales Organizaciones tanto sanitarias como de otros ámbitos consideran la Formación como una inversión en la mejora de la calidad de los servicios que ofrecen. Sin embargo, entre el colectivo médico esta faceta se da por amortizada una vez finalizada la etapa de Médico Interno Residente. Esto es especialmente evidente en los Servicios de Urgencias y Emergencias, donde confluyen profesionales de distintas especialidades sin una formación homogénea ni un programa formativo homologado. A partir del reconocimiento de la Especialidad de Médico de Urgencias y Emergencias en España y de su implantación de un programa formativo común este problema parece haberse resuelto para los futuros especialistas vía MIR.

OBJETIVO

- Conocer desde el punto de vista de los profesionales médicos de los Servicios de Urgencias y Emergencias del Hospital Universitario Puerta del Mar/Hospital de San Carlos cuáles son sus necesidades formativas más relevantes.
- Conocer las áreas de conocimiento que a los profesionales médicos les gustaría mejorar para completar y mejorar sus competencias.
- Conocer las áreas de conocimiento en las que su Servicio debería mejorar para ofrecer un servicio de mejor calidad.
- Conocer la forma en la que esa formación debería implementarse para conseguir mejorar la calidad asistencial.

MÉTODO

Encuesta anónima con preguntas de respuestas múltiples y de enumeración de preferencias realizada entre los 51 profesionales médicos de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Complejo Hospitalario Hospital Universitario Puerta del Mar/ Hospital de San Carlos.
La encuesta consta de 3 preguntas con respuesta SÍ/NO/NO SÉ, 1 pregunta con 6 posibles respuestas para ordenar en orden de preferencia, 2 preguntas con 12 posibles respuestas en orden de preferencia y 1 pregunta de carácter estadístico (situación laboral, centro de trabajo, franja de edad y años desde que terminó la formación especializada)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Pendiente de los resultados finales y su análisis pormenorizado, uno de los objetos de esta encuesta es ver la concordancia entre las necesidades formativas de los profesionales, las que éstos creen que su Servicio necesita para mejorar la calidad asistencial y la del Programa Formativo del Médico Interno Residente de Medicina de Urgencias y Emergencias.

CONCLUSIONES

Conclusiones (Provisionales):
- Los resultados de las necesidades formativas desde el punto de vista de los profesionales son similares a las que creen necesarias para la mejora de la calidad de sus Servicios.
- El tiempo de formación de los profesionales médicos debería formar parte de la jornada laboral y debería ser planificada de forma periódica.
- La formación debería formar parte de la evaluación de la calidad de los Servicios.
- Se compara el perfil competencial de los profesionales médicos con el Programa Formativo del Medico Interno Residente de Medicina de Urgencias y Emergencias.

O. #1314

ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS: ADHERENCIA AL PLAN NACIONAL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

María Jesús Blanco De La Rubia, Laura Amores Del Rey, Raúl Pérez Serrano, Elena Palacios Moya, José Antonio Acedo Ventas, David Reina Escobar

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

INTRODUCCIÓN

La resistencia a los antibióticos es una de las grandes amenazas para la Salud Pública. El Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (PRAN) es una estrategia de seguridad que tiene como objetivo reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a antibióticos. La Guía del Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (GPRAN) nos servirá de utilidad para homogeneizar y optimizar la prescripción de los tratamientos.

OBJETIVO

Evaluar el uso de antibióticos en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que no requieren ingreso hospitalario, analizando la adecuación a la Guía del Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos (GPRAN) y las principales razones de incumplimiento.

MÉTODO

Se realizó un estudio multidisciplinar, prospectivo, descriptivo y observacional realizado durante el mes de octubre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Durante dicho mes se obtuvo un listado con todos los pacientes censados en el Servicio de Urgencias de lunes a viernes en el turno de mañana y se incluyeron a todos aquellos a los que se les prescribió al menos un antibiótico y fueron dados de alta sin requerir ingreso hospitalario. Se excluyeron los pacientes con infecciones oculares, aquellos con infecciones no recogidas en las GPRAN y a pacientes pediátricos. Las variables recogidas fueron las siguientes: datos demográficos (sexo y edad), alergia a antibióticos, tratamiento antibiótico (antibiótico prescrito, dosis y duración), foco, realización de cultivos microbiológicos, así como el cumplimiento de la GPRAN. En los casos de incumplimiento, se clasificaron las razones en las siguientes categorías: no es necesario antibiótico, dosis incorrecta, duración incorrecta, antibiótico incorrecto (mayor o menor espectro), antibiótico alternativo contemplado en la guía u otros motivos. Cuando se detectaba un antibiótico incorrecto, no se evaluaba la adecuación de la pauta ni de la duración.
Los datos fueron recogidos a partir de la revisión de las historias clínicas electrónicas en Mambrino XXI, y se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante software IBM SPSS Statistics

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio, se atendieron 986 pacientes en al servicio de urgencias. De estos pacientes, 104 recibieron tratamiento antibiótico y 64 fueron dados de alta sin ingreso hospitalario.

Del total de pacientes incluidos, el 56,25% fueron mujeres. La mediana de edad de los pacientes fue de 60 (RIQ:32) años.
El antibiótico más prescrito fue amoxicilina clavulánico (31,25%), seguido de cefuroxima (15,63%), cefditoreno (12,50%), azitromicina (10,94%) y ciprofloxacino (6,25%).
Los focos más comunes fueron: urinario (39,06%), respiratorio (35,94%), piel y partes blandas (10,94%) y abdominal (6,25%).
Se realizaron cultivos microbiológicos en el 40,63% de los pacientes.
En relación con la adherencia a las Guías PRAN, el 20,31% de las prescripciones cumplieron con las recomendaciones. Se identificaron discrepancias en el 79,69% de los casos, siendo las razones principales: uso de antibiótico de mayor (24,53%) o menor espectro (24,53%), no es necesario antibiótico (18,87%), empleo del antibiótico alternativo (9,43%), duración incorrecta (9,43%), dosificación incorrecta (7,55%) y otros motivos (5,66%).
Al analizar el cumplimiento según los principales focos, se observó que las urinarias presentaron una adherencia a las GPRAN del 24%, siendo el uso de antibióticos de mayor espectro la principal causa de incumplimiento (31,57%). En las respiratorias, la adherencia fue menor (13%), con el uso de antibióticos de menor espectro como el motivo de incumplimiento más frecuente (20%).

CONCLUSIONES

El elevado porcentaje de incumplimiento de las GPRAN evidencia la necesidad de implantar estrategias de mejora en la prescripción antibiótica en urgencias. Destacan como principales causas de incumplimiento la selección inadecuada del espectro antibiótico y el uso innecesario de antimicrobianos. La colaboración entre el Programa de Optimización de Antibióticos (PROA) hospitalario y comunitario podría mejorar significativamente la adecuación a las GPRAN.

O. #1465

ENFERMERÍA HIPERBÁRICA: BAJO PRESIÓN

Natalia Alfaro García, José Antonio Navarro López Del Castillo, Itziar Gómez Parra

Academia Central de la Defensa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La cámara hiperbárica es un dispositivo cerrado y presurizado que utiliza oxigenoterapia para mejorar la salud. Existen varios tipos, como la cámara monoplaza, multiplaza y de recompresión inmediata. Su funcionamiento se basa en tres leyes de la física: Boyle-Mariotte, Daltón y Henry. Entre los beneficios del tratamiento se incluyen la reparación de tejidos, aumento de la oxigenación, acción bactericida, reducción de gases inertes, y efectos positivos sobre el cáncer al potenciar la quimioterapia. La cámara hiperbárica tiene múltiples indicaciones, tales como úlceras vasculares, sordera súbita, gangrena de Fournier y accidentes de buceo. El equipo médico, especialmente la enfermería, juega un papel clave en la seguridad y el cuidado de los pacientes antes, durante y después del tratamiento, garantizando la seguridad para evitar riesgos como la deflagración o alteraciones en dispositivos médicos sometidos a presión.

OBJETIVO

1. Evaluar el impacto del aumento de presión atmosférica sobre el globo vesical y el neumotaponamiento en el tubo endotraqueal.
2. Observar las alteraciones de glucemia durante una sesión de cámara hiperbárica.
3. Cuantificar el efecto de la presión en la velocidad de infusión de la fluidoterapia.

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental de dos semanas en el servicio de hiperbárica del hospital Central de la Defensa. La muestra fue aleatoria, excluyendo pacientes en su primera sesión. Se utilizaron sondas vesicales tipo Foley de 18Fr, tubos endotraqueales de 7,5 unos llenos con aire y otros con suero; manómetros y una cinta métrica para medir las variaciones de tamaño antes, durante (a 2,2 ATA) y después del tratamiento. Además, se controló la velocidad de infusión de fluidos. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y pruebas estadísticas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se observó que el tamaño del globo vesical con aire disminuyó ligeramente respecto al de suero (0,7 cm). En cuanto al neumotaponamiento del tubo endotraqueal, el globo lleno de aire colapsó completamente, mientras que el de suero se mantuvo intacto. Respecto a la fluidoterapia, la presión aumentó la velocidad de infusión de forma significativa. En cuanto a la glucemia capilar, un 61% de los pacientes mostró una disminución, mientras que un 39% presentó un aumento. Las limitaciones del estudio incluyen la falta de un protocolo estandarizado, el tamaño reducido de la muestra y el tiempo limitado para su realización, lo que afecta la generalización de los resultados. Sin embargo, los hallazgos ofrecen información valiosa para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

El tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica ofrece beneficios para diversas patologías, pero también puede generar alteraciones en la fisiología del paciente y los dispositivos médicos utilizados. Es esencial considerar estas variaciones al aplicar este tratamiento, garantizando una atención integral garantizando la seguridad al paciente y la efectividad del tratamiento.

O. #1566

INVESTIGACIÓN EN URGENCIAS CON PERSPECTIVA DE SEXO Y GÉNERO

Natalia Miota Hernández[1], Daniel Repullo Marchan[1], Gemma Sánchez Oms[1], Ester Miravalles Fernández[2], Ana Aguayo Alba[3], Blanca Coll-Vinent .[1]

1. Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España
2. Hospital La Princesa, Madrid, España
3. Hospital Universitario Parc Tauli, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de sexo y género en salud es un aspecto fundamental en la investigación científica, ya que influye en la calidad y aplicabilidad de los resultados. Existen herramientas como el decálogo Progéneros y la guía SAGER, diseñadas para facilitar la incorporación de esta perspectiva en los estudios. Sin embargo, su aplicación en la literatura científica es poco conocida. Este estudio analiza si las revistas de urgencias incluyen esta perspectiva en sus publicaciones y evalúa su correcta aplicación.

OBJETIVO

Evaluar la incorporación de la perspectiva de sexo y género en los artículos originales publicados en tres revistas de alto impacto representativas del ámbito de urgencias y determinar si esta incorporación está relacionada con el sexo de los autores/as.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante la revisión sistemática de los artículos originales publicados en European Journal of Emergency Medicine (EJEM), Annals of Emergency Medicine (Annals) y Emergencias entre septiembre de 2023 y agosto de 2024. Se excluyeron editoriales, revisiones y cartas al editor.
Cada artículo fue evaluado por dos revisoras independientes, y en caso de discrepancias, se realizó consenso con el equipo investigador. Se registró la fecha de publicación, el sexo del primer autor/a, último/a autor/a y auto/ar de correspondencia. Se analizó el grado de cumplimiento del decálogo Progéneros y las guias SAGER en cada artículo, para valorar la inclusión de la perspectiva de género. El análisis de los datos se realizó con el software estadístico SPSS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 104 artículos (Emergencias: 29 (27,9%), EJEM: 29 (27,9%), Annals: 46 (44,2%)).
-Distribución de autoría:
Primera autora en 35 artículos (33,7%). Última autora en 28 artículos (26,9%). Autora de correspondencia en 27 artículos (26%). Sin diferencias entre revistas.
-Inclusión de la perspectiva de género:
16 artículos (15,4%) confunden los términos sexo y género.
65 artículos (62,5%) reportan el sexo como variable sin mayor análisis.
Solo 5 artículos (4,8%) definen correctamente los conceptos de sexo y género.
81 artículos (77,9%) mencionan que considerarán el sexo en los métodos, pero sin explicar cómo.
-Puntuaciones de escalas:
Progéneros (posible 12 puntos): mediana 2 (rango intercuartil: 2-3).
SAGER (posible 18 puntos): mediana 2 (rango intercuartil: 2-3,75).
-Relación con la autoría:
La autoría masculina se asoció con mayor frecuencia de información sobre el sexo de los/as participantes (primera autoría: 92,2% vs. 77,8%, p=0,043; autoría de correspondencia: 92,2% vs. 77,8%, p=0,043; última autoria 71% vs 21%).
La autoría femenina se asoció con una mayor definición correcta de sexo y género; primera autoria (11,4% vs. 1,4%, p=0,025), autoria correspondencia (14,8 vs. 1,3%, p=0,005), y una mayor disgregación por sexo en los resultados, tanto en el abstract (autoria de correspondencia 26,9% vs. 13%, p=0,049) como en el texto principal (primera autoria 11,4% vs 1,4% p=0,025).
-Comparación entre revistas:
Emergencias presentó una mayor proporción de análisis desagregado por sexo (37,9% vs. 14,7%, p=0,009), mayor adecuación en la representatividad por sexos (34,5% vs. 13,3%, p=0,014) y menor confusión entre los términos sexo y género (0% vs. 21%, p=0,007).s 1,3% p=0.005).

CONCLUSIONES

-Los artículos originales publicados en las principales revistas de urgencias no cumplen con las recomendaciones sobre perspectiva de sexo y género.
-En todas las revistas, hay menos mujeres como primeras y últimas autoras, así como en la autoría de correspondencia.
-Se observan diferencias en la incorporación de la perspectiva de sexo y género entre revistas, destacando Emergencias como la que mejor lo hace.
-Los hombres incluyen con mayor frecuencia el sexo en sus estudios, mientras que las mujeres son más rigurosas en la definición de sexo y género.
-Estos hallazgos pueden contribuir a fomentar estrategias que promuevan una mayor inclusión de la perspectiva de género en la investigación científica en urgencias.

O. #1684

FORMACION TRANSVERSAL EN VIOLENCIA DE GENERO PARA RESIDENTES DE TERCER AÑO

ANA María Martínez Virto, NATALY Cancelliere Fernández
Hospital universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja hacia la mujer (VPM) representa uno de los problemas de salud pública más relevantes en la actualidad. Persiste en todo el mundo como una violación de los derechos humanos. La mortalidades alarmante. Los resultados de un estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 11 países,revelo que de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja entre el 15% y el 71% han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de ella (OMS 2005).
En España, según la macroencuesta sobre Violencia contra la Mujer (Miguel Luken, 2015), el 12,5% del total de mujeres >=16 declara haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida.
Madrid, encuesta poblacional (2014), 175.000 mujeres sufren violencia ;70.000 sufren Violencia Psicológica y / o violencia física o sexual. Estimamos 17.500 tuvieron consecuencias directas en la salud, y acuden al sistema sanitario frecuentemente . Los sanitarios deben formarse para ofrecer una intervención multidisciplinar y de calidad
Estudios recientes demuestran relación positiva entre el grado de conocimiento y la capacitación de los profesionales para aplicar las guías sobre este tema

OBJETIVO

Practicar en la resolución de casos de VP y violencia sexual hacia la mujer , según las recomendaciones de las guías de la CAM y la legislación vigente.
Adquirir la capacitación para formar y entrenar a otros profesionales con el fin de proporcionar una atención integral y de calidad a este tipo de pacientes.
Aprender recursos docentes que le permitan sensibilizar a los profesionales sanitarios frente a la intervención en violencia de género.

MÉTODO

Se programa una formacion de 6 horas (3 practicas y 3 teoricas)
Teoría: destinada a recordar el contexto epidemiológico de la VPM y violencia sexual , la aplicación práctica de las herramientas que existen actualmente y los conceptos más relevantes para la correcta detección e intervención.
Ejercicios de Simulación: Recreación de escenarios reales adaptados al con simulación de fidelidad alta y discusión posterior en grupo. Se podrá aplicar prácticas seguras en la detección e intervención en cada caso.
Se realizará un cuestionario sencillo (¿Conoces el protocolo vigente de VPM del hospital?, Te verias capacitado en el abordaje ? Conoces el ciclo de la violencia ?Conoces tu responsabilidad como sanitario ? .Antes de realizar la actividad y otro después para medir el impacto de la formacion .y analizamos dos indicadores (numero de activaciones de protocolo y aumento de interconsultas (IC) a trabajo social) 6 meses despues

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se realizaron 6 cursos 2024 formándose 180 R3 de todas las especialidades ,
Al inicio del curso el 85% no conocian el protocolo del hospital , el 95 % no se sentian capacitados en el abordaje , el 98 % desconocian el ciclo de la violencia y solo 96 alumnos pensaban tener responsabilidad sanitaria .
Tras el curso el 100 % respondieron afirmativamente a la primera , tercera y ultima pregunta ,y el 90 % se sentia capacitados.
Los indicadores , el numero de activaciones del protocolo ha aumentado un 3% y en IC aumento de 171%.

CONCLUSIONES

La capacitación del personal sanitario constituye la primera línea de apoyo para las mujeres, se obtienen herramientas necesarias para brindar atención integral y de calidad.
Cuando el conocimiento aumenta con la formación influye en aspectos personales autoeficacia profesional,y genera mejores prácticas clínicas
Informar a los profesionales, puede facilitarles las herramientas precisas para trabajar con estas pacientes de manera integral y con una buena coordinación a nivel institucional

O. #1724

ANÁLISIS DE LAS ESCALAS PRONOSTICAS EN EL PACIENTE ANCIANO CON INFECCION EN URGENCIAS

Inés Álvarez Granda, Antonio Bullejos Caballero, Carlota Higueras Sánchez, Javier Cabañas Morafraile, William López Forero, Elia Chaves Prieto

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido un aumento global de los casos de infecciones graves en los Servicios de Urgencias, una de las posibles razones del aumento de la tasa de dichas infecciones parece ser el envejecimiento poblacional. Los pacientes geriátricos presentan una serie de factores que los hacen especialmente vulnerables a las infecciones severas, incluyendo la inmunosenescencia, la presencia de múltiples comorbilidades y la polifarmacia, lo que complica su diagnóstico y manejo en situaciones críticas. Para disminuir la mortalidad, es fundamental la utilización de herramientas de estratificación del riesgo en pacientes con infecciones graves.

OBJETIVO

Nuestro objetivo en este estudio es analizar y comparar la capacidad predictiva de las distintas escalas en la predicción de mortalidad en pacientes geriátricos que acuden al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT).

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio longitudinal descriptivo incluyendo a pacientes mayores de 75 años que acudieron al Servicio de Urgencias del CHUT de julio de 2023 a febrero de 2024 con infección grave. Se recogieron datos de edad, pruebas de laboratorio, microbiología, se calcularon el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), el Quick SOFA Score (qSOFA) y la National Early Warning Score (NEWS). La asociación entre las variables previamente mencionadas se ha realizado mediante X2 para muestras independientes y la significación se muestra con $p < 0,05$. Se establecieron los siguientes puntos de corte para el riesgo de mortalidad por infección: en la escala NEWS, un puntaje ≥ 5; en la escala SIRS, un puntaje ≥ 2; y en la escala qSOFA, un puntaje ≥ 2.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se ha obtenido una muestra de 229 pacientes, con una edad media de 85,5 años en varones y 86,8 en mujeres. Del total de los pacientes fallecieron 52 (22,7%) mientras que 177 (77,3%) sobrevivieron.

Tras la aplicación del Quick SOFA Score (qSOFA), se identificó que 95 pacientes presentaban una puntuación ≥ 2. De estos, 59 (62,1%) sobrevivieron y 36 (37,9%) fallecieron. En contraste, los 134 pacientes con un puntaje < 2 mostraron una tasa de supervivencia del 88,1% (n = 118) y una mortalidad del 11,9% (n = 16). El análisis de asociación entre la escala qSOFA y la mortalidad mostró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Respecto a la escala SIRS, 90 pacientes obtuvieron una puntuación < 2, con una tasa de mortalidad del 12,2% (n = 11) y una supervivencia del 87,8% (n = 79). En el grupo de 139 pacientes con un puntaje ≥ 2, se observó una supervivencia del 70,5% (n = 98) y una mortalidad del 21,5% (n = 41). Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la escala SIRS y la predicción de mortalidad ($p = 0,002$).

Finalmente, al evaluar la escala NEWS, 156 pacientes presentaron un puntaje ≥ 5, con una tasa de mortalidad del 30,1% (n = 47) y una supervivencia del 69,9% (n = 109). En el grupo con una puntuación < 5 (n = 73), la mortalidad fue del 6,8% (n = 5) y la supervivencia del 93,2% (n = 68). Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la escala NEWS y la predicción de mortalidad ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio respaldan la superioridad de la escala NEWS como herramienta de cribado para la predicción de mortalidad en pacientes ancianos atendidos en urgencias. Su alta sensibilidad y capacidad para discriminar entre pacientes de bajo y alto riesgo la hacen más efectiva que qSOFA y SIRS. Estos hallazgos respaldan su implementación rutinaria en la evaluación inicial de pacientes ancianos, facilitando la priorización de recursos y la optimización del manejo clínico en urgencias.

O. #1741

¿QUÉ INDICADORES ESTRATIFICAN MEJOR EL RIESGO EN EL PACIENTE ANCIANO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS?

Antonio Bullejos Caballero, Inés Álvarez Granda, Mercedes Ruiz Valero, Javier Cabañas Morafraile, Elia Chaves Prieto, William Esneider López Forero

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

Se calcula que la proporción de personas de más de 80 años en la Unión Europea aumentará del 6 al 14% entre 2021 y 2100. Gran parte de esta población se caracteriza por su vulnerabilidad, fragilidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas, presentando necesidades médicas complejas con un impacto importante en los servicios de Urgencias. Los objetivos deben orientarse hacia garantizar funcionalidad y calidad de vida más que supervivencia y longevidad. La aproximación terapéutica no debe seguir únicamente los parámetros establecidos para el resto de pacientes. Identificar esta población frágil permite mejorar los resultados de la atención ofrecida, enfocando al paciente anciano de forma holística. La valoración de la fragilidad del paciente permite un uso más eficiente del tiempo y de los recursos disponibles.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es definir qué parámetros de la población mayor que acude al Servicio de Urgencias por un proceso infeccioso se relacionan mejor con la mortalidad en los 30 días posteriores a su visita a Urgencias.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio longitudinal, descriptivo y analítico sobre la población mayor de 75 años que acude a Urgencias por un proceso infeccioso confirmado microbiológicamente, entre Septiembre del 2023 y Febrero del 2024. Se han recogido datos clínicos, analíticos y microbiológicos de la historia clínica del paciente. Los índices calculados han sido el índice de Barthel (IB) e índice de Charlson (IC). También se ha tenido en cuenta la institucionalización del paciente en el momento de su visita a Urgencias. El test de 2 se ha empleado para muestras independientes. La significación se muestra con una p < 0'05. Respecto al IC, se establece el punto de corte en 5, considerándolo un valor de comorbilidad elevado. El punto de corte en el IB se establece en 60 puntos, diferenciando dependencia moderada y grave de la dependencia leve o independencia.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La muestra consta de 229 pacientes, con una edad media de 85'5 años para los varones (mediana de 86 años), y 86'8 años para las mujeres (mediana de 86'5 años). 61 pacientes presentaban un IC menor de 5, de los cuales fallecían el 11'5% en los 30 días posteriores a su visita a Urgencias. De los pacientes con un IC mayor de 5, fallecían el 26'8%. Las diferencias remarcadas fueron significativas con una p<0'014. Respecto al IB, 104 pacientes presentan un IB mayor de 60 puntos, con una mortalidad a 30 días del 16'3%. Los pacientes con un IB menor de 60 fallecieron en un 26%. Esta discordancia fue estadísticamente significativa con una p<0'036. Finalmente, respecto a la institucionalización, los pacientes en centros sociosanitarios fallecieron en un 39'1%, frente al 15'6% de la mortalidad dentro del subgrupo de pacientes no institucionalizados. Este subgrupo obtuve la mayor significación estadística de su disonancia con una p<0'001.

CONCLUSIONES

Dadas las limitaciones actuales del estudio no se pueden sacar conclusiones con certeza. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran que, tanto el IB como la institucionalización, con los puntos de corte dispuestos, tienen mayor sensibilidad respecto a la mortalidad a 30 días en pacientes ancianos más deteriorados. La necesidad de aumentar el punto de corte del IC para aumentar la sensibilidad orienta hacia que la edad ya no es un elemento primordial en la estratificación del riesgo de estos pacientes. El IB y la institucionalización tienen una potencia discriminativa mayor que las escalas clínicas antiguas como el IC. La tendencia actual debe dirigirse hacia la valoración de la funcionalidad, la comorbilidad y la fragilidad globalmente. Se debe limitar el edadismo actual de los servicios de Urgencias en beneficio del paciente más vulnerable.

O. #1979

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO QUE ACUDE A URGENCIAS CON INFECCIÓN GRAVE

Patricia Martínez Soria, María Muelas González, Marta Ramos Aranguez, Gabriela Alejandra Peláez Díaz, María Elena Torner Marchesi, William López Forero

Hospital Universitario Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

Se estima que para el año 2045 habrá un marcado aumento en la incidencia de cáncer a nivel mundial, con 32.6 millones de nuevos casos en ambos sexos, siendo la gran mayoría tumores de órgano sólido. Es previsible que el aumento tanto en la incidencia como en la supervivencia de estos pacientes aumente también la tasa de complicaciones asociadas. Las infecciones representan una de las principales causas de morbi-mortalidad en el paciente oncológico, que asociado a las nuevas modalidades terapéuticas como son los tratamientos dirigidos y la inmunoterapia, condicionan un importante desafío diagnóstico-terapéutico para el médico de Urgencias.

OBJETIVO

Realizar un análisis descriptivo del paciente oncológico que acude a urgencias con infección grave

MÉTODO

Se ha realizado un estudio de cohortes observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, unicéntrico, en el que se seleccionaron a los pacientes oncológicos atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de un hospital de tercer nivel por infección grave. Se seleccionaron a los pacientes atendidos durante dos meses consecutivos. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de centralización (media, mediana) y dispersión. La comparación de las variables cualitativas se realizará mediante el test de la chi cuadrado. La significación estadística se demostrará con una $p<0,05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 52 pacientes con edad media 66,9 años (IC 95% 64,5-69,3 años) de los cuales 41 eran hombres (78,8%) y 11 mujeres (21,2%). La edad media del diagnóstico fue de 65,5 años (IC 95% 63-68 años). La localización más frecuente del tumor en hombres fue pulmón (31,7%), seguido de colorrectal (22%) y páncreas/vía biliar (19,5%) mientras que en mujeres la localización más frecuente fue ginecológica y mama (27,3% cada uno) seguido de colorrectal y páncreas/vía biliar (18,2%) ($p<0,05$). El estadio tumoral de los pacientes más frecuente fue el metastásico 69,2% en el total, suponiendo un 70,7% del total en hombres y 63,6% en mujeres, siendo el siguiente estadio más frecuente el localmente avanzado en hombres (29,3%) y el localizado en mujeres (27,3%) ($p<0,05$). Se observó un mayor porcentaje de hombres que habían presentado ingreso hospitalario en los últimos 30 días respecto de las mujeres (34,1 vs 18,2% respectivamente) ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Se ha observado un mayor porcentaje de hombres con diagnóstico oncológico que visitan el SUH por infección grave. Asimismo, se ha observado un mayor porcentaje de los mismos con estadios más avanzados que en mujeres. Es necesario la realización de un análisis más profundo y aumentar el tamaño muestral para saber si ambos resultados están relacionados.

P. #80

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA RESIDENTES, ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

Alejandro Becerra Wong, Christian A Tsouroukdissian Alcalá, Inés Jiménez Viseu-Pinheiro, Silvia Álvarez Kailis, Marta Rueda Herrera, Sara W Snopkowska Lesniak

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En medicina cada segundo cuenta, esta afirmación refleja de forma muy acertada la importancia del tiempo en las salas de urgencia, donde las decisiones deben combinar rapidez y precisión. En este sentido la ecografía clínica se ha convertido en una herramienta fundamental.
Como en toda destreza, la ecografía requiere de una curva de aprendizaje, un ejemplo es el entrenamiento para la detección de colelitiasis, se requiere de al menos 25 ecografías para alcanzar una sensibilidad y especificidad cercana al 90 % (1). Aún hoy persiste una brecha significativa en las habilidades ecográficas entre los médicos. Este trabajo tiene como objetivo validar la adquisición de competencias en una técnica específica en residentes tras una capacitación. Se implementó un enfoque en dos etapas: primero, un curso teórico-práctico; luego, un estudio de concordancia. Los resultados podrían optimizar los métodos de enseñanza en ecografía clínica.

OBJETIVO

Validar la adquisición de las competencias en una técnica ecográfica específica por parte de un grupo de residentes tras recibir capacitación teórica y práctica.

MÉTODO

Capacitación
Se seleccionaron 5 residentes de distintos años y niveles de conocimiento en ecografía clínica, fueron instruidos en la identificación del músculo recto femoral y la medición de su área y grosor en sección transversal. Se eligió esta técnica por ser adecuada para principiantes en ecografía, facilitando la comparación de habilidades adquiridas tras la capacitación. La formación fue impartida por el investigador principal (ABW), con postgrado en ecografía clínica. En primer lugar, se abordaron las bases técnicas del manejo del ecógrafo, y las competencias específicas:
1. Medir el grosor del músculo recto femoral en la pierna dominante, empleando como referencias anatómicas.
- El punto medio entre la cresta ilíaca anterosuperior y el polo superior de la rótula.
- El tercio inferior entre las mismas referencias.

2. Mediar el área de la sección transversal en las mismas demarcaciones anatómicas.

Posteriormente cada residente realizó diez repeticiones de la técnica bajo supervisión.
Estudio de concordancia
Para validar las competencias, se realizó un estudio de concordancia. Cada residente, incluido el investigador principal, efectuó individualmente las mediciones descritas en un sujeto aleatorio. Las mediciones se realizaron por triplicado, y el promedio de cada serie se registró en una tabla (Tabla 1).
Análisis estadístico
Se evaluó la concordancia inter observador de las mediciones mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), adecuado para variables cuantitativas. El análisis se efectuó con la herramienta "Reliability Analysis" del software SPSS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras realizar el análisis se obtuvo un CCI global de 0.982 (Tabla 2), de igual manera se comparó a cada residente con el resto, incluido el investigador principal (Tabla 3). En todos los casos, los valores fueron superiores a 0.75, con una $p < 0.001$. Esto indica que las mediciones efectuadas por un residente no presentan diferencias significativas en comparación con las del resto, validando que, mediante el programa formativo implementado, se adquieren las competencias descritas.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue validar si un programa formativo teórico-práctico en ecografía clínica permitía a un grupo de residentes adquirir competencias definidas, logrando mediciones comparables y fiables. Los resultados del análisis de la concordancia Inter observador arrojaron un CCI global de 0.982 y valores individuales superiores a 0.75 ($p < 0.001$), lo que valida la fiabilidad de las mediciones.
Aunque la interpretación de los resultados está limitada por el número de participantes y el enfoque en una técnica específica, se demuestra que el método de enseñanza teórico-práctico seguido de una curva de aprendizaje es eficiente para reducir la brecha en habilidades ecográficas entre médicos residentes. Estos hallazgos constituyen una base para futuros estudios y programas de capacitación en este ámbito.

P. #392

¿CUÁNTO SABES DE RCP (REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR)? ESTUDIO PARA CONOCER EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN POBLACIÓN LEGO; UTILIZÁNDOLA COMO HERRAMIENTA PARA ANALIZAR CARENCIAS FORMATIVAS EN DICHO PROCEDIMIENTO

María Fernández Castellanos[1], Cristina Muñoz Ramos[2]

1. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
2. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, España

INTRODUCCIÓN

La Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) es una técnica de primeros auxilios crucial para salvar vidas en casos de parada cardiaca. Cada año, se estima que hay 30.000 paradas en España, fuera del entorno hospitalario, y la rapidez con la que se inicia la RCP puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

OBJETIVO

Detectar el nivel de conocimientos de la población lego si se enfrentasen ante una situación que requiriese la realización de soporte vital básico, para detectar las necesidades formativas de la población no sanitaria en este aspecto.

MÉTODO

Mediante técnica de muestreo aleatorio estratificado, se proporcionó una encuesta durante el mes de junio de 2024, se difundió por redes sociales y se obtuvo una muestra de 199 personas, en edades comprendidas entre 14-79 años, con diferentes niveles de estudios, y distinta experiencia formativa en soporte vital básico, todas ellas sin formación sanitaria.
La encuesta constaba de doce preguntas, de las cuales cuatro eran cerradas, y las otras ocho eran de elección múltiple con abanico de respuestas.
Dos de ellas no cumplían criterios de inclusión.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

n= 197 personas.
Se apreciaron inexistentes diferencias notorias en cuanto a género, pero sí en edad y en nivel socio-académico.
Del total de la muestra un 56,8 % había recibido formación, y el 43,2 % no.
El perfil más repetido de los que sí han recibido formación, son hombres entre 30-49 años, que aprendieron en su puesto de trabajo, siendo la franja entre 30-49 años, la mayoritaria observándose por detrás la franja entre 20-29 años, y después entre 60-69 años (*viéndose limitados estos datos por no tener la misma muestra en cada tramo de edad).
Se observó que el 100% de los encuestados menores de edad habían recibido algún curso de rcp en algún momento de su vida.
El 100% de los encuestados sin estudios o con estudios primarios no habían recibido enseñanza en este tipo de emergencia, observándose mayor nivel de conocimientos de manera proporcional al nivel de estudios.
Dentro de las personas que sí habían recibido formación, solo un 32% respondieron correctamente a todas las preguntas enfocadas en cómo realizar la técnica, incluyendo cómo comenzar la rcp, identificar si una persona respira y qué secuencia de compresiones – ventilaciones hacer.
El 80,1 % no había tenido una experiencia cercana con algún familiar o amigo que hubiese sufrido rcp.
Al 100% de los que sí han sufrido una vivencia cercana les gustaría recibir formación, el 76,3% considera que es algo imprescindible que debería enseñarse en los colegios, el 10,52% estarían dispuestos a recibir algún curso siempre y cuando fuese gratuito y un 13,5% se ha planteado y/o buscado activamente formación, aunque conlleve un desembolso económico.
Dentro del 80,1% que no han sufrido una pcr próxima, al 98,4 % de ellos les gustaría recibir formación; el 65,1 % considera que es algo imprescindible que debería impartirse en los colegios; el 23,4 % solo si fuera de forma gratuita; el 10,4 se ha planteado alguna vez buscar activamente formación, aunque conlleve un desembolso económico. Y el 1% no es algo que lo vea necesario o le preocupe en este momento.
Sólo un 6,5% ha recibido formación fuera de su lugar de trabajo o centro de estudio.

CONCLUSIONES

Fue detectado cómo actualmente se está incrementando la formación en rcp desde los centros de enseñanza siendo aun así insuficiente, debiendo ampliarse a otros aspectos de la población de manera que no se vea dicha formación condicionada ni por situación laboral ni por nivel de estudios, para llegar a un porcentaje mayor de la población. De igual forma se observaron carencias en la formación recibida.

P. #429

¿AYUDA LA SIMULACIÓN CLÍNICA A MEJORAR LA AUTOIMAGEN PROFESIONAL?

Javier Araez García, Andreea Irimia, Carmen Beltrán García, José Vicente Ferrandis Alepuz, Saray García Picó, María José Garrido Martín

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) es una herramienta innovadora que permite a los integrantes del equipo de atención emergente entrenar en un entorno seguro y controlado, reproduciéndose situaciones críticas sin poner en riesgo a los pacientes. Permite practicar algoritmos de actuación esenciales, mejorar la toma de decisiones, la coordinación del equipo, todo ello fundamental en situaciones criticas.

OBJETIVO

Valorar la respuesta subjetiva y la autovaloración del personal que interviene en situaciones emergentes en el SUH de un hospital de segundo nivel, antes y después de iniciar simulaciones clínicas.

MÉTODO

Se iniciaron simulaciones clínicas en el box de vitales del SUH, incluyendo a miembros de todos los estamentos implicados en la atención a un paciente crítico. Tras unas simulaciones piloto, se implementó un programa de simulaciones periódicas, con diferentes casos clínicos, evaluándose la actuación del equipo interviniente mediante debriefings y sesiones de repaso de algoritmos y protocolos de actuación.
Se valoró la respuesta y el grado de satisfacción de los participantes, mediante encuestas previamente a la implementación del programa y tres meses (9 simulaciones) después. Se plantearon varias preguntas en relación con la situación en el box de vitales y el trabajo en equipo, así como en relación con el
grado de conocimientos y auto-evaluación en relación con la actividad en el box de críticos. Dichas preguntas se valoraban de 1 a 5 (siendo 1 "nada de acuerdo" y 5 "muy de acuerdo").
Se realizó, mediante el paquete estadístico "R" el análisis de datos demográficos y de las valoraciones descritas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

A la encuesta previa a la implementación del programa de simulaciones (en adelante, "enc-pre"), contestaron 95 personas, mientras que en la de control tras tres meses (en adelante, "enc-post") solamente 46 personas. Ello se debe a cambios acaecidos en la distribución del personal, por motivos ajenos a nuestro SUH).
Las encuestas fueron contestadas por personal médico (31.6% en "enc-pre" vs. 19.57% en "enc-post"), personal de enfermería (24.21% "enc-pre" vs. 28.26% "enc-post"), TCAE (25.26% "enc-pre" vs. 39.13% "enc-post") y celadores (18.95% "enc-pre" vs. 13.04% "enc-post"). En cuanto a la experiencia en urgencias previa al inicio de las simulaciones, una media de 60% tenía más de 5 años de experiencia.
Sólo 0.45% habían realizado simulaciones previamente en "enc-pre", mientras que un 71.74% ya habían realizado simulaciones en "enc-post".
La valoración de los encuestados en relación con su sensación de utilidad y seguridad en vitales se mantuvo en una media de 4 ("bastante de acuerdo") en ambas encuestas. La sensación de ansiedad ante paciente crítico se mantuvo en una media de 3, mientras que la sensación de autorrealización recibió un 4. Se observó una mejoría en la percepción de reconocimiento como profesional después de realizar simulaciones (de 3.25 sube a 4). Asimismo, los encuestados consideran adquieren y afianzan conocimientos durante las simulaciones, aumentando el nivel de satisfacción en este sentido, de una media de 3.3 a 4.

CONCLUSIONES

Las implementación de simulaciones clínicas ayuda a reducir errores en actuación en situaciones de elevado estrés y a optimizar la respuesta rápida y eficiente ante emergencias reales, lo que incrementa la calidad de la atención y seguridad del paciente.
Además, tal y como se ha comprobado, a pesar del escaso tiempo desde que se han iniciado las simulaciones de forma periódica, estas potencian la confianza y las habilidades técnicas y no técnicas de los participantes, mejoran el trabajo en equipo y aumentan el grado de autosatisfacción de los intervinientes en situaciones críticas.
Por lo tanto, consideramos que aumentar la frecuencia y calidad de las simulaciones clínicas en urgencias puede mejorar de forma significativa la preparación y desempeño de los equipos médicos en situaciones críticas.

P. #558

VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS SIMULACIONES CLINICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Begoña Moliner Zanón, Patricia Paredes Leonarte, Lourdes Sánchez Cabanes, Rosa Sorando Serra, Javier Araez García

Hospital Arnau De Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la simulación clínica se ha convertido en un pilar fundamental de la formación médica, ya que permite replicar escenarios reales y formar a los participantes en entornos controlados y seguros.
Fomenta la adquisición y afianzamiento de habilidades técnicas, pero también
la toma de decisiones en situaciones de alto estrés, el trabajo en equipo y una comunicación efectiva en situaciones de alta presión.

OBJETIVO

Conocer el grado de satisfacción y mejora en la actuación en entorno crítico
tras la implementación de un programa de simulaciones clínicas periódicas en
el Servicio de Urgencias (SUH) de un hospital de segundo nivel.

MÉTODO

Se inició un ciclo de simulaciones semanales “in situ”, realizadas en el box de
vitales de nuestro SUH con todo el equipo al que le corresponde atender a un paciente crítico el día de la simulación. Ello incluye 3 médicos, 3
enfermeros, 2 TCAE y un celador.
Tras unas simulaciones piloto, se implementó un plan de simulaciones, que
incluye la planificación de distintos casos clínicos en cada simulación,
incorporando sesiones de repaso de los algoritmos necesarios para las
simulaciones e integrando un debriefing posterior a cada simulación, para
control y mejora de la actuación en situaciones reales.
Se valoró la respuesta y el grado de satisfacción de los participantes, mediante encuestas previamente a la implementación del programa y tres meses después. Se emitieron preguntas relacionadas con la distribución y el acceso en el box de vitales, la relación y comunicación con el equipo, la figura del líder, así como autovaloración de necesidades, utilidad y seguridad en el box de críticos, tal y como lo autoperciben los encuestados. Se valoraron las
respuestas desde 1(“nada de acuerdo”) a 5 (“muy de acuerdo”).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Participaron 95 personas en la encuesta previa a las simulaciones programadas, siendo un 32% personal médico, 24% personal enfermero, 25% TCAE y 19% celadores. De los encuestados, 76.8% eran mujeres. En cuanto a la experiencia en un servicio de urgencias, 15% refirieron menos de un año trabajado en Urgencias, 25% de 1-3 años, 26% 4-7 años, 10% 7-10 años y 24% más de 10 años de experiencia. Un 0.45% habían participado en alguna simulación piloto.
En la segunda encuesta participaron 46 personas, de las cuales un 72% ya
habían participado en simulaciones. De ellos, 20% eran personal médico, 28% personal enfermero, 39% TCAE y 13% celadores. El 80% de los encuestados eran mujeres. El 2% de los encuestados había trabajado en Urgencias menos de un año, mientras que el 26% de 1-3 años, el 15% 4-7 años, el 22% 7-10 años y el 35% tenían más de 10 años de experiencia.
En cuanto a la experiencia en el box de vitales, se valoró el ruido ambiental durante la asistencia y la facilidad de la transferencia del paciente (mejoría tras simulaciones, disminuyendo la percepción de ruido de un 3.9 a un 3 y aumentando la escucha en transferencia de 3.15 a 4), la libertad para movimiento y cobertura de las necesidades del paciente (mejoría de 3 a 3.5), reconocimiento del líder y miembros del equipo (de 3.5 a 4), mejoría de la
coordinación del equipo (de 3.4 a 4) y conocimiento de las funciones de cada
miembro del equipo (de 3.9 a 4.5). Todo ello coincide con una mejora de la
autovaloración profesional (en media aumenta a 4).

CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta muestran que, al practicar mediante las simulaciones y analizar de forma repetida a través del debriefing, los profesionales pueden identificar y corregir errores, lo que repercute en una mayor seguridad y calidad en la atención al paciente, así como un aumento de la satisfacción de los profesionales intervinientes.

P. #564

CHECK-IN SIN CHECK-OUT: ANÁLISIS DEL ABANDONO VOLUNTARIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE JULIO DEL 2024 A ENERO 2025

Ana Yolanda Rodríguez Torres, Diego Serrano Alises, Leskier Eduardo Cuello Sánchez, María Alonso Cortejoso, Naysla Melissa Villota González, Leyre Teresa Pinilla Arribas

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

El acceso a la atención médica inmediata en los Servicios de Urgencias es fundamental para proporcionar una respuesta rápida ante situaciones críticas, pero su creciente demanda puede generar saturación y demoras, particularmente en épocas epidémicas. Esto lleva a algunos pacientes a abandonar el servicio antes de ser atendidos, lo que incrementa el riesgo de no recibir el tratamiento adecuado a tiempo, aumentando las probabilidades de presentar complicaciones. Contar con datos epidemiológicos podría facilitar la optimización de los protocolos de atención y mejorar la capacidad de respuesta ante este fenómeno.

OBJETIVO

El propósito de este estudio es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes que abandonaron voluntariamente un servicio de Urgencias entre julio de 2024 y enero de 2025.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se examinaron las historias clínicas de los pacientes que abandonaron voluntariamente un servicio de Urgencias durante período analizado. Los datos fueron procesados utilizando el software SPSS, con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el período analizado, 579 pacientes abandonaron el servicio de urgencias. La mayoría tenía entre 21-30 años (22.45%), seguidos por los de 31-40 años (18.13%) y 51-60 años (14.85%). La distribución por género fue casi igualitaria (51.12% hombres, 48.88% mujeres). El 59.76% de los pacientes fueron clasificados en el nivel IV de triaje, con condiciones menos graves. Los tiempos de espera, previo al abandono del servicio de urgencias, más comunes fueron de 2 a 3 horas (21.42% después de 2 horas y 23.49% después de 3 horas). El 55.09% de los abandonos ocurrieron de noche, siendo más frecuentes en otoño (54.23%). Los principales motivos fueron traumatismo de extremidad (8.12%) e infección respiratoria (9.15%). El 68.05% de los pacientes consultaron con su médico de atención primaria en los siguientes 7 días tras el abandono del servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

El abandono del Servicio de Urgencias es un fenómeno que ocurre con mayor frecuencia entre pacientes que presentan tiempos de espera prolongados, especialmente durante el horario nocturno, y que han sido clasificados con patologías menos graves, generalmente en niveles del IV al V del triaje. Esta situación requiere un análisis más profundo para comprender mejor los patrones de abandono y sus posibles consecuencias, tanto para los pacientes como para el funcionamiento del servicio de urgencias. Es fundamental llevar a cabo estudios adicionales que permitan identificar las causas subyacentes y evaluar las estrategias más efectivas para reducir estas cifras. Por otro lado, la educación sanitaria desempeña un papel clave en la prevención de este fenómeno,siendo esencial promover campañas de información dirigidas a la población para fomentar el uso adecuado de los servicios de urgencias, explicando en qué situaciones es realmente necesario acudir a ellos y cuándo es posible buscar alternativas de atención primaria o servicios especializados. Asimismo, la educación sanitaria debe enfocarse en concienciar a los pacientes sobre los riesgos asociados con el abandono voluntario, incluso en el caso de patologías aparentemente leves.

P. #936

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN EN ECOGRAFÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

José Luis Gálvez San Román, Carolina Garrido Canning, Luna Marina Calderón Frapolli, Mario Lozano Sánchez, María Isabel Castillo Trujillo, Eva María Fragero Blesa

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

La ecografía clínica (EC) se ha convertido en una herramienta esencial en los servicios de urgencias (SU), ya que permite obtener información diagnóstica y terapéutica directamente al pie de la cama del paciente.
A pesar de sus numerosos beneficios, la implementación exitosa de la ecografía clínica en los SU requiere una formación adecuada y programas de capacitación sólidos. Los SU de un hospital de tercer nivel son áreas adecuadas para este tipo de formación por la diversidad de patologías a diagnosticar y situaciones de toma de decisiones.

OBJETIVO

Exponer la experiencia de una unidad formadora, que ha desarrollado e implementado un programa de formación en EC dirigido a médicos residentes en el SU de un hospital de tercer nivel con el objetivo de que sirva de referencia y estímulo para la implementación de programas similares en otros centros, contribuyendo así a mejorar la calidad de la atención en urgencias.

MÉTODO

El programa formativo se estructuró en cuatro componentes principales:
- Formación teórica: Sesiones diarias basadas en un proyecto de mapa competencial.
- Práctica supervisada: Realización de ecografías bajo la supervisión directa de los formadores.
- Análisis de correlación: Revisión conjunta de los hallazgos ecográficos comparados con estudios especializados.
- Evaluación: Tanto continua como final, para medir el progreso y resultados obtenidos por los residentes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2024, un total de 22 residentes de distintas procedencias nacionales participaron en el programa de formación, exceptuando el periodo de julio a septiembre. En total, se realizaron 984 ecografías, de las cuales 355 se realizaron con fines diagnósticos, en un total de 678 pacientes con una media de edad de 64,8 años. La distribución por sexo fue del 56,4% hombres y el 42,8% mujeres. Los procedimientos más frecuentes incluyeron ecografías abdominales (235), cardíacas (267), pulmonares (208), vasculares (54) y E-FAST (54).
En términos de resultados, se observó una concordancia global del 77,6% entre los hallazgos ecográficos y los estudios especializados confirmatorios, con un coeficiente Kappa de Cohen simplificado de 0,701 (indicativo de una concordancia sustancial a casi perfecta). En el caso específico de las ecografías diagnósticas, la proporción de concordancia fue del 80,6%, con un Kappa de 0,611 (misma significación que el anterior).
Al cierre de cada periodo de formación, se constató un aumento en la autonomía de los residentes al realizar exploraciones, así como una mejora significativa en su precisión diagnóstica. La calificación media de los residentes alcanzada fue 9,29 sobre 10.

CONCLUSIONES

La implementación de este programa formativo ha permitido a los médicos residentes adquirir habilidades esenciales para el uso de la ecografía clínica en urgencias. Esto ha sido especialmente útil en patologías prevalentes como la insuficiencia cardíaca, el tromboembolismo pulmonar, el dolor abdominal agudo y la ureterohidronefrosis, entre otras. La supervisión cercana del equipo formador ha asegurado la adecuada adquisición de conocimientos y habilidades.
Sin embargo, hemos identificado ciertos desafíos, como la necesidad de mantener una dotación suficiente y adecuada de ecógrafos y tiempo formativo, además de integrar la ecografía de manera uniforme en las rutina clínica diaria, algo que todavía varía según las especialidades.
En conclusión, este programa formativo ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar las competencias diagnósticas de los residentes, contribuyendo a fortalecer la atención en urgencias. Además, podría servir como modelo para implementar iniciativas similares en otros centros.

P. #95

SERIOUS GAME VIRTUAL PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA EN URGENCIAS: ESTUDIO PILOTO DE GAMIFICACIÓN GEMAS©

MUNIR Mohamed Mimun, JORDI Padró Vellvé, CLARA Romero Rascón, Sandra Jiménez Jiménez, MARC Campayo Guillaumes, Esther Jovell Fernández

Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La formación en urgencias y emergencias requiere metodologías dinámicas y continuadas que fomenten competencias clínicas de manera eficiente y atractiva. La sobrecarga asistencial y la distancia entre teoría y práctica dificultan la adquisición y retención de conocimientos mediante métodos tradicionales, lo que hace imprescindible explorar enfoques educativos innovadores. La gamificación y los entornos virtuales se han posicionado como herramientas prometedoras, al promover un aprendizaje activo, autónomo y personalizado. Sin embargo, la evidencia sobre su aplicación en el ámbito sanitario sigue siendo incipiente, lo que destaca la necesidad de estudios que evalúen su impacto real.

OBJETIVO

El entrenamiento continuo en Urgencias no solo es esencial para garantizar respuestas rápidas y eficaces, sino también para abordar las limitaciones de los métodos tradicionales de formación. La falta de tiempo para asistir a capacitaciones presenciales, la heterogeneidad en las habilidades de los equipos y los altos costos de los recursos de simulación presencial representan desafíos importantes. En este contexto, el desarrollo de un serious game virtual no solo facilita el acceso a experiencias formativas inmersivas y flexibles, sino que también permite incorporar escenarios clínicos realistas y adaptados a distintas necesidades. Este enfoque combina accesibilidad, rigor académico y escalabilidad, con el objetivo de optimizar tanto la experiencia de aprendizaje como su aplicabilidad en diversos contextos clínicos.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio piloto en el que participaron 22 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros). El objetivo fue evaluar la intervención utilizando el modelo de Kirkpatrick en dos niveles:

- Nivel I (Satisfacción y usabilidad): Se aplicó un cuestionario de satisfacción y la escala System Usability Scale (SUS).
- Nivel II (Aprendizaje): Se diseñó y administró un test ad-hoc de conocimientos antes y después del uso del juego.

Además, se recopilaron variables sociodemográficas de los participantes (edad media de 31,23±6,7 años; 40,9% varones y 59,1% mujeres) y se exploró la relación de estas variables con los resultados de la intervención.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- Nivel I (Satisfacción y usabilidad):
La puntuación media de satisfacción fue de 9,63 sobre 10, reflejando un alto grado de aceptación por parte de los participantes.
La usabilidad del juego se consideró excelente, con valores de SUS de 87,14 (79,75-94,53) en medicina y 84,5 (80,44-88,56) en enfermería.
- Nivel II (Aprendizaje):
En el área de medicina, la puntuación pre-intervención (48,57 (28,8-68,4)) aumentó hasta 80,29 (57,8-102,8), lo que representa un +65% de mejora relativa.
En el área de enfermería, la media pasó de 23,47 (15,1-31,9) a 43,47 (28,4-58,6), equivalentes a un +85% de mejora, aunque con una dispersión mayor.
La correlación entre la edad y la mejora obtenida fue prácticamente nula (r = -0,08).
Se halló una correlación negativa moderada con los años de experiencia (r = -0,41), lo que sugiere que los profesionales con menor trayectoria podrían obtener mayores beneficios de este enfoque formativo.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos apuntan a que la gamificación puede ser un recurso transformador en la formación continuada de los profesionales de urgencias. El alto nivel de satisfacción refleja la facilidad de adopción y la pertinencia de los casos clínicos, reforzado por la posibilidad de uso en dispositivos portátiles que no requieran de espacios físicos o recursos complejos de obtener. La mejora significativa en los test de conocimientos tras la utilización del virtual serious game sugiere un impacto relevante en la adquisición de competencias, aunque se observan diferencias entre medicina y enfermería que invitan a modular los contenidos para maximizar la efectividad del aprendizaje. Este serious game virtual puede ser una via atractiva para modernizar la docencia en urgencias, abriendo posibles aplicaciones en otros entornos hospitalarios y colaboraciones entre distintas instituciones.

P. #391

USO DE REALIDAD VIRTUAL INMERSIVA PARA LA SIMULACION DE INCIDENTES CON VICTIMAS MULTIPLES Y TRIAJE

Alberto Gabriel Sosa Hidalgo, Claudia Estela Congett, José Luis De Echave, Giuliana Morlino, Carolina Pereyra Girardi, Erika Amarillo .

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Argentina

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha desarrollado como una de las principales alternativas para la adquisición de competencias en un entorno controlado, seguro y que permite su adaptación a las necesidades de cada momento. Por otro lado, el aprendizaje tradicional en las ciencias de la salud se ha visto complicado por la organización sanitaria de los últimos años.
Los modelos de simulación tienen cada vez mayor similitud con la realidad, se han ido adaptando a diferentes campos donde los escenarios constituyen no el único método para la adquisición de habilidades, sí el de mayor impacto y el que permite una mayor adquisición de competencias con mayor velocidad de transferencia de estas sobre la situación entrenada.
Con el tiempo se ha logrado demostrar que el uso de simulación acorta significativamente el tiempo necesario para la adquisición de habilidades, permite la repetición de actuaciones, trabajar sobre el error sin peligros con el paciente y modificar la dificultad de los escenarios
Una de las problemáticas más complejas en nuestro sistema en la formación de emergencias, es la simulación en escenario de víctimas múltiples. Por un lado, el alto costo de movilización de recursos materiales, humanos, logísticos, las condiciones del tiempo y la necesidad de contar con recursos que normalmente se encuentran operativos (ambulancias, bomberos, policía, entre otras), a esto sumarle los voluntarios para hacer de víctimas. Pero más complejo aún, es que con cada simulacro se puede analizar el trabajo de 3 o 4 equipos de respuesta.
Solo nuestra Universidad necesita formar unos 200 estudiantes al año y unos 80 profesionales del sistema regional, esto haría con el sistema convencional un estimado de 30 simulacros al año, algo simplemente imposible.

OBJETIVO

Contribuir a la formación de profesionales para la atención de calidad en los incidentes con múltiples víctimas

MÉTODO

Para resolver la problemática surge “SIPRE” (Simulador Inmersivo de Primera Respuesta y Emergencias). Una aplicación de realidad virtual para la plataforma Meta Quest, que pone al alumno en un evento de Víctimas Múltiples con diversas dificultades para realizar el ejercicio de toma de decisiones bajo las condiciones de estrés controladas. Posee un nivel de inmersión necesario considerando factores como gráficos, sonido y entorno siendo muy efectiva para generar simulaciones relistas.
El Escenario es un Incidente vehicular con 5 víctimas de distinta consideración. Previo al ingreso se realiza un prebriefing explicando el escenario y el uso del sistema, luego se elige la escena donde el alumno cuenta con 15 minutos para evaluar, solicitar apoyo, realizar el triaje y las medidas salvadoras necesarias. Posteriormente se realiza el debriefing con el facilitador y el docente a fin de evaluar en forma conjunta las cosas a corregir.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Si bien la realidad virtual no reemplaza un simulacro convencional, por la posibilidad de interactuar en tiempo real con otros actores y evaluar el trabajo en equipo, el sistema demostró poseer algunas ventajas detalladas a continuación:

- Permite tener un primer abordaje al incidente, tomar decisiones y realizar Triaje en pocos minutos, tomar decisiones inmediatas frente a patologías que ponían en riesgo la vida (colocar un torniquete, manejo de la vía aérea)
- Si bien el escenario posee 5 víctimas, esto ocupa más del 80% de los incidentes de nuestras ciudades.
- En 10 meses se logró que 280 profesionales realicen el escenario en 3 oportunidades.
- Al entrar en una valija, permite transportarlo a cualquier punto de la provincia

CONCLUSIONES

La realidad virtual es una herramienta estratégica para la formación en emergencias bajo la metodología de simulación clínica. Permitiendo el transporte a lugares remotos, capacitando a los profesionales en un corto periodo de tiempo, logrando la evaluación constante con pocos instructores y una reducción significativa de los costos tradicionales.

P. #417

IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS CONJUNTAS ENTRE LOS CUERPOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS Y EL CUERPO DE BOMBEROS EN ZONAS REMOTAS

Montserrat Navarra Llorens[1], Oriol Manuel Romero[1], José Ramon Ropero Molina[2], Sergio Hijazo prades[2], Laia Pociello Llohan[3]

1. Sistema Emergències Mèdiques, Sort, España
2. Sistema Emergències Mèdiques, Lleida, España
3. Institut Catala de la Salut, La Pobla De Segur, España

INTRODUCCIÓN

Las zonas remotas se caracterizan por una amplia dispersión geográfica y baja población, presentando un desafío para la actividad asistencial por parte de las unidades de emergencias. Para mejorar la eficiencia y la coordinación en este ámbito, se planteó crear un espacio de entrenamiento multidisciplinar entre sistema de emergencias médicas (SEM) y el cuerpo de bomberos. Basándose en la combinación de teoría y práctica mediante talleres y casos clínicos.

OBJETIVO

1. Fortalecer la coordinación entre bomberos y SEM a través de una preparación conjunta.
2. Potenciar el trabajo en equipo.
3. Asegurar una mejora continua en la respuesta ante emergencias.
4. Favorecer el crecimiento profesional, promoviendo la especialización y la formación continua.

MÉTODO

Se organizan sesiones conjuntas entre los equipos de bomberos y SEM, donde los equipos de Soporte Vital Avanzado y Básico participan en prácticas formativas en los parques de bomberos. Las formaciones incluyen una parte teórica, donde se revisan los procedimientos técnicos, y una parte práctica, donde se asignan y evalúan los roles en situaciones de emergencia.
La preparación de los casos prácticos es responsabilidad de los equipos territoriales de Bomberos y SEM, quienes proporcionan fichas detalladas que deben ser revisadas por profesionales especializados.
La parte práctica de la formación incluye varios pasos esenciales:
1. Presentación de los equipos, con la asignación de roles y responsabilidades.
2. Un briefing conjunto para coordinar la ejecución de la práctica.
3. Ejecución de la práctica, donde se siguen los roles asignados en un entorno controlado.
4. Debriefing final, donde se evalúa el desempeño de cada equipo, se identifican puntos de mejora y se refuerzan los aspectos positivos.
5. Evaluación final.
Una vez finalizada la actividad formativa, se lleva a cabo una valoración a través de un formulario de Google Forms, que permite a todos los participantes proporcionar retroalimentación sobre la calidad del taller con el principal objetivo de medir la efectividad del taller, identificar fortalezas y debilidades y recoger sugerencias para mejoras futuras.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Una vez realizada la primera valoración del primer año, se valora muy positivamente el hecho de crear un entorno donde entrenar de forma multidisciplinar y compartir diferentes puntos de vista para mejorar la coordinación de los diferentes equipos ante una emergencia real. El hecho de conocerse de forma personal ha mejorado la comunicación entre ambos cuerpos.
Puntos de mejora:
1. Definirse durante el briefing inicial los roles y responsabilidades de cada individuo.
2. Planificación y distribución del calendario con anticipación para favorecer su preparación.
3. Anticipación del material necesario para favorecer la práctica.

CONCLUSIONES

1. El proyecto de formación conjunta entre bomberos y SEM fortalece la relación y mejora la coordinación y eficiencia ante una emergencia.
2. Fomentar el desarrollo profesional y la cohesión entre ambos equipos.
3. Asegurar una respuesta eficaz y coordinada en situaciones de emergencia.

P. #872

FORMACIÓN EN TERREMOTOS MEDIANTE SIMULACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL PARA PROFESIONALES DE EMERGENCIAS

Laura Acosta Urbano[1], Sandra Giménez Revert[2]

1. Delta Condado Campiña- Servicio Andaluz De Salud, Huelva, España
2. Servicio De Emergencias Sanitarias De La Comunidad Valenciana, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Los terremotos representan un desafío significativo para los equipos de emergencia, quienes deben responder de manera rápida y efectiva en escenarios de alta incertidumbre. La formación tradicional basada en teoría y simulacros físicos tiene limitaciones en cuanto a realismo, disponibilidad y coste. La realidad virtual (RV) emerge como una herramienta innovadora para entrenar a los profesionales en entornos seguros y altamente realistas, permitiendo la inmersión en escenarios críticos y la mejora de la toma de decisiones.

Justificación

La formación en emergencias sísmicas requiere una preparación intensiva que permita a los profesionales actuar con rapidez y eficacia. Sin embargo, los métodos convencionales de enseñanza presentan barreras logísticas, económicas y de seguridad. La RV ofrece una alternativa viable que simula entornos altamente realistas sin riesgos físicos, permitiendo una mejor capacitación y una reducción en los tiempos de respuesta ante eventos sísmicos reales.

Descripción

- Objetivos

1. Diseñar y evaluar un programa de formación en terremotos basado en simulación de realidad virtual.
2. Mejorar la respuesta operativa y la coordinación de los equipos de emergencias ante un evento sísmico.
3. Analizar la efectividad de la realidad virtual en la adquisición de habilidades y toma de decisiones en situaciones de crisis.

- Descripción del Estudio

Este estudio se desarrollará mediante un enfoque cuasi-experimental en el que se compararán dos grupos de profesionales de emergencias: uno que recibirá formación tradicional y otro que se entrenará mediante simulaciones de realidad virtual. Se analizarán variables como la rapidez en la toma de decisiones, la eficacia en la evaluación de daños y la percepción de autoeficacia.

- Metodología

Diseño del Proyecto: Crear una simulación interactiva de terremoto en RV, que permita a los usuarios experimentar la sensación de un temblor, así como las secuelas inmediatas (desprendimientos, daños estructurales, evacuación de personas, etc.).

Población Objetivo: Personal de emergencias, como bomberos, policías, médicos de urgencias, y equipos de rescate.

Herramientas de Desarrollo:

Para este proyecto de investigación, la combinación de dispositivos de RV como Oculus Quest 2 o HTC Vive Pro 2, junto con herramientas de desarrollo como Unity 3D o Unreal Engine, sería una elección adecuada. Esto permitirá crear simulaciones interactivas de terremotos de alta calidad y con suficiente inmersión para entrenar eficazmente al personal de emergencias. La adición de dispositivos de seguimiento de movimiento y sensores de vibración también podría mejorar la experiencia.

Fases de Entrenamiento: Diseñar distintos niveles de dificultad que representen terremotos de diferentes magnitudes y escenarios (entornos urbanos, rurales, etc.).

Evaluación: Se realizaran cuestionarios pre y post entrenamiento para medir conocimientos y percepción de autoeficacia, evaluación de desempeño en simulaciones virtuales asi como encuestas de satisfacción y utilidad percibida.

Discusión

Este proyecto busca innovar en la capacitación de los profesionales de emergencias a través de la aplicación de tecnologías de simulación avanzadas, ofreciendo un modelo de aprendizaje inmersivo, seguro y eficiente. La incorporación de la realidad virtual en la formación podría transformar los estándares actuales de preparación ante desastres naturales.

La incorporación de la RV en la formación de emergencias podría transformar el paradigma de enseñanza en la gestión de desastres. Estudios previos han demostrado que el aprendizaje inmersivo mejora la retención del conocimiento y la capacidad de reacción en escenarios críticos. Además, la reducción de costos a largo plazo y la posibilidad de personalizar los entrenamientos la convierten en una alternativa viable para sistemas de emergencia en diferentes regiones del mundo. Sin embargo, se deben considerar factores como la accesibilidad a la tecnología y la aceptación de los profesionales en el uso de estas herramientas.

P. #934

FORMACIÓN CONJUNTA SOBRE INTERVENCIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

Clara Cañardo Alastuey[1], Inés Cañardo Alastuey[2], Daniel Moreno De Los Huertos[3], Iván Gracia Castillo[3], Antonio Requena López[1], Denisa Rusu –[1]

1. 061 Aragón, Huesca, España
2. Hospital universitario San Jorge, Huesca, España
3. SPEIS Ayuntamiento Huesca, Huesca, España

INTRODUCCIÓN

En el año 2023 se produjeron en España 101306 siniestros viales según datos de la Dirección General de Tráfico (DGT). Estas cifras representan un aumento de los siniestros de tráfico con víctimas de un 3% respecto al año 2022. Esta tendencia al alza se viene observando en los últimos años, y nosotros como servicios de emergencias implicados en estas situaciones también lo estamos notando.

Los accidentes de tráfico son situaciones que requieren para su atención el trabajo coordinado de diferentes equipos (bomberos, agentes de seguridad, sanitarios, conservación de carreteras, protección civil...). Siempre tras una actuación en accidente de tráfico la sensación de los equipos es unánime, es necesario realizar prácticas conjuntas, sobre todo de los equipos que más en contacto están con las víctimas como los bomberos y los sanitarios, para que ese engranaje sea perfecto.

Las víctimas de estas atenciones son pacientes politraumatizados en los que una demora en la detección de la necesidad de asistencia y en su prestación, aumentan la gravedad de sus lesiones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en que para mejorar la atención a las víctimas de accidentes de tráfico es necesario velar por que se pueda recibir oportunamente atención prehospitalaria y mejorar la calidad de esta atención in situ mediante programas de capacitación especializada.

Ante estas necesidades y retos, los profesionales que trabajamos codo con codo en estas situaciones, propusimos a nuestras respectivas instituciones el llevar a cabo un programa de sesiones de formación conjunta bomberos-sanitarios con el objetivo final de mejorar la calidad en la asistencia del paciente.

Justificación

Las actividades de encuentro y fomento de las relaciones entre los distintos intervinientes de la cadena asistencial que participan en la atención a las urgencias y emergencias de accidentes de tráfico, sirven para establecer procedimientos de coordinación y formación en técnicas de seguridad y maniobras de estabilización y valoración inicial de las víctimas.

Descripción

Se están realizado sesiones teóricas y prácticas en las que participa el personal de bomberos y el personal de urgencias y emergencias (médicos, enfermeros, técnicos emergencias sanitarias) que van a trabajar conjuntamente en las situaciones reales.

Las sesiones teóricas incluyen la atención inicial al paciente politraumatizado, maniobras salvadoras, inmovilización y movilización, maniobras de soporte vital básico y uso de DESA, técnicas básicas de aproximación a accidentes de tráfico, peligros de los diferentes tipos de vehículos, autoprotección y seguridad, y zonificación. Las sesiones prácticas se realizan con vehículos en un entorno controlado y tienen el objetivo de afianzar los contenidos teóricos. Además, se cuenta con actores y actrices de una escuela de teatro que hacen de víctimas.

Discusión

Con este proyecto se pretende mejorar la coordinación entre bomberos y sanitarios, disminuir los riesgos inherentes a estas atenciones con formación recíproca en medidas de autoprotección y seguridad y medidas sanitarias básicas para el abordaje de los escenarios de intervención conjunta, así como mejorar la asistencia a las víctimas implicadas.

Creemos que estas formaciones tienen que implicar a los equipos que luego en las situaciones reales van a trabajar juntos, puesto que al conocernos el trabajo se hace más fácil y facilita la comunicación. Esto está siendo valorado muy positivamente por los participantes.

Además, al realizar las simulaciones en escenarios con vehículos reales y con miembros de la escuela de teatro como víctimas, permite figurar las dificultades que nos encontramos en los accidentes de tráfico y fortalece la capacidad de respuesta bajo estrés de los miembros actuantes.

P. #1095

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

Cristina María Domínguez Lubillo, Mónica Martín De Miguel, Ángel Julián Iglesias Merchan, María Del Carmen Sánchez Beltrán, Teresa Agudo Villa, David Martín Crespo Posada

Hospital Universitario Severo Ochoa, Las Rozas De Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años, originaria de Colombia, acude a urgencias por cefalea de similares características a sus migrañas habituales. Antecedentes personales: migraña con aura visual y acústica, neuralgia del trigémino izquierdo con episodios de midriasis arreactiva en la pupila derecha. Tratamiento preventivo iniciado por neurología con escasa mejoría.

Exploración física: midriasis derecha, hipoestesia hemicraneal derecha, asimetría facial inferior que corrige con sonrisa forzada. Analítica, radiografía de tórax y TAC craneal sin hallazgos relevantes. Se realiza interconsulta con neurología, que solicita RMN sin hallazgos. Diagnóstico de midriasis en relación con migraña, test de pilocarpina negativo. Se inicia tratamiento con flunarizina y topiramato.

Posteriormente, la paciente acude nuevamente a urgencias por crisis comiciales. Refiere antecedentes de crisis generalizadas no documentadas previamente, con ingreso en UCI hace cinco años. TAC craneal y video EEG sin hallazgos. La evaluación neurológica sugiere patología psicofuncional por datos atípicos y contradictorios en la historia clínica y exploración. Se sospecha midriasis farmacológica y pseudocrisis, sin indicación de tratamiento antiepiléptico.

En otro episodio, acude por edema, dolor y eritema en miembro superior izquierdo compatible con flebitis. La paciente refiere trombosis de vena cefálica izquierda en brazo con tratamiento anticoagulante con HBPM. Durante la hospitalización, se observa autoinfligirse venopunciones. Ecografía Doppler sin signos de trombosis venosa profunda ni tromboflebitis; se suspende la anticoagulación.

Reingresa por intoxicación etílica. Refiere consumo perjudicial de alcohol tras la pérdida de un hijo hace cinco años y reciente fallecimiento de su hermano, quien padecía retraso mental y sintomatología psicótica. Antecedentes de maltrato infantil por parte de su padre. Madre fallecida en el parto. Presenta arañazos y hematomas en miembro superior izquierdo y espalda, además de una quemadura de 2 cm.

En un nuevo ingreso, acude por intento autolítico con disminución de respuesta a estímulos. Se administran naloxona y flumazenil con recuperación completa del nivel de conciencia. Refiere antecedente de astrocitoma anaplásico grado III diagnosticado en 2018 y tratado con radiocirugía y temozolamida, pero sin informes médicos que lo corroboren. TAC craneal sin signos de intervenciones previas. Presenta episodios de movimientos tónico-clónicos sin evidencia de foco epileptógeno en la sala de espera de radiología.

Se contacta con el hospital donde supuestamente recibió tratamiento oncológico, y se confirma que solo fue intervenida por cirugía bariátrica. Al ser confrontada, mantiene su narrativa. Coincidiendo con la planificación del alta, la paciente desarrolla nuevos síntomas inconsistentes y exploraciones incongruentes. Se solicita interconsulta con psiquiatría por sospecha de trastorno facticio.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Munchausen, o trastorno facticio autoimpuesto, es una entidad psiquiátrica compleja caracterizada por la fabricación o exageración de síntomas con el objetivo de asumir el rol de paciente. Representa un desafío diagnóstico, especialmente en urgencias, debido a historias clínicas convincentes pero inconsistentes, el uso excesivo de recursos sanitarios y la posibilidad de procedimientos innecesarios o peligrosos.

El diagnóstico diferencial incluye trastornos de somatización, simulación, trastorno por conversión y trastornos psicóticos. Se caracteriza por síntomas autoinfligidos, historiales inconsistentes y deseo de hospitalización o intervenciones médicas.

El manejo requiere un enfoque multidisciplinario con psiquiatría, neurología y medicina interna. La psicoterapia es la principal estrategia terapéutica, aunque el pronóstico suele ser incierto, con riesgo de recaídas. No obstante, el pronóstico mejora en paciente con síndromes menos estructurados y sin trastornos graves de personalidad. Es crucial mantener una postura empática pero firme para evitar reforzar la conducta facticia y minimizar el impacto en el sistema de salud.

P. #1113

DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO ORIENTADO A LAS NECESIDADES MEDIANTE SIMULACIÓN

Francisca Rico Rodríguez[1], Diego Alejandro Camargo Espitia[2], Germán Valdés Zafra[2], Álvaro Ortega Guerrero[2], Carlos Ávila Zurita[2], Luis Ayala Jiménez[2]

1. Doctorado Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud, Universidad de Málaga. Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga, España
2. Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de situaciones críticas en urgencias puede resultar de gran complejidad, tanto por la diversidad de situaciones a las que nos podemos enfrentar, como por la interrelación de todo el equipo en dichos momentos de
gran tensión emocional. Tan importante es conocer el manejo teórico de forma sistematizada y estandarizada, como entrenar el resto de habilidades de comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, etc., que repercuten de forma directa en la seguridad del paciente.
El entrenamiento de situaciones críticas en urgencias mediante simulación permite perfeccionar la coordinación de todo el equipo que trabaja en urgencias. Esta formación permite, en situaciones futuras, anticiparse, hacer partícipe a todo el personal y repercutir de forma positiva en manejo global del paciente y sobre todo de su seguridad.
Justificación
El desarrollo de una formación específica ajustada a las necesidades de los alumnos, los cuales demandan dicha formación y además orientada a unos objetivos teóricos y de práctica de habilidades ya prefijados por ellos mismos (no por los profesores, como habitualmente se hace), permite rentabilizar el tiempo empleado en la docencia, a la vez que genera una mejora del ambiente laboral en el tiempo de trabajo, con una influencia directa positiva en la calidad de atención del paciente.
Descripción
Se trata de un proyecto que busca encontrar soluciones realistas y aplicables a necesidades formativas demandadas de trabajadores de área de urgencias hospitalarias. Aquí se engloba una amplia variedad de personal (auxiliares, enfermería, médicos de urgencias, diferentes médicos especialistas, celadores…), con diferente formación académica y experiencia previa, que se enfrenta a pacientes de distintas complejidades sometidos a intervenciones de todo tipo. Todos los intervinientes participan de forma voluntaria. Y es que el compromiso por parte de todos los participantes, así como las ganas de mejora es lo que ha motivado la puesta en marcha de este proyecto. El objetivo principal es evidenciar los cambios en conocimientos teóricos, grado de satisfacción y habilidades no técnicas del personal del bloque quirúrgico, tras la realización de un programa de formación mediante simulación clínica, con ayuda del Codimg.
Discusión
Mediante la simulación se generan situaciones clínicas similares a la práctica real, intentando reducir la brecha entre el rendimiento real y el esperado. Se preestablecen unos objetivos de aprendizaje por parte del instructor, a los que se añaden los objetivos demandados por los alumnos una vez realizada la simulación.
El abordaje de estado emocional del trabajador puede resultar complejo. La identificación y optimización de dicho estado mental podría repercutir en una prevención de errores de administración de medicación, mejora del ambiente de trabajo, aumento del rendimiento laboral y todo ello conllevar un beneficio directo en el cuidado paciente y reducir costes, tiempo de hospitalización, etc. Durante la simulación se garantiza una seguridad psicológica.
La comunicación entre personas resulta de un intercambio de información de forma eficiente. El interlocutor emite un mensaje, los oyentes lo reciben. Pero en ocasiones el mensaje recibido no es exactamente el que se
quería ofrecer. Se producen variaciones respecto a la información, dependiente de los modelos mentales de cada uno de los intervinientes. La práctica y mejora de dicha comunicación entre el equipo repercute en el rendimiento de todos los participantes y sobre todo, en el manejo eficaz del paciente.
Por todos estos aspectos señalados anteriormente la utilización de simulación como herramienta formativa en todo el personal de urgencias repercute en multitud de beneficios directos en los propios participantes e indirectos en los pacientes.

P. #1175

CURSO SIMULACIÓN CLÍNICA: PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y MEDICINA

Rebeca Soto Olarte, Minerva Pérez Herreros, Patricia Martínez Galán, Mauricio Gómez Alonso, Ione Villar García, Francisco Panadero Riesco

Hospital San Pedro de Logroño, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

Tras la revisión bibliográfica sobre el tema, no existen estudios específicos de las competencias adquiridas en intervenciones y procedimientos básicos requeridas para la capacitación de los médicos y enfermeras para el desempeño de sus funciones. Esto conlleva, la obtención de Médicos y Enfermeras, con título de Especialización, incapaces de llevar a cabo procedimientos básicos como: canalizar una vía periférica o poner un sondaje, como ejemplos.

Es evidente que la gestión compartida de la demanda promueve que, ante un problema de salud, responda el profesional del equipo que pueda resolverlo de una forma adecuada, eficiente y de calidad. Es preciso reorganizar la atención de modo que cada profesional del equipo pueda aportar una respuesta sinérgica y adaptada a sus competencias y habilidades para resolver los problemas de salud en todas las etapas de su vida, esto es, responder en equipo y centrándose en los intereses del paciente.

En la actualidad, la formación interprofesional (EIP) en el ámbito de la salud, no se ha desarrollado al ritmo de las necesidades que la sociedad demanda, presentándose con currículos fragmentados, obsoletos, estáticos y con una notable descoordinación de competencias.

En este sentido, la EIP es importante tanto para la persona como para la familia porque aumenta su bienestar, disminuye las estancias hospitalarias, y aumenta la continuidad y calidad de los cuidados prestados. De igual manera, aumenta la satisfacción personal del profesional, mejora la seguridad del paciente, la eficiencia de los servicios y reduce el gasto sanitario en la organización.

La continua y creciente incorporación de nuevos conocimientos y tecnologías aplicables a la atención sanitaria lleva asociados grandes desafíos que se han de enfrentar los profesionales sanitarios. La formación es pilar fundamental como herramienta para contribuir a la implementación de los avances, por lo que se ha de crear un entorno de aprendizaje continuo y adaptado al contexto actual y futuro, que dé respuesta a las demandas de la población y que sitúe al paciente en el centro del sistema.

OBJETIVO

Proporcionar a los Médicos/as, Enfermeras/os y/o residentes, los conocimientos y la práctica para la aplicación de procedimientos básicos y técnicas comunes en ambas disciplinas.

MÉTODO

Se realizó un taller de modalidad presencial incluido en la oferta formativa para profesionales del Servicio de Salud de la Comunidad.

Se llevó a cabo con una metodología teórico-práctica, que permitieron al alumno conocer y desarrollar sus habilidades para su incorporación a su práctica asistencial.

Consistió en un taller de 9 horas de duración donde se dividió a los alumnos en grupos de 4 personas para rotar por 9 estaciones. En cada una de ellas se llevaba a cabo una breve explicación de la técnica a realizar tras lo cual, se pasaba a la práctica de la misma. Los docentes fueron enfermeros/as y médicas del Servicio de Urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

A posteriori se evaluó el grado de satisfacción mediante una encuesta reglada (de 1-10).

Hasta el momento se han realizado dos ediciones a las que han acudido 19 y 18 personas. La calidad del material aportado y la metodología docente fue valorada en un 9,53 y 9,62 respectivamente. Los contenidos teóricos y prácticos fueron considerados adecuados con una valoración media de 9,62 siendo valorados por resultar útiles para la formación y el puesto de trabajo de los alumnos con un 9,84. La duración de la actividad y la distribución del tiempo resultó adecuada para un 94% de los alumnos y los formadores transmitieron con claridad y eficacia la materia para un 97% de los mismos.

CONCLUSIONES

Con el grado de satisfacción obtenido se ha planteado realizar más ediciones en este 2025 e incluirlo en el programa formativo de MIR y EIR

P. #1525

EL SIMULACRO DE INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS COMO ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE, UNA PROPUESTA DE PLANTILLA DE DISEÑO

F. Xavier Mateu Rubio, Davinia Cornejo Moraleja, Eva María Valiño Otero, Jaime Barreiro López, Bary Lyman, Alex Closa .
Sistema Emergències Mèdiques, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La incidencia de los incidentes de múltiples víctimas (IMV) está en auge debido a una mayor exposición a riesgos ambientales por el cambio climático (incendios, olas de calor, inundaciones,..), al aumento de riesgos tecnológicos (incidentes en estructuras, industrias, transporte) y al auge de los ataques terroristas en todo el planeta.
La respuesta ante este tipo de incidentes es compleja, implicando a diferentes grupos de intervención y diferentes procedimientos de actuación que se interrelacionan entre ellos en un contexto de crisis donde las necesidades superan los recursos disponibles.
Los simulacros se han utilizado desde hace décadas para poner a prueba los planes de emergencias y mejorar la coordinación entre las diferentes entidades que dan respuesta a estos eventos.
Los simulacros son también una oportunidad de aprendizaje para los actuantes y los coordinadores de los equipos sanitarios, bomberos, policía, protección civil y otros grupos de respuesta en estos incidentes.
Los autores han creado una plantilla de simulacro (PlaSim) para facilitar el diseño del simulacro incluyendo los objetivos docentes de la gestión inicial sanitaria de un IMV y la han puesto a prueba en 3 simulacros a gran escala.

OBJETIVO

Conocer el grado de mejora en la percepción del aprendizaje de los participantes en la asistencia inicial sanitaria de un IMV en 3 simulacros utilizando la plantilla de simulación PlaSim y su grado de satisfacción

MÉTODO

Análisis cuantitativo en el que se midió la autopercepción de aprendizaje adquirido y el grado de satisfacción a través de una encuesta ad-hoc en 25 profesionales/participantes de 3 simulacros durante el año 2023. Los objetivos docentes se relacionaron con la gestión sanitaria de un IMV. Con el fin de medir la autopercepción de aprendizaje pre-post simulacro y el grado de satisfacción se utilizó una escala de Likert de puntuación de 10 puntos.
La herramienta utilizada para diseñar la actividad fue una plantilla de simulacro creada ad-hoc, que denominamos PlaSim, que recogía los fundamentos de la simulación, incluidas las tres esferas de fidelidad: la conceptual, la física y la emocional. Se estructuró en 4 fases: prebriefing, escenario, defusing y un debriefing. La plantilla también enmarca todas las actividades formativas relacionadas con la simulación dentro las zonas de las SimZones de Roussin y Weinstock, propiciando un entorno seguro para los receptores de la intervención educativa.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Un total de 25 profesionales de emergencias con una experiencia media de 12 años participaron en las encuestas pre-post simulación. Los perfiles profesionales fueron: técnico en emergencias sanitarias (TES), enfermería y medicina.
Los resultados de la encuesta pre-simulación mostraron una autopercepción de conocimientos en gestión de IMV media (DE) de 6,12 (1,5), en comparación con una puntuación media (DE) de 7,3 (1,3) en la encuesta post-simulación. También, se puntuó el grado de satisfacción obtenido con la organización y estructura del simulacro obteniendo una puntuación media (DE) de 7,48 (1,7) sobre 10. Se destacó el diseño del simulacro, el uso de ayudas cognitivas para las comunicaciones, así como el pre-breafing realizado.

CONCLUSIONES

El uso de la plantilla PlaSim en el diseño y ejecución de simulacros mejora el aprendizaje de los participantes sobre la gestión inicial sanitaria y su grado de satisfacción con el simulacro.
Serían necesarias más estudios para conocer que factores están relacionados con la mejora del aprendizaje y satisfacción y comparar estos resultados otras herramientas.

P. #1541

PARO CARDÍACO EN LA RAVE: ¿CÓMO INFLUYE LA TASA DE ALCOHOL DEL PRIMER INTERVINIENTE EN EL USO DEL DESA?

Roberto Barcala Furelos[1], Felipe Fernández Méndez[2], Silvia Aranda García[3], Martín Otero Agra[2]

1. Universidad de Vigo, Pontevedra, España
2. Facultad de Enfermería. Universidad de Vigo, Pontevedra, España
3. INEF Barcelona, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El alcohol es un factor limitante para muchas acciones de la vida ya que disminuye la atención, la concentración y la respuestas motoras. Sin embargo, se desconoce cómo afecta al uso del DESA en caso de parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH). Las actividades nocturnas, conciertos o el uso de discotecas, son momentos en los que el consumo de alcohol es más frecuente, por lo que no sería inusual que un primer intervininente bajo los efectos del alcohol pueda usar un DESA. Evaluar su respuestas es importante para la toma de decisiones del centro coordinador de emergencias a la hora de ofrecer indicaciones o recomendar el uso del DESA por otra persona.

OBJETIVO

Evaluar el tiempo y la calidad del uso del DESA y la RCP en función de la tasa de alcohol.

MÉTODO

Estudio de simulación, descriptivo y de conveniencia. Aprobado por el comité de ética de la F.CC.ED.D de la Universidad de Vigo. En una fiesta nocturna celebrada en la provincia de Pontevedra se instaló una zona de formación en RCP. De forma voluntaria los participantes accedieron al puesto, firmaron el consentimiento informado y se les solicitó realizar una simulación de uso de DESA sobre maniquí, poniendo en contexto un paro cardíaco. Asimismo se les hizo un test de alcoholemia mediante alcoholímetro homologado. A los dos días siguientes se volvió a contactar con los participantes, verificando nuevamente la autorización de cesión de datos para el estudio. Se incluyeron en la muestra final 29 participantes que autorizaron doblemente la cesión de datos en el estudio (antes de la prueba y 48 horas después).
Las variables cuantitativas se describieron en mediana y rango intercuartílico y para comparar los grupos se utilizó la prueba de t para muestras independientes y la prueba U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y absolutos y se compararon los grupos con la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Todos los participantes fueron capaces de encender el DESA (100 %) y realizaron la RCP después de la descarga (100 %). El tiempo de empezar a realizar la simulación y el inicio del análisis fue menor en el grupo con formación previa con una mediana de 45 segundos frente a 66 segundos en el grupo sin formación (p = 0,06).
Se analizaron las variables demográficas y de simulación con nivel espirado de alcohol por separado. De forma que, según el nivel espirado de alcohol los tiempos registrados dentro de la simulación se incrementaron de manera significativa en los participantes con un nivel de alcohol ≥ 0,30 mg/L, para el total de la simulación (p = 0,018).

CONCLUSIONES

La tasa de alcohol espirado retrasa el uso del DESA, pero no lo limita. Personas con formación previa y con una tasa de alcohol superior son más rápidas que personas legas que no han consumido alcohol.

P. #1632

APRENDIZAJE DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL ENTORNO ESCOLAR: PROYECTO RCP-KNOW

Carlos Berlanga Macías[1], Lidia Lucas De La Cruz[2], Iván María Ortega Deballón[3], Santiago Martínez Isasi[4], José Alberto Martínez Hortelano[3], Diana P. Pozuelo Carrascosa[2]

1. UCLM, Albacete, España
2. UCLM, Cuenca, España
3. Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá De Henares, España
4. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago De Compostela, España

INTRODUCCIÓN

La elevada incidencia, la morbimortalidad asociada y el gran impacto individual, social y económico de la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) hacen de esta una prioridad para todos los sistemas sanitarios del mundo. Para incrementar las tasas de primeros intervinientes potenciales que actúen de forma adecuada, aplicando medidas de soporte vital básico (SVB) ante una PCR-EH, el European Resuscitation Council incluye entre sus últimas recomendaciones la formación a todos los niños en edad escolar a través de la iniciativa "Kids Save Lives".

OBJETIVO

Conocer, a través de un ensayo clínico aleatorizado, la efectividad de dos estrategias formativas para aumentar el conocimiento teórico-práctico en SVB en escolares (6-12 años).

MÉTODO

Ensayo clínico pre-post por conglomerados, aleatorizado, que se desarrollará en dos colegios de Cuenca, con escolares desde 6 a 12 años, en el que se testarán dos intervenciones: 1) enseñanza tradicional de la RCP con clase teórica y práctica en maniquíes; 2) enseñanza de la RCP mediante un vídeo diseñado para ello y la utilización de un recurso didáctico (puzle con secuencia de soporte vital básico) adaptado a las edades de los participantes, sin práctica en maniquí. Se evaluarán variables de conocimientos teóricos y habilidades prácticas de RCP, variables antropométricas (peso, talla, composición corporal) y variables de condición física (fuerza muscular y capacidad cardiorrespiratoria).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Este proyecto nos permitirá conocer cuánto de efectivas son las intervenciones propuestas para aumentar los conocimientos teórico-prácticos sobre cómo actuar ante una parada cardiorrespiratoria y ver qué tipo de intervención es más eficaz para ello, tanto a corto como a largo plazo. Así como, conocer la relación de variables como la edad, variables antropométricas y la condición física con el aprendizaje teórico y las habilidades prácticas para la realización de una RCP de calidad.

CONCLUSIONES

Proyecto financiado por la JCCM en la última convocatoria (2023) de proyectos de investigación científica y transferencia de tecnología, cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

P. #1650

LA FORMACION DE LOS RESIDENTES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS. PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA PREVIA

Ángel Luis Burgos Saco, Salvador Espinosa Ramírez, Luis Pardillos Ferrer, Carmen María Blanco Lajo, Francisco Javier Chamorro Anguita, David Marcos Pérez Sánchez

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La formación especializada en Medicina de Urgencias y Emergencias es un pilar fundamental para garantizar una atención sanitaria eficiente y de calidad en los sistemas de emergencias médicas (SEM). Desde hace años, el Departamento de Formación de SUMMA 112 desempeña un papel activo en la formación de los futuros especialistas en Medicina y Enfermería de Urgencias y Emergencias, colaborando con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid, así como con otras Unidades Docentes del territorio español que incluyen rotaciones optativas en este servicio.

Con una visión de futuro, SUMMA 112 ya está planificando y estructurando la formación de los nuevos especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias, centrando su enfoque en la atención prehospitalaria como una parte esencial del proceso asistencial.

Este trabajo presenta los resultados de la evaluación de satisfacción de los médicos y enfermeros residentes que han rotado por SUMMA 112 durante el año 2024, con el objetivo de analizar el impacto y la calidad formativa del programa.

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción de los residentes de medicina y enfermería que han realizado su rotación en el servicio de emergencias prehospitalarias SUMMA 112 durante el año 2024, analizando su percepción sobre la calidad de la formación, el aprendizaje adquirido y la posibilidad de considerar este servicio como opción profesional futura.

MÉTODO

Se realizó un análisis poblacional de los médicos y enfermeros residentes que han completado su rotación en SUMMA 112 durante 2024. Se recogieron y analizaron las encuestas de satisfacción realizadas al finalizar la rotación, valorando diferentes aspectos de la formación recibida, la integración con los equipos y la percepción general del programa.

Las encuestas incluían valoraciones numéricas sobre la formación, preguntas abiertas sobre la experiencia, y la intención de los residentes de elegir SUMMA 112 como posible destino profesional tras finalizar su especialidad.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Incremento de rotaciones en el programa de formación de SUMMA 112

- Durante 2024, 436 residentes han rotado en el servicio, lo que supone un incremento del 315% desde el inicio del programa en 2010.
- De estos, 366 fueron médicos internos residentes (MIR) y 70 enfermeros internos residentes (EIR).
- Todo ello ha supuesto una ocupación de 2850 puestos de rotación.

Satisfacción de los residentes con la rotación en SUMMA 112

- De las 200 encuestas de satisfacción recibidas, la valoración global de la rotación fue de 9.17/10, superando la puntuación del año anterior (9.10/10 en 2023).
- Los aspectos mejor valorados fueron:

o La relación con los equipos y tutores clínicos

o El grado de aprendizaje alcanzado durante la rotación

- El 47% de los encuestados afirmaron que considerarían trabajar en SUMMA 112 tras finalizar su especialidad.

CONCLUSIONES

SUMMA 112 se ha consolidado como un referente en la formación de médicos y enfermeros residentes en urgencias y emergencias prehospitalarias, con un crecimiento constante en la demanda de rotaciones y una evaluación de satisfacción que supera los años anteriores.

Los residentes destacan la calidad de la enseñanza, la integración con los equipos asistenciales y la aplicabilidad práctica de los conocimientos adquiridos.

Casi la mitad de los encuestados considera SUMMA 112 como un posible destino profesional, lo que indica un alto grado de motivación y vinculación con el servicio tras la experiencia formativa.

Dada la futura especialización en Medicina de Urgencias y Emergencias, esta experiencia formativa en el ámbito prehospitalario resulta clave para la preparación de los futuros especialistas en esta disciplina.

Estos resultados refuerzan la importancia de continuar desarrollando y mejorando los programas formativos en SEM, adaptándolos a las nuevas necesidades del sistema sanitario y de los profesionales en formación.

P. #1657

MEJORA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN RCP: ANÁLISIS DE COMPROMISOS TRAS UNA FORMACIÓN EN EQUIPOS DE ALTO RENDIMIENTO

Salvador Espinosa Ramírez, Susana Navalpotro Pascual, Ángel Luis Burgos Saco, Francisco Javier Chamorro Anguita, Manuel José González León, Vanesa Carvajal Gil

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una de las emergencias más exigentes dentro de la asistencia sanitaria prehospitalaria y hospitalaria. Numerosos estudios han demostrado que, más allá de la pericia técnica, la coordinación del equipo, la comunicación eficaz y la asignación clara de roles tienen un impacto directo en la calidad de la reanimación y en la supervivencia del paciente.

Para optimizar estas habilidades no técnicas, se impartió un curso de Equipos de Alto Rendimiento en la PCR, en el que se abordaron aspectos clave como comunicación bidireccional, liderazgo, gestión del estrés y sincronización del equipo.

Al finalizar la formación, se pidió a los participantes que identificaran tres compromisos de mejora en su práctica clínica.

OBJETIVO

Evaluar los principales cambios que los profesionales de urgencias y emergencias han decidido implementar tras participar en un curso de Equipos de Alto Rendimiento en la PCR, identificando áreas de mejora en comunicación, coordinación, liderazgo y seguridad en la asistencia.

MÉTODO

Se realizó un análisis cualitativo de los compromisos adquiridos por los participantes tras la formación.

Población de estudio: Profesionales de emergencias que asistieron a un curso de Equipos de Alto Rendimiento en la Parada Cardiorrespiratoria.

Se recogieron los compromisos de cambio de cada participante tras la formación en una encuesta anónima.

Las respuestas se categorizaron en tres áreas principales:

1. Nuevas prácticas a implementar.
2. Hábitos que modificarán.
3. Acciones que mantendrían tras la formación.

Se realizó una clasificación de frecuencias en cada categoría para identificar tendencias y patrones en las áreas de mejora percibidas por los participantes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1. Nuevas prácticas que han decidido incorporar
- Mejorar la comunicación dentro del equipo, verbalizando claramente las acciones y confirmando las órdenes.
- Implementar el uso del "espejo" entre compañeros para reforzar la seguridad en la ejecución de maniobras.
- Apuntar los tiempos en la reanimación para mejorar la toma de decisiones en la PCR.
- Establecer roles de equipo desde el inicio de la guardia y mejorar la planificación previa a cada intervención.
- Evitar el efecto túnel y mantener una visión global de la situación.

2. Hábitos que los alumnos han decidido cambiar
- Eliminar la comunicación unidireccional y mejorar la interacción bidireccional con el equipo.
- Dejar de asumir toda la responsabilidad individualmente, promoviendo el trabajo en equipo.
- No quedarse en silencio ante posibles errores o mejoras en la intervención.
- Evitar la dependencia excesiva de la intuición y apoyarse en checklists y protocolos.

3. Prácticas que los alumnos han decidido mantener
- Escucha activa y atención a las señales del equipo.
- Estructuración jerárquica clara de las responsabilidades en la PCR.
- Mantener la calma y estar alerta ante cualquier situación de emergencia.

CONCLUSIONES

Este estudio refuerza la importancia de la formación en dinámicas de equipo en emergencias para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia en la atención a la parada cardiorrespiratoria

P. #1776

LA MENTORÍA HORIZONTAL EN EL APRENDIZAJE DE EQUIPOS DE ALTO RENDIMIENTO EN RCP (EQUIALTREN)

Susana Navalpotro Pascual[1][2], Vanessa Carvajal Gil[1], Ismat Hossain López[1], Carlos Rubio Chacón[1], David Pérez Sánchez[1], Luis Seoane Juiz[1]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La mentoría horizontal se define como un tipo de aprendizaje que ocurre entre pares o colegas de igual rango, intercambiando habilidades y conocimientos (1). El adiestramiento entre iguales fue contemplado por Albert Bandura en el aprendizaje por modelado, mejorando cuando el modelo es alguien similar (2), y en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) influye en el entrenamiento y mejorara la eficacia de los procedimientos de RCP en equipos colaborativos. Así el proyecto EQUIALTREN ha seguido una mentoría horizontal, y se presenta la percepción de los alumnos respecto a este modelo de aprendizaje.

OBJETIVO

Analizar la percepción de los profesionales respecto a la mentoría horizontal en el proyecto EQUIALTREN

MÉTODO

Los datos se obtuvieron mediante encuestas con preguntas abiertas al finalizar el curso. Se agrupó la información por categorías y se realizó un mapa cognitivo de los resultados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Participaron 64 personas (31,3% médicos, 29,7% enfermeros y 39,1% TES). Se destaca como positivo el enfoque docente con mezcla del valor técnico y humano, el buen ambiente y colaboración entre compañeros, el debriefing y el manejo emocional de los instructores, la utilidad práctica en el trabajo cotidiano. Por otro lado, las expectativas iniciales de algunos participantes no fueron cumplidas, la gran carga emocional simulada generó situaciones desagradables entre algunos alumnos en ciertos momentos del curso, y la distribución del tiempo se percibió cansada en jornadas de mañana y tarde.

CONCLUSIONES

La mentoría horizontal como forma de aprendizaje dentro de un servicio de emergencias, siendo los profesores y alumnos compañeros que trabajan habitualmente juntos, proporciona una buena dinámica de simulación aunque se deben buscar herramientas para la carga emocional que se genera.

Bibliografía

1. Hughes, C., & Gibson, M. (2018). Peer Mentoring in Higher Education: A Handbook for Developing Effective Peer Mentoring Schemes. Routledge.
2. Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Prentice-Hall
3. Lammers, R. L., & Vickers, K. (2021). The role of peer learning in resuscitation training. Journal of Emergency Medical Services, 46(3), 54-60.

P. #1844

PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: RETOS Y PERSPECTIVAS DE LOS TUTORES CLÍNICO DE UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Rosario Pilar López Picazo[1], Sofia García Sanjuan[2], Rocío Juliá Sanchís[2], Antonio Esteve Rios[2]

1. Universidad De Alicante, Guets Sescam, San Vicente Del Raspeig, España
2. Universidad De Alicante, San Vicente Del Raspeig, España

INTRODUCCIÓN

La formación en prácticas clínicas permite a los estudiantes desarrollar competencias esenciales desde el inicio de sus estudios, facilitando un aprendizaje progresivo y realista en el cuidado al paciente(Leonardsen et al., 2021). Para ello, la figura del tutor de prácticas clínicas en el ámbito extrahospitalario es clave, ya que guía, asiste y orienta a los alumnos en la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales (Gill et al., 2020). Su labor va más allá de la supervisión, promoviendo la integración en equipos multidisciplinares y la evaluación de competencias (Brown et al., 2012).
Aunque existen estudios sobre la percepción de los estudiantes respecto a la tutorización (Bettancourt et al., 2011; MacLaren, 2018), la experiencia de los tutores, especialmente en el ámbito extrahospitalario, ha sido poco investigada. Comprender su perspectiva es esencial para optimizar la formación y mejorar la calidad asistencial (Mubeezi & Gidman, 2017; Stirling et al., 2024).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue describir los desafíos y oportunidades que enfrentan los tutores clínicos al guiar a los estudiantes en prácticas en unidades SAMU desde su propia perspectiva.

MÉTODO

Se realizó un estudio fenomenológico descriptivo centrado en las experiencias y expectativas de 12 tutores clínicos en ambulancias medicalizadas, SAMU del Máster Universitario en Emergencias y Catástrofes (MUEC), mediante entrevistas semiestructuradas. Estas se grabaron en soporte digital y posteriormente fueron codificadas y transcritas. Para tratar los datos, se realizó un análisis de contenido (Braun & Clarke, 2006) en el que se identificaron patrones que fueron clasificados en temas y subtemas. Este estudio forma parte de otro más amplio cuyo objetivo es la elaboración de una guia de acogida del alumnado de prácticas en ambulancias medicalizadas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tres temas con sus respectivos subtemas fueron identificados a partir de los datos sobre la experiencia de ser tutor clínico de SAMU 1) Enfoques pedagógicos y rol de los tutores, 2) Bienvenida y primer contacto con las prácticas, 3) Formación técnica y práctica en el SAMU

CONCLUSIONES

Las entrevistas a tutores clínicos de unidades SAMU evidencian la necesidad de estandarizar la tutorización para mejorar la acogida, la formación de los estudiantes y su integración. un entorno donde el trabajo en equipo y la adaptabilidad son fundamentales. Los tutores destacan la importancia de una bienvenida estructurada que fomente la confianza, facilite la inmersión en la práctica asistencial y equilibre las expectativas de los estudiantes, a menudo centradas en asistencias de gran intensidad física y emocional, con un aprendizaje progresivo que incluya tanto habilidades técnicas como no técnicas. La variedad de estilos pedagógicos resalta la necesidad de un marco común que garantice una formación coherente y equitativa en el ámbito extrahospitalario. La estandarización no solo beneficiaría a los estudiantes, sino que también favorecería el desarrollo profesional de los tutores. Un modelo unificado optimizaría la enseñanza, fomentaría la reflexión y contribuiría a la mejora continua en un entorno tan dinámico y exigente como la emergencia extrahospitalaria.

P. #1998

IMPLEMENTACIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN PUERTA DE URGENCIAS GENERAL

Francisco José Villalba Gómez[1][2], José Antonio Jiménez Hernández[1][2], Antonio José Birlanga Lorente[1], María Del Mar Torrecillas Gómez[1][2], Elena Gómez Castilla[1], Carolina Meseguer González[1]

1. Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, España
2. Universidad De Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido un importante desarrollo de la simulación clínica como herramienta para facilitar el aprendizaje en el ámbito sanitario en general de las Ciencias de la Salud. Distintos autores avalan este tipo de herramienta como aspecto fundamental en el aprendizaje de personal adulto tanto de habilidades técnicas y no técnicas junto con los conocimientos.
La enseñanza basada en simulación (EBS) en el área de la salud es un conjunto de procesos que permiten situar a un individuo en un ambiente que imite los aspectos de la realidad, y establecer en este contexto situaciones o problemas similares a los que se producen en la vida real. En Urgencias se realiza una primera atención al paciente crítico, lo que hace necesario el entrenamiento a través de simulación como una forma natural de proporcionar adquisición de habilidades.

OBJETIVO

Implementar un programa de aprendizaje mediante simulación clínica in situ de los protocolos de actuación ante un paciente crítico en puerta de urgencias general.

MÉTODO

Desde febrero de 2023 estableció un grupo de trabajo de Soporte Vital Avanzado (SVA), formado por 20 profesionales de las diferentes categorías. Se estableció un calendario de formación, realizando las simulaciones un día a la semana con una duración prevista de 45 minutos durante los cuales con las siguientes fases:
- Prebriefing
o Crear entorno seguro
o Crear escenario realista
o Orientar la simulación
- Simulación
- Debriefing
o Descripción
o Análisis
o Aplicación
En el debriefing se realizó una valoración de las destrezas técnicas acordes a protocolos de European Resuscitation Council así como habilidades no técnicas según Emergency Crisis Resource Management (E-CRM).
La participación fue voluntaria para enfermeros/as, médicos/as y auxiliares de enfermería del servicio de urgencias. El periodo valorado comprende desde enero 2024 hasta enero 2025.

Con el fin de medir el impacto de la simulación en los profesionales, se realizó una encuesta ad hoc mediante escala Likert de 5 puntos al finalizar la simulación en la que se recogían las siguientes variables: Edad, género, curso SVA previo, utilidad en la práctica profesional, conocimientos en SVA y confianza en sí mismo pre y postsimulación.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los principales resultados incluyen un total de 170 participantes de los cuales un 71% corresponde al género femenino y 29% al masculino. De esta muestra un 49.7% había realizado curso de SVA en los 2 últimos años, frente a 46.1% que no realizó y 4.2% que no recordaba. La puntuación sobre 5 de las siguientes variables fue la siguiente: Utilidad en la práctica: 4.3, conocimientos presimulación: 3.24, conocimientos postsimulación: 3.88, confianza presimulación: 3.06, confianza postsimulación: 3.72, mejora trabajo en equipo: 4.31, mejora liderazgo: 4.31, mejora manejo recursos: 4.26, recreación simulación: 4.2

CONCLUSIONES

Los profesionales del servicio de urgencias aumentan su confianza y conocimientos en el manejo del paciente crítico, aumentando su percepción sobre el trabajo en equipo, la utilidad de la simulación, liderazgo y manejo de recursos materiales y profesionales.
La formación por simulación ha demostrado ser un elemento cohesionador del equipo sanitario así como una poderosa herramienta para formar a los profesionales de los Servicio de Urgencias y Emergencias.

P. #2084

SIMULACIÓN MÉDICA: TRANSFORMANDO LA CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Andrea Ramírez Fernández, Cristina Tello Sánchez, Diego Sebastián Yanel Merino, Ioana Stefan Tica

CUAP Casernes, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Se presenta la experiencia de un equipo de urgencias de atención primaria tras la formación en simulación del paciente crítico, en las propias instalaciones del centro (sala de críticos), con la participación de representantes de todos los estamentos, qué de manera habitual, forman parte de la atención integral del paciente que acude a nuestro servicio.
Esta formación, se realizó a través de instructores en simulación que desarrollan su actividad en el servicio de emergencias (SEM).
Justificación
La formación en simulación para el manejo de pacientes críticos permite a los profesionales de la salud practicar y perfeccionar sus habilidades en un entorno seguro y controlado, lo que reduce el riesgo de errores en situaciones reales. Así mismo, ayuda la comunicación y trabajo en equipo, en escenarios realistas dónde se realiza la práctica clínica habitual.
Descripción
Tras la realización de la formación, se llevaron a cabo encuestas de satisfacción a los profesionales que asistieron. El 100% de los asistentes llenaron la encuesta. Se extraen las siguientes impresiones de las respuestas:
- Lo volvería a hacer.
- Es una herramienta muy útil que debería instaurase en todos los servicios de manera habitual.
- Me ha dado confianza y seguridad.
- Hemos trabajado para el equipo, en equipo, todos a una, coordinados.
- Hemos aprendido de lo bueno y sobre todo de los errores de una forma constructiva y enriquecedora.

Discusión
En resumen, la formación en simulación no solo mejora las habilidades técnicas, sino que también fortalece la confianza y la cohesión del equipo, lo que se traduce en una atención más segura y efectiva para los pacientes. También es un vehículo para mejorar la coordinación entre dispositivos y niveles asistenciales. Sin ninguna duda, es una herramienta más para el crecimiento y la capacitación de los profesionales, una plataforma para la mejoría continua sobre la que deberíamos prestar especial atención e invertir tiempo y recursos desde todos los dispositivos que prestan asistencia sanitaria al paciente.

P. #2213

COMPARACIÓN ENTRE CORRECCIÓN DEL ECOE MEDIANTE IA UTILIZANDO ITEMS DISEÑADOS POR HUMANOS VS ITEMS REDISEÑADOS POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Davide Luordo Tedesco[1], Paula Peñaranda Alejandre[2], Marta Torres Arrese[3], Cristina Tristán Calvo[1], Francisco Javier García Sánchez[1], Fernando Roque Rojas[1]

1. H.U. Infanta Cristina, Madrid, España
2. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
3. H.U. Fundación Alcorcón, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) es crucial para evaluar las competencias médicas, pero enfrenta desafíos de subjetividad y falta de estandarización en los ítems de evaluación.
Justificación
La inteligencia artificial (IA) ha demostrado su utilidad para corregir exámenes tipo ECOE manteniendo una elevada concordancia con correctores humanos. Sin embargo, la claridad de los ítems de evaluación influye directamente en la precisión tanto de la IA como de los propios correctores humanos al realizar las correcciones, surgiendo la necesidad de encontrar un mecanismo de optimización de dichos ítems.
Descripción
Este proyecto utiliza el modelo GPT-4 para rediseñar ítems de evaluación utilizados en un estudio previo para valorar los ítems de corrección de la estación de informe de cardiología de un examen ECOE de estudiantes de 4° año de medicina, mejorando su estructura y objetividad. Se realiza una corrección por parte de dos evaluadores expertos y por parte de la IA de los informes redactados por los estudiantes en el examen utilizando estos ítems rediseñados y se comparan los resultados con los resultados obtenidos en el estudio previo, en el cual se utilizaron ítems de corrección diseñados por un humano.
Discusión
La reformulación de los ítems de evaluación mediante inteligencia artificial, utilizando el modelo GPT-4, mejora significativamente la concordancia entre los evaluadores humanos y la IA. En cuanto a la corrección del examen, la IA demostró una alta sensibilidad y especificidad para identificar correctamente a los estudiantes aprobados y suspensos, consolidando su utilidad como herramienta complementaria en este tipo de evaluaciones.
Sin embargo, a pesar de los resultados prometedores, es necesario realizar estudios adicionales en diferentes contextos clínicos y educativos para validar la aplicabilidad de estos hallazgos y explorar posibles ajustes en el diseño de los ítems para maximizar la precisión de la IA.

AT11
ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O. #16

DISPONIBILIDAD, FORMACIÓN Y USO DE LA ECOGRAFÍA EN ENFERMERAS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. UNA ENCUESTA NACIONAL

Sergio Yago Rios

Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El uso de dispositivos ecográficos en los servicios de urgencias y emergencias ha crecido significativamente, concretamente la ecografía clínica dirigida (POCUS), que ha mejorado el abordaje y tratamiento de los pacientes, además de reducir costes y minimizar la exposición radiológica. En el ámbito de enfermería, POCUS se ha integrado en procedimientos como el acceso vascular. Sin embargo, existe una variabilidad en la formación y disponibilidad de equipos ecográficos entre los diferentes servicios de urgencias y emergencias de las diferentes Comunidades Autónomas de España.

OBJETIVO

Analizar la disponibilidad de equipos de ecografía y la formación en su uso en los servicios de urgencias y emergencias en España, con un enfoque particular en identificar las diferencias en infraestructura, capacitación y accesibilidad entre las diversas Comunidades Autónomas.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que participaron profesionales de enfermería de servicios de urgencias y emergencias de toda España. Para la recogida de datos, se utilizó una encuesta online validada mediante el método Delphi. Este estudio está aprobado por el Comité Ético.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Participaron 424 profesionales de todas las Comunidades Autónomas, excepto las Islas Baleares, representando 123 servicios de urgencias hospitalarios, 15 extrahospitalarios y 20 centros de atención primaria. El 79% disponía de ecógrafos, con diferencias significativas entre tipos de servicios ($p<0.01$). El 36% tenía todo tipo de sondas. La mayoría no tenía formación en ecografía (63%). Las diferencias en disponibilidad y formación variaban significativamente entre comunidades ($p<0.05$).
El estudio revela diferencias significativas en la disponibilidad de ecógrafos y sondas entre servicios y comunidades, con una baja formación en ecografía para enfermería. La disponibilidad es inferior a otros países europeos. La falta de formación podría deberse a la ausencia de programas acreditados nacionales, siendo la formación dependiente de recursos individuales.

CONCLUSIONES

Existe desigualdad en la disponibilidad y formación en ecografía entre Comunidades Autónomas y servicios de urgencias en España. Además, la formación profesional en este ámbito es diferente dependiendo del territorio nacional que se estudie.

O. #141

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE PEDIATRÍA EN REFERENCIA AL SEXO, EDAD, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y SÍNTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE CUYO DIAGNÓSTICO ES UNA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Marta Calvo González, Jesús Valeriano Martínez, Lucía González Torralba, Pilar Medina Díaz, Cristina Sánchez Lapeña, Myriam González Barea

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) es la arritmia no sinusal más frecuente en la edad pediátrica (1), siendo su incidencia en algunas series de entre el 0,1-0,4 % (2-4) de la población de este grupo de edad. Aproximadamente el 60% de los niños con taquicardia supraventricular desarrolla su primer episodio durante el primer año de vida (5).

OBJETIVO

Conocer la correlación en base al sexo, edad, antecedentes patológicos y sintomatología del paciente pediátrico.

MÉTODO

Se realizó la revisión de las historias clínicas con la codificación CIE-9 MC 427.0, correspondiente al diagnóstico "taquicardia paroxística supraventricular/taquicardia sinusal" durante el periodo comprendido entre 2021 y 2022.
Con la codificación indicada se registraron, en el periodo seleccionado, un total de 25 historias clínicas (N=25) las cuales se pusieron a disposición de los investigadores una vez anonimizadas por parte del Departamento de Informática. Los informes y trazados electrocardiográficos obtenidos se descargaban en formato PDF.
se reevaluaron los datos acotando la edad desde el nacimiento hasta los 18 años incluidos.
En aquellos casos en los que no se disponía de trazados archivados pero la descripción del electrocardiograma por el facultativo era sistemática y coincidía con el diagnóstico final, la identificación de la arritmia se dio por correcta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron datos de 25 pacientes que presentaron un episodio de TSVP, durante los
años 2021 y 2022, de los cuales 13 (52%) eran del sexo masculino y 12 (48%) del sexo femenino.
En nuestra serie predominan ligeramente los varones sobre las mujeres en una proporción de 52/48, datos que son prácticamente equivalentes a los publicados en las guías europeas
La edad promedio general fue de 7,56 años, aunque con una diferencia entre sexos: en las mujeres fue de 10,08 años mientras que en los varones fue de 7,46 años. La mediana de edad general fue de 8,5 años, 13 años para las mujeres y 6 para los varones.
La distribución por edad era bastante homogénea en ambos sexos con dos picos de mayor incidencia en los 5 y los 15 años.
Respecto a la distribución de edades y sexos, de forma sutil se aprecia una tendencia a mayor acumulación de casos en varones en las edades menores y de las mujeres en edades mayores.
Los antecedentes personales más frecuentes fueron TSVP previa con 5 casos (un 20%), seguido del WPW con 4 casos (un 16%), luego presentaron antecedentes como miocardiopatía familiar, comunicación interauricular, Síndrome de Marfan, Tetralogía de Fallot, síncope, asma, cada uno con 1 caso (un 4%) y en su mayoría los pacientes no tenían antecedentes o no eran conocidos con 14 casos (un 60%).
Las manifestaciones clínicas o síntomas más frecuentes fueron las palpitaciones con 12 casos (48%), seguido del dolor torácico presente en 7 casos (28%), la disnea se presentó en 3 casos (12%), el síncope se presentó en 1 caso (4%), otros síntomas se presentaron en 5 casos (20%) al igual que los 5 casos donde no se registraron síntomas en la historia clínica (20%). La irritabilidad, como síntoma, no se evidenció en ningún caso. En 8 casos se presentaron 2 o más síntomas a la vez (32%) principalmente palpitaciones junto con dolor torácico.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que las taquicardias paroxísticas supraventiculares en edad pediátrica se dan ligeramente más en el sexo masculino la edad promedio fue 7.5 años en varones y mujeres en unos 10 años hay mayor incidencia de dicha arritmia en edades de 5 y 15 años.
En cuanto a los antecedentes personales predominaron niños con ap. de TPSV seguido de niños con vías accesorias con WPW.

O. #719

PREDICTORES DE GRAVEDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE/POTENCIALMENTE GRAVE EN EXTRAHOSPITALARIA

María Isabel Vázquez García, Adrián González Ruiz, Beatriz Rodríguez Esplandiu, Victoria Cantó Blázquez, Nazaret Romero Pizarro, José Luis Pérez Sánchez

Samur-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El Traumatismo craneoencefálico (TCE) es una de las primeras causas de morbimortalidad en la patología traumática.
Teniendo en cuenta la precocidad de la asistencia y la ausencia de pruebas de imagen en la emergencia extrahospitalaria que nos puedan alertar de su gravedad, hemos querido buscar predictores que nos puedan anticipar la dimensión de la patología y orientar el manejo terapéutico

OBJETIVO

Evaluar los posibles parámetros predictores de gravedad en el TCE en el medio extrahospitalario.
Describir el perfil epidemiológico del paciente con TCE.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo con base prospectiva. Cohorte de pacientes mayores de 18 años, con TCE aislado, trasladados como Código Trauma a un Hospital, por un Servicio de Emergencias Médicas (SEM) entre 2022-2024. A todos ellos se les realiza dos determinaciones analíticas. Se realiza seguimiento de los pacientes hasta 7 días de ingreso.
Variables epidemiológicas: edad, género, mecanismo lesional, lesión hemorrágica intracraneal.
Variables exposición: edad, género, Glasgow (GCS), alteraciones pupilares, frecuencia cardiaca (FC), respiratoria (FR), ETCO2, saturación de oxígeno (Sat02) tensión arterial sistólica (TAS) inicial y final, y parámetros analíticos iniciales y finales: pH, pCO2, exceso de bases (EB), lactato, hemoglobina (HB) y glucemia.
Variable resultado: supervivencia a los 7 días.
Análisis estadístico: descriptivo (medidas centrales y de dispersión) e inferencial; Análisis univariable: (variables cuantitativas: T de Student, categóricas: Chi cuadrado). Análisis multivariable: regresión logística binaria con variables estadísticamente significativas. p<0,05. SPSS 25

RESULTADOS O DISCUSIÓN

190 pacientes. 81,2% hombres. Media de edad: 47,58(DE 20,32), diferencias significativas respecto al género: hombres 44,9(DE 18,86) vs mujeres 58,6(DE 22,59), p=0,002.
Mecanismo lesionales más frecuentes: caída: 34%, atropello: 14,7%, motocicleta: 11,5%, agresiones: 8,9%, precipitación: 7,3%, accidente de coche: 7,3%.
GCS 3-8: 36,1%, 9-13: 28,8% y 14-15: 35,1%. Alt pupilares: 20,4% (hombres 17,6% vs mujeres 30,8% p=0,036).
Supervivencia global: 86,9% (hombres 90,3% vs mujeres 72,2%, p=0,007). Presentan lesión hemorrágica intracraneal (69,1%), con una mortalidad del 20%, p=0,005.
Constantes vitales: FC: 86,39(DE23,48), FR: 16,12(DE4,4), ETCO2: 41,7(DE7,78), SatO2: 94,5%(DE 4,94), TAS inicial: 140,26(DE29,41) y TAS final: 129,48(DE 24,86).
Parámetros analíticos iniciales: pH: 7,34(DE 0,09), EB: -2,12(DE 4,07), lactato: 3,98 (DE 2,9), pCO2: 41,86(DE 9,8), HB: 14,9(DE 3,47) y glucemia 131,39(DE 35,8).
En el análisis univariable, se constató diferencias estadísticamente significativas entre los supervivientes(SUP) y los fallecidos(FALLEC) en las variables exposición siguientes:
- Edad: SUP 45,81 vs 59,04 FALLEC, p=0,018
- Alt. Pupilares: SUP 13,4% vs 68% FALLEC, p <0,0001
- GCS: SUP 10,73 (DE 4,23) vs 5,84 (DE 3,83) FALLEC, p <0,0001
- Sat O2: SUP 95,05% (DE 4,29) vs 91,96% (DE 6,7) FALLEC, p=0,036
- FR: SUP 16,33 (DE 4,07) vs 13,6 (DE 4,45) FALLEC, p=0,002
- Glucemia inicial: SUP 129,02 (DE33,5) vs 146,6 (DE 45) FALLEC, p=0,024
- Glucemia final: SUP 129,43 (DE 32,09) vs 154,3 (41,76) FALLEC, p=0,001

En el modelo de regresión logística binaria, el género, las alteraciones pupilares y la glucemia final se muestran como variables independientes asociadas a la supervivencia del paciente:
Género: Odds ratio=3,552 (IC 1,083-11,65) p=0,037.
Alteraciones pupilares: Odds ratio=3,656 (IC 1,179-11.333) p=0,025.
Glucemia final: Odds ratio 0,983 (IC 0,970-0,995) p=0,007.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista epidemiológico resaltar el hecho de que, dentro de la juventud de la muestra, las mujeres presentaron una media de edad significativamente mayor y un peor pronóstico.
En cuanto al objetivo principal del trabajo, el género, las alteraciones pupilares y la hiperglucemia están asociados como variables independientes a la mortalidad temprana, pudiéndose considerar como posibles predictores de gravedad.
Así, y con la prudencia que debe tener un estudio unicéntrico en lo extrahospitalario, aunque multicéntrico en cuanto a los hospitales de destino, esos parámetros comentados, pueden constituir una herramienta predictiva de interés (y por tanto de manejo del paciente) para aquellos miembros de los SEM que se enfrentan al trauma grave.

O. #1029

DESCRIPCIÓN DEL TRIAGE REALIZADO EN LOS PACIENTES "DEJA TU HUELLA" MEDIANTE EL SISTEMA MANCHESTER EN UN HOSPITAL GENERAL

Víctor Cabrera García[1][2], Ana Alonso Morilla[1], Verónica Fernández Rodríguez[1], Claudia Marinero Noval[1], Beatriz Méndez Esteban[1], Graciela Álvarez Cuervo[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Grupo Investigación Asistencia prehospitalaria y desastres (GIAPREDE), Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

EL VIH, las hepatitis víricas y las enfermedades de transmisión sexual causan en conjunto 2,3 millones de muertes y 1,2 millones de cánceres al año (1). En España en el año 2023 se han notificado 3196 nuevos diagnósticos de VIH (6,65 por 100.000 habitantes) (2). "Deja tu huella" es un proyecto iniciado en 2021 tras la publicación de una serie de recomendaciones por parte de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias (SEMES) como proceso de mejora asistencial en mejorar estas enfermedades en los servicios de urgencias. Tras empezar con el cribado con 6 entidades clínicas (3), en el año 2024 se ampliaron con 3 nuevas, para un total de 9 entidades clínicas (4). En las urgencias hospitalarias, el primer paso de los pacientes es el proceso de triaje, mediante algún sistema estandarizado y estructurado mayoritariamente aplicado por el personal de enfermería (5).

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue conocer y describir las características del triaje realizado a los pacientes incluidos en el proyecto "Deja tu Huella" desde la urgencia hospitalaria, así como sus características demográficas.

MÉTODO

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo, incluyendo todos los pacientes incluidos en el proyecto "Deja tu Huella" del 3° y 4° trimestre de 2024 (de julio a diciembre) capturados desde las urgencias de un hospital general. El sistema de triaje utilizado en el servicio es el sistema de triage Manchester (MTS). Se realizó la estadística descriptiva general, las diferencias por nivel de prioridad, así como las variables demográficas y clínicas de los pacientes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 1118 participantes, con una media de edad de 42,96 años (RIC 27-57), mínimo 3 y máximo 92. La distribución por sexo fue n=567 (50,7%) hombres y n=551 (49,3%) mujeres.
Las prioridades de triaje del nivel I (Rojo) al V (azul) fueron: Rojo n=1 (0,01%); Naranja n=381 (34,08%); Amarillo n=470 (42,04%); Verde n=260 (23,26%); Azul n=3 (0,27%); pérdidas n=3 (0,27%). Se utilizaron 40 diagramas y 62 discriminadores diferentes en el triaje. Tras las serologías protocolizadas de ingresos en Psiquiatría ("Enfermedad mental" n=463; 41,43%) y Neurología ("Cefalea" n=84; 7,51%), el mayor diagrama utilizado fue "Adulto con mal estado general" n=140; 12,52%; seguido de "Dolor abdominal n=55; 4,92%.
De las serologías positivas nuevas, 4 fueron triadas como prioridad IV y 1 como prioridad III; por diagrama, 2 por "infecciones locales y abscesos" y 3 por "adulto mal estado general" ("acalorado-templado" 2; "dolor moderado" 1). 18 serologías resultaron positivo conocido, incluyendo n=10 (62,5%) "Enfermedad mental" y el resto repartidos por 6 diagramas diferentes.
Las prioridades para las entidades clínicas recomendadas, las prioridades fueron: ITS (n=114 verde; n=12 amarillo; n=4 naranja; n=1; azul); Neumonía adquirida en la comunidad (NAC): (n=27 amarillo; n=15 naranja y verde); profilaxis postexposición: (n=15 verde; n=5 amarillo; n=4; naranja).

CONCLUSIONES

El triaje de los pacientes incluidos en el proyecto DTH es muy heterogéneo. Las prioridades de triaje amarilla (42%) y naranja (34%) son las más repetidas, pero cuando se excluyen las peticiones por ingresos (enfermedad mental y neurología), son captaciones en pacientes con prioridad baja, 52% verde, 36% amarillo y solamente 10% naranja.
La integración del personal de enfermería por medio del triaje puede ser el punto clave para implicarnos en el proyecto DTH, como se indica en la propuesta 6 de las nuevas recomendaciones (4). El MTS dispone diagramas y discriminadores equiparables a las 9 entidades clínicas disponibles, pudiendo crearse una protocolización desde la misma puerta de urgencias para la posible captación de estos pacientes. Por ejemplo, la entidad fiebre sin origen aparente, discriminadores (Febrícula, Fiebre alta…), Infecciones de transmisión sexual, el diagrama específico "Enfermedades de transmisión sexual".

O. #1041

CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS SOBRE EL CHEMSEX Y LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN AL VIH (PREP)

Raúl Serrano Hernández[1][2], Mª Elena Navarro Aguilar[3][2], Patricia Trenc Español[1][2], David Delgado Sevilla[3][2], Soraya Sánchez Lahuerta[4][2], Antonio Sousa León[5][2]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Grupo VIH SEMES ARAGÓN, ZARAGOZA, España
3. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España
4. Hospital Obispo Polanco, Teruel, España
5. Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) suelen ser la puerta al diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) de una serie de perfiles que no suelen consultar en otros niveles asistenciales. El fenómeno del chemsex se define como el uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales prolongadas. Se ha relacionado con una actividad sexual de mayor riesgo y un posible aumento de transmisión de ITS. La atención de usuarios de chemsex en los SUH puede ser consecuencia de complicaciones médicas o psiquiátricas. La profilaxis pre-exposición (PrEP) consiste en la administración de fármacos antirretrovirales a individuos no infectados por el VIH que tienen un elevado riesgo de contagio. Dado que los SUH atienden a pacientes con mayor riesgo de contraer VIH, podría ser eficiente aprovechar esta oportunidad para realizar una valoración y derivación a programas de PrEP.

OBJETIVO

Evaluar el nivel de conocimiento de las enfermeras que trabajan en los SUH sobre la práctica del chemsex y la PrEP.

MÉTODO

Entre octubre y diciembre de 2023 se realizó una encuesta online dirigida a los profesionales sanitarios que trabajaban en los SUH de la comunidad autónoma. sobre sus conocimientos de la práctica del chemsex, y de la PrEP. Era de cumplimentación anónima y requería un tiempo entre 5 y 10 minutos.
Este trabajo se centra en los resultados obtenidos de las respuestas de las enfermeras.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se obtuvieron un total de 220 repuestas de las que 59 correspondían a enfermeras. En la tabla 1 se resumen los resultados. Entre las enfermeras, la mayoría de ellas eran mujeres (86,4%) y tenían menos de 40 años (66,1%). Aproximadamente la mitad de ellas (31 enfermeras) trabajaban en una ciudad de más de 500.000 habitantes y el resto (28 enfermeras) en ciudades de menos de 70000 habitantes.
Sobre el chemsex, un 45,8% no había oído hablar de este tema con anterioridad, considerando una práctica nada frecuente en la zona un 50,8% de las encuestadas, aunque un 22% ha detectado complicaciones derivadas de su práctica.
Sobre la PreP, un 57,6% no sabe de que se trata, y aquellas que lo conocen, lo conocen principalmente por interés personal. El 83% reconoce tener un nivel escaso sobre el tema. 7 enfermeras (11,9%) han sido preguntadas sobre el tema por algún paciente.
TABLA1
PREGUNTA Respuesta
(n; %)
-Categoría profesional: Enfermera (59)
-Sexo:
Mujer (51; 86,4%) Hombre (8; 13,6%)
-Edad: 21-29 años (17; 28,1%)
30-39 años (22; 37,3%)
40-49 años (15; 25,4%)
50-59 años (5; 8,5%)
> 60 años (0)
-Lugar de trabajo
-¿Ha oído hablar del chemsex? Sí (32; 54,2%) No (27;45,7%)
-¿Cómo cree que es de frecuente el chemsex en su área?
Muy frecuente (0)
Relativamente frecuente (29; 49,2%)
Nada frecuente (30; 50,8%)
-¿Ha detectado complicaciones derivadas del chemsex? Sí (13; 22%)
No (46; 78%)
-¿Conoce la PrEP? Sí (25; 42,4%) No (34; 57,6%)
-Conocimientos sobre la PrEP:
No conoce mucho (43;73%)
Interés personal (10;17%)
Curso institucional (6;10%)
-Nivel de confianza que tiene es sus conocimientos sobre la PrEP:
Avanzado (3; 5%)
Moderado (7; 11,9%)
Escaso (49; 83%)
-¿Le ha consultado sobre la PrEP algún paciente? Sí (7; 11,9%)
No (52; 88,1%)

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las enfermeras de los SUH sobre el chemsex y la PreP es limitado. Más acusado aún en los conocimientos sobre PreP.
2. La necesidad de un abordaje multidisciplinar en urgencias es de gran importancia ya que es un momento en el que un usuario puede tomar conciencia de un problema que de otra manera no vería.
3. Se deben actualizar las necesidades formativas de todos los profesionales sanitarios de los SUH para que dispongan de actitudes, habilidades y conocimientos para un adecuado abordaje de estos temas.

O. #1198

COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PRUEBAS POCT EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UN RETO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, MODULANDO EL CAMBIO

Raquel Zapater Durbán, M.José Albiach San Ambrosio, María Gómez Roig, María Amparo Panadero Civera, Sandra Seydel Vega

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Las Pruebas de Laboratorio en el Lugar de Asistencia (POCT) son aquellas que se realizan a un paciente en el lugar donde se proporciona la atención o el tratamiento, fuera del propio laboratorio y por personal ajeno al mismo. Las POCT se han convertido en una herramienta de asistencia médica de gran utilidad, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, al ofrecer resultados fiables a tiempo real favoreciendo la toma de decisiones clínicas rápidas. Sus características portátiles y su fácil manejo hace que sean especialmente útiles para la realización de pruebas fuera de laboratorio destacando el papel indispensable que juega la enfermería en dicho proceso siendo personal altamente cualificado para ello, asegurando beneficios óptimos para los pacientes

OBJETIVO

Implementar la realización de pruebas POCT con tres dispositivos en diferentes Áreas del Servicio de Urgencias del adulto pues "estas determinaciones cobran mayor importancia en las áreas de cuidados a pacientes críticos y en urgencias, ya que en ellos los cambios se pueden originar rápidamente, lo que hace necesaria una monitorización efectiva que permita un diagnóstico y tratamiento rápido".
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1-Formar al personal para un correcto uso del gasómetro para que el personal de enfermería pueda gestionar y utilizar adecuadamente este recurso POCT
2-Identificar las principales barreras y desafíos en la implementación y adopción de pruebas POCT (gasometrías) en un hospital de tercer nivel
3- Intención de minimizar las analíticas que se solicitan en la zona de consultas de enfermería -aspecto que se estudiaría en futuros trabajos- con su consecuente reducción del gasto económico, de personal implicado y del tiempo de resolución.
4- Facilitar una respuesta terapéutica más rápida y eficaz en comparación con los procedimientos convencionales

MÉTODO

El programa constó de tres fases principales:
- Formación en pruebas POCT a un número elevado de profesionales
- Implementación dispositivo POCT en cuarto de críticos y Área de camas
- Implementación dispositivo POCT en zona de Consultas médicas (Intermedios)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras implementar las diferentes fases del proyecto , se ha podido constatar la asistencia y aprovechamiento de las formaciones y el inicio en la realización de gasometrías tanto venosas como arteriales en el punto de asistencia del paciente y por tanto la reducción del tiempo de diagnóstico. De la misma forma, tras la formación y capacitaciones realizadas, el personal de enfermería refiere haber mejorado sus habilidades en el manejo de los gasómetros y realización de la técnica.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa de formación en la realización y la técnica de POCT basado en tutoriales dirigidos -teoría y prácticas- ha demostrado ser efectiva para capacitar a 99 enfermeras en un corto periodo de tiempo.
La formación se ha basado en un curso on line por la dificultad de realizarlo presencial debido al alto volumen de personal, constando de la visualización de unos vídeos y posterior cuestionario.
Al tener los gasómetros en el propio servicio se puede realizar, en un mínimo de tiempo, la evaluación del paciente y la administración eficaz del tratamiento, tanto en problemas de oxigenación como desequilibrio ácido-base y otro tipo de alteraciones en las que el cociente tiempo-respuesta es primordial.
Las gasometrías POCT es una técnica relativamente sencilla y económica que se puede realizar de forma urgente convirtiéndose en una herramienta fundamental para todos los profesionales de urgencias.

P. #39

PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y DISPOSITIVOS DE NEBULIZACIÓN. ¿SON TODOS IGUAL DE EFECTIVOS?

Laura Ruiz López[1], Silvia Cuadra Eguíluz[1], María Soledad Gómez Mendoza[1], Pedro Luis Marauri Martínez[1], Sonia Díaz Saez[1], Ana Isabel Zuazo Bañares[2]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Centro de Salud de Haro, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

En España, las patologías respiratorias han incrementado significativamente la presión en los servicios de urgencias.
Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencia y es una de las primeras causas de morbimortalidad en países en vías de desarrollo según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Representan el 63,8% de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias. Una cuarta parte de estas, corresponden a infecciones del tracto respiratorio inferior, como bronquitis agudas, agudizaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), bronquiectasias, y neumonías.
La nebulización es una herramienta fundamental para la administración de tratamientos inhalados, permite un alivio rápido de los síntomas y mejora parámetros como la oxigenación y el flujo respiratorio.
Existen diversos dispositivos de nebulización en el mercado, su eficacia, tolerancia y eficiencia pueden variar significativamente dependiendo del contexto clínico y del paciente.

OBJETIVO

OBJETIVOS
PRINCIPAL:
- Comparar la eficacia de los distintos dispositivos de nebulización en pacientes con síntomas agudos.

ESPECÍFICOS
- Evaluar la rapidez de acción de los dispositivos
- Eficiencia del fármaco según el dispositivo.
- Analizar el impacto de los dispositivos en parámetros clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología está basada en una revisión bibliográfica de literatura científica y de artículos relevantes relacionados con los dispositivos de nebulización y su eficacia en pacientes con patologías respiratorias agudas.
Se ha realizado una recopilación y análisis de datos de distintos estudios que comparan los métodos de nebulización y sus resultados clínicos
Se han consultado bases de datos científicas reconocidas, como PubMed, Scopus, Cochrane Library, y publicaciones especializadas en medicina de urgencias y enfermedades respiratorias.
Criterios de inclusión para la revisión:
1. Estudios publicados en los últimos 10 años, priorizando los más recientes.
2. Artículos que comparan al menos dos tipos de dispositivos de nebulización: chorro, ultrasónicos o de malla vibratoria.
3. Investigaciones que reporten datos clínicos relevantes, como la mejora de saturación de oxígeno, alivio de la disnea, frecuencia respiratoria, y/o tolerancia del paciente.
4. Estudios realizados en entornos de urgencias o situaciones clínicas similares.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

RESULTADOS.
Los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica y de los estudios encontrados ponen de manifiesto los siguientes resultados:
- El desarrollo tecnológico de los últimos años ha permitido contar con dispositivos que optimizan el depósito pulmonar y disminuyen el tiempo necesario de tratamiento
- Aunque todos los dispositivos de nebulización muestran eficacia en el alivio de los síntomas respiratorios agudos, los nebulizadores de malla vibratoria destacan por su rapidez de acción y mejor distribución del medicamento en los pulmones, siendo más eficaces en situaciones de mayor gravedad.
- Todos los dispositivos lograron un alivio de los síntomas respiratorios durante varias horas, pero los nebulizadores de malla vibratoria presentaron un efecto más duradero en comparación con los otros métodos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica permiten identificar diferencias significativas en la eficacia y eficiencia de los distintos dispositivos de nebulización utilizados en el tratamiento de patologías respiratorias agudas.
Aunque todos cumplen con el objetivo de mejorar los parámetros clínicos de los pacientes, los nebulizadores de malla vibratoria destacan por su rapidez en la acción terapéutica, su menor desperdicio de medicación y su mejor tolerancia por parte de los pacientes, especialmente en casos graves.
Los nebulizadores de chorro continúan siendo una opción ampliamente utilizada debido a su bajo costo y disponibilidad, a pesar de requerir más tiempo para su administración y tener una eficacia inferior.
Como conclusión final vemos que el manejo de patologías respiratorias en el ámbito de urgencias tiene que ser cuidadosamente evaluado para ver las necesidades específicas del paciente y los recursos disponibles.

P. #57

IMPACTO DEL TRIAJE AVANZADO VS TRIAJE BASICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Silvia Cuadra Eguiluz[1], Laura Ruiz López[1], Silvia Tobía Díez[1], María Soledad Gómez Mendoza[1], Pedro Luis Marauri Martínez[1], María Ángeles Alcoya Carricas[2]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Servicio De Emergencias Extrahospitalarias, Logroño, España

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION:
El triaje estructurado avanzado es un sistema utilizado en servicios de urgencias para clasificar y priorizar a los pacientes según la gravedad de su condición. Este enfoque permite optimizar los recursos disponibles, mejorar la atención y reducir los tiempos de espera.
En un contexto donde la demanda de los servicios médicos es alta, el triaje es una herramienta esencial para garantizar que los pacientes más críticos reciban atención oportuna.

OBJETIVO

OBJETIVOS:
PRINCIPAL: Comparar la eficacia del triaje avanzado frente al triaje básico en un caso clínico en un servicio de urgencias.
ESPECIFICOS:
- Identificar las ventajas que ofrece este sistema frente a métodos tradicionales de triaje.
-Analizar el impacto del triaje avanzado en la satisfacción del paciente y en los resultados clínicos.

MÉTODO

MATERIAL Y METODO:
La metodología utilizada esta basada en una revisión de literatura científica sobre el triaje estructurado avanzado, incluyendo estudios de casos, artículos relevantes y guías clínicas. Se han consultado bases científicas como PubMed, Scopus, Cochrane Library y otras publicaciones especializadas en implementación de triaje estructurado avanzado.
Criterios de inclusión:
1_ Estudios publicados en los últimos 10 años para asegurar la relevancia y actualidad de la información.
Estudios que cumplan con criterios de calidad metodológica, como los establecidos por herramientas de evaluación crítica (por ejemplo, CASPE, PRISMA).
2._Articulos que comparan servicios que implementan el triaje estructurado avanzado con aquellos que utilizan métodos tradicionales.
3._ Encuestas y entrevistas: Se llevarán a cabo entrevistas a profesionales de salud para recoger la eficacia del sistema.
4._ Estudio de casos: se presentarán casos clínicos donde se haya implementado este modelo, analizando resultados y lecciones aprendidas.
Criterios de exclusión:
1.¬_Estudios de caso único o series de casos sin grupo comparador.
2._Artículos de opinión, editoriales y cartas al editor.
3._Estudios que no incluyan pacientes atendidos en servicios de urgencias.
4._Estudios que no describan el sistema de triaje utilizado.
5._Implementación de sistemas de triaje no estructurados o no validados.
6._Estudios que no reporten resultados clínicos relevantes (por ejemplo, tiempo de espera, precisión en la clasificación, resultados clínicos).
7._Estudios que no midan el impacto del triaje en la mortalidad, morbilidad o uso de recursos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

RESULTADOS:
En estudios recientes sobre triaje avanzado versus triaje básico, se ha encontrado que el triaje avanzado reduce el tiempo de espera y mejora la eficiencia en el diagnóstico y tratamiento del paciente.
El triaje avanzado incluye herramientas y protocolos más sofisticados, que permiten una evaluación más rápida y precisa.
Los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica y de los estudios encontrados ponen de manifiesto los siguientes resultados:
1. Reducción del tiempo de espera; Los pacientes son atendidos, realizando pruebas complementarias avaladas por protocolos consensuados de paneles analíticos, pruebas de imagen, que reducen el tiempo que los pacientes pasan en salas de espera.
2. Diagnóstico temprano , con una evaluación mas completa desde el inicio, los diagnósticos pueden hacerse antes, lo que permite iniciar un tratamiento más rápidamente.
3. Mejor manejo de recursos: al identificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención urgente, se optimizan los recursos del hospital.
4. Menor tasa de complicaciones, un diagnostico y tratamiento temprano reduce las complicaciones asociadas a la patología.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:
El triaje estructurado avanzado demuestra ser una herramienta valiosa en la gestión de urgencias, mejorando la atención al paciente y también la eficiencia del servicio. Los datos recolectados indican que su implementación provoca una reducción significativa de los tiempos de espera y una mejora en los resultados clínicos. Sin embargo, es fundamental capacitar al personal y adaptar el sistema a las necesidades específicas de cada institución.
Impacto en la mortalidad, morbilidad y uso de recursos.

P. #245

ANÁLISIS DE UNA ACCIÓN FORMATIVA PARA USO DEL ECÓGRAFO EN LA IDENTIFICACIÓN DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN ENFERMERÍA

Raúl Aveleira Macias, Vanesa Jávega Quiroga, Nerea Sainz De La Maza Cabezas, Raúl San José Gómez, Ana Belén Sánchez Martín, Rosana Bustillo Aldama

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

INTRODUCCIÓN

La retención aguda de orina (RAO) se caracteriza por la imposibilidad dolorosa de orinar. Al desarrollarse de forma imprevisible y siendo muy dolorosa, a las pocas horas se transforma en una urgencia urológica de alta frecuencia. El tratamiento indicado en estos casos es el sondaje vesical precoz. Determinados factores como la obesidad, la barrera idiomática, la sobrecarga asistencial, entre otros, dificultan una correcta anamnesis y exploración pudiéndose confundir una RAO con una disuria de origen infeccioso. El sondaje vesical no es una técnica inocua por lo que resulta fundamental que solo se realice cuando sea necesario. El ecógrafo se revela en estos casos como una herramienta inofensiva, barata y accesible para comprobar in situ la RAO evitándose así sondajes innecesarios.

OBJETIVO

Conocer aspectos relativos al nivel de satisfacción, tasa de éxito, aceptación e implementación de la exploración de vejiga en pacientes con sospecha de RAO tras la acción formativa.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo en dos fases:
La primera consta de sesiones formativas dirigida a 160 profesionales de enfermería durante los años 2023 y 2024, a quienes se les instruye en la exploración de la vejiga mediante un curso teórico-práctico acreditado por el hospital.
El curso está formado por un apartado teórico “en línea” tutorizadas de 2 horas de duración donde se estudian aspectos básicos de ecografía, anatomía de la vejiga y estructuras adyacentes e identificación de la sonde vesical dentro de la vejiga.
Tras la evaluación posterior de conocimientos adquiridos mediante un examen tipo test se desarrolla el apartado práctico de una hora de duración donde los profesionales, supervisados, ponen en práctica la parte teórica.
En la segunda fase del estudio se proporciona un cuestionario en línea Ad Hoc compuesto de 10 ítems que los participantes pueden rellenar de forma voluntaria, autoadministrada y anónima, para conocer el nivel de satisfacción, la tasa de éxito, la aceptación y la implementación de la técnica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 85% de los participantes respondieron a la encuesta.
El 78,6% estaban muy satisfechos con la formación recibida (≥9 en una escala Likert 0-10) y el 86% consideró que la formación recibida resultó ser de alta a muy alta utilidad en la práctica diaria (≥8 en una escala Likert 0-10).
El 80% de los encuestados exploró al menos una vejiga en el trascurso de un año. El resto no pudieron porque en su unidad carecían de ecógrafo. De los que lo intentaron un 37,4% exploró entre 1 y 5 vejigas, un 18% entre 6 y 10 y un 54,6% más de 10.
La tasa de éxito de la exploración alcanzó el 93,6%.
Las principales razones para no realizar más exploraciones fueron: falta de oportunidad (65%), falta de ecógrafo (12%), falta de tiempo (10%), falta de pericia (5%). El resto se debió a otros motivos.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería consideró de alta utilidad práctica la utilización del ecógrafo para la exploración de la vejiga ante la sospecha de RAO.
La tasa de exploración con éxito rozó el 94%.
El principal motivo para no explorar más vejigas fue la ausencia de ocasión.
En las encuestas realizadas se determinó que existieron 8 notificaciones de RAO inexistentes después de haber utilizado el ecógrafo en la exploración.

P. #247

APORTACIÓN DEL USO DEL ECÓGRAFO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS

María Del Rocío Girón Pérez, Raúl San José Gómez, Nerea Sainz De La Maza Cabezas, Vanesa Javega Quiroga, Rosana Bustillo Aldama, Raúl Aveleira Macias

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

INTRODUCCIÓN

A principios del presente siglo se comenzaron a publicar los primeros estudios que abogaban por la incorporación de la ecografía ultrasónica en la práctica enfermera. En 2022, un grupo de profesionales de enfermería asumió el reto de incorporar y promocionar el uso del ecógrafo en el servicio de urgencias (SU). Inicialmente de forma informal y, desde 2023 de forma reglada y certificada por el hospital. Desde entonces, más de 150 profesionales han sido formados en el uso del ecógrafo para dos aspectos básicos de la práctica enfermera: la punción vascular ecoguiada (PVE) y la exploración de la vejiga (EV).

OBJETIVO

Objetivo principal: Conocer los usos más frecuentes del ecógrafo por parte del personal de enfermería en un SU.
Objetivo secundario: Determinar la utilidad del uso de los ultrasonidos en la práctica enfermera

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante una encuesta ad-hoc compuesta por ocho ítems con preguntas abiertas y cerradas que los profesionales podían rellenar de forma voluntaria, autoadministrada y anónima después del uso del ecógrafo. El estudio se llevó a cabo durante el año 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 276 registros, de los cuales el 59,7% correspondieron a EV y el 40,3% restante a PVE.
Respecto a las EV: En el 60% de los casos el motivo fue para descartar una retención aguda de orina (RAO), en el 14% para descartar grandes coágulos organizados en hematuria, en el 10% para comprobar el correcto funcionamiento de una sonda vesical, en un 9% para descartar o confirmar anuria, y en el 7% restante por motivos varios.
El 94,8% de los profesionales declararon que se cumplieron sus objetivos al realizar la ecografía.
El 56,3% afirman que el uso de ecógrafo evitó un sondaje o una manipulación innecesaria de la sonda vesical.
Respecto a las PVE: En el 73% de los casos se utilizó para ecoguiar la canalización una vía venosa periférica corta, en el 14% para una punción arterial y en el 13% para canalizar una mini línea media.
El 94,6% afirma que consiguió el objetivo.
En el 66,7% de los casos, el uso del ecógrafo fue por decisión propia frente al 33,3% que afirma que fue delegada.
En el 37,8% de los registros se afirma que se recurrió al ecógrafo desde el primer momento, y en el 56,8% tras varios intentos infructuosos propios y/o ajenos. En estos casos, el 38,1% afirma que recurrió al ecógrafo tras más de tres intentos fallidos, el 19% tras tres, el 19% tras dos y el 23,8% tras al primer intento fallido.
A pesar de las limitaciones del estudio con respecto a la metodología empleada para la recogida de datos (se desconocen cuántos usos quedaron sin registrar y posiblemente los usos infructuosos estén infravalorados) consideramos que los resultados se acercan mucho a la realidad.

CONCLUSIONES

El uso más frecuente del ecógrafo se corresponde con la EV (60%), frente a la PVE (40%). Dentro de estos, la identificación de una RAO y la canalización de un acceso vascular corto fueron los motivos más frecuentes.
El 94,6% de los profesionales afirmó que logró su objetivo con el uso del ecógrafo, y el 56,3% que el uso del ecógrafo evitó un sondaje vesical y/o una manipulación innecesaria.

P. #248

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VICTIMAS

Ana Belén Sánchez Martín, María Jesús Sánchez Fernández, Noelia Zamora Lozano, Raúl San José Gómez, Vanesa Jávega Quiroga, Rosana Bustillo Aldama

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

INTRODUCCIÓN

Una catástrofe es un escenario donde los sistemas locales de emergencias están desbordados.
Solamente una organización sanitaria bien preparada puede responder adecuadamente a un incidente de múltiples víctimas (IMV). Determinar la percepción de los profesionales frente a un IMV permitiría identificar carencias y necesidades e implementar medidas correctoras a fin de lograr una respuesta adecuada, eficaz y coordinada del servicio de urgencias (SU).

OBJETIVO

Conocer la percepción del personal del SU sobre la capacitación individual, la asignación de roles, la susceptibilidad y la experiencia ante un IMV.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo con componentes analíticos, de corte transversal y multicéntrico, realizado mediante un cuestionario heteroadministrado compuesto por 31 ítems repartidos en cuatro categorías (suscepcibilidad, rol, experiencia y conocimiento) con respuestas cerradas que los profesionales del SU contestaron de forma voluntaria y anónima. La muestra seleccionada se realizó a través de un muestreo no probabilístico. El estudio se llevó a cabo durante el último semestre de 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 396 encuestas. El 79% de los encuestados eran mujeres. La edad media fue de 41 años. El 50,3% de los encuestados eran enfermeras, 28,2% técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 10,3% celadores, 7´7% profesionales de medicina, el 3,5% restante corresponde a otras categorías. La media de años totales de experiencia profesional fue de 13 y en urgencias de 8,4.
En cuanto a la susceptibilidad percibida: un 97,4% cree que un desastre podría amenazar a su comunidad en cualquier momento. Un 66,8% afirma que es probable o muy probable que se volviera a producir un IMV como el 11M. La mitad considera que su hospital puede ser un objetivo terrorista de oportunidad. Sin embargo, solo el 18% piensa que su hospital está ubicado en una zona propensa a desastres y un 30% declara conocer los riesgos específicos de su zona. Además, el 61% opina que el nivel de preparación de su hospital ante un IMV es nulo o muy bajo.
Respecto a la percepción de Rol: un 65,2% se considera poco o nada preparado para afrontar un IMV, frente a un 4% que se considera muy preparado o totalmente preparado. Un 8,2% considera que la capacitación para actuar en caso de IMV recae exclusivamente en puestos de mando.
En referencia a los conocimientos y experiencias: el 51,8% afirma conocer que el hospital tiene un protocolo de IMV pero solo un 27,7% sabría localizarlo. Un 77,4% no lo ha leído nunca. Un 89.3% desconoce si se ha activado alguna vez en su hospital el protocolo de IMV. Un 57,1% sabe interpretar la tarjeta de Triage de Emergencias.
Finalmente, en relación a la educación un 95,9% afirma que nunca ha participado en un simulacro en su hospital. El 98,5% de los encuestados considera imprescindible recibir formación específica por parte de su hospital, pero solo el 35,9% se ha formado a título individual.
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de categoría profesional ($p<0,021$) en relación a los conocimientos y experiencias siendo el conocimiento del protocolo más amplio en la categoría médica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable estudiada entre centros participantes.

CONCLUSIONES

La inmensa mayoría es consciente de la susceptibilidad de sufrir un IMV en su comunidad, pero la percepción disminuye a la mitad cuando es referente a su hospital.
Más de la mitad se considera poco o nada preparado para afrontar su rol ante un IMV.
El 98,5% de los profesionales critica que, aun siendo esencial, el hospital no proporcione formación ante un IMV pero sólo el 35,9% se ha formado a título personal.

P. #249

MIEDO A LA MUERTE EN ALUMNOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Mª Isabel Ríos Risquez[1][2], Martina Valenzuela Anguita[1][3], Esther Cortés Lorente[1], Alejandro Delgado Laredo[1], Noelia López Meseguer[1], Julia María Muñoz Arqueros[1]

1. Hospital General Universitario Morales Meseguer. SMS, Murcia, España
2. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, Murcia, España
3. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades oncológicas, así como el aumento de la esperanza de vida de la población implican una mayor demanda sanitaria en las urgencias hospitalarias por parte de pacientes en fase terminal. La atención a dichos pacientes y sus familias podría estar condicionada por el temor y ansiedad que alumnos y profesionales de enfermería experimentan por el contacto con la muerte.

OBJETIVO

Conocer el grado de inquietud ante la muerte en los alumnos y profesionales de enfermería de un servicio de urgencias hospitalarias. Analizar si existe relación entre dicha ansiedad ante la muerte y las variables sociodemográficas, laborales y de práctica religiosa contempladas en el estudio.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se utilizó una muestra de conveniencia constituida por personal de enfermería y alumnado que rotaba por el servicio de urgencias de un hospital general universitario. Para valorar la inquietud ante la muerte se utilizó la adaptación española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS), que está formada por 28 ítems que miden cuatro dimensiones, según un formato de puntuación tipo Likert de 5 puntos. Dichas dimensiones son: el miedo a la propia muerte (MMP), miedo al propio proceso de morir (MPP), miedo a la muerte de otros (MMO) y miedo al proceso de morir de otros (MPO). El rango total de la escala CLFDS es de 28 a 140 puntos, de tal modo que una puntuación más elevada refleja una mayor ansiedad ante la muerte. Además de este instrumento validado de evaluación, se incluyeron varias preguntas relativas a variables sociodemográficas, laborales y de práctica religiosa. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su versión 22.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La muestra de conveniencia estuvo formada por 72 personas con una edad media en años de 33,11±10,35. Según el género, un 26,4% (n=19) fueron varones y un 73,6% (n=53) fueron mujeres. De los participantes, un 61,1% (n=44) eran profesionales y un 38,9% (n=28) fueron estudiantes en prácticas. La tasa de participación de los profesionales de enfermería del servicio de Urgencias fue del 68.75%. Estos profesionales contaban con una experiencia profesional de 14,93±8,42 años. Un 55,6% (n=40) de la muestra manifestó no practicar ninguna creencia religiosa.
La puntuación total media registrada para la escala CLFDS fue de 104,76±19,08. El ítem de la escala que mayor puntuación obtuvo fue "la pérdida de una persona querida" (4,68±0,67), mientras que el ítem que registró una menor puntuación fue "la desintegración del cuerpo después de morir" (2,19±1,46). De las 4 dimensiones valoradas, la que obtuvo una mayor puntuación media fue la referida a la muerte de otros (MMO): 28,13±4,97. Según el género, los varones reflejaron una menor ansiedad ante la muerte (t=-2,86; p<.01). Ni edad, ni experiencia profesional o práctica religiosa se asociaron de forma significativa a la ansiedad manifestada ante la muerte. Cuando comparamos por grupos, alumnos y profesionales, aunque existe una tendencia a encontrar mayores puntuaciones de inquietud en el alumnado, no existen diferencias estadísticamente significativas ni en la puntuación total de la escala CLFDS ni en sus cuatro dimensiones.

CONCLUSIONES

El presente estudio obtuvo un nivel moderado de ansiedad ante la muerte en la muestra analizada. El aspecto más temido por alumnos y profesionales de Urgencias hospitalarias fue "la muerte de otros". Se observaron diferencias significativas según el género, en el sentido de encontrar mayor ansiedad manifestada en las mujeres. Edad, experiencia profesional y práctica religiosa no se asociaron al grado de inquietud manifestado por los participantes. Del mismo modo, el hecho de ser alumno no se asoció tampoco a un mayor nivel de ansiedad ante la muerte.

P. #257

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS: CLAVES PARA UNA ATENCIÓN EFICIENTE Y SEGURA

Laura Ruiz López[1], Mariola Bretón Ruiz[1], Silvia Cuadra Eguíluz[1], María Soledad Gómez Mendoza[1], María Del Pilar Marín Calvo[1], Ana Isabel Zuazo Bañares[2]

1. Hospital San Pedro, Logroño, España
2. Centro De Salud De Haro, Haro, España

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en todos los ámbitos hospitalarios. Los servicios de urgencias y emergencias (SUE) son áreas donde existe un alto riesgo de incidentes y efectos adversos.
La carga asistencial, la presión del tiempo y la gravedad de los casos aumentan el riesgo de errores y eventos adversos. Los profesionales enfrentan un entorno dinámico y de alta exigencia. Implementar estrategias de seguridad mejorará la calidad de la atención y reducirá la morbilidad.
Este estudio analiza los riesgos en la atención en los SUE y propone estrategias y medidas de mejora basadas en la evidencia científica. La promoción de una cultura de seguridad es un desafío que requiere un enfoque multidisciplinario y la colaboración de todos los profesionales involucrados.

OBJETIVO

PRINCIPAL:
- Analizar los principales riesgos en la atención de urgencias y emergencias y proponer estrategias para minimizar errores y mejorar la seguridad del paciente.

ESPECÍFICOS:
- Identificar los factores de riesgo que más afectan la seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias.
- Proponer e implementar medidas correctivas y preventivas para minimizar eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente.
- Promover la formación continua del personal de salud en temas de seguridad del paciente y estrategias de mejora de la atención.
- Fomentar una cultura de seguridad basada en la comunicación efectiva y el trabajo en equipo dentro de los servicios de urgencias y emergencias.

MÉTODO

Hemos realizado un estudio descriptivo basado en la revisión de literatura científica, protocolos clínicos y artículos relacionados con la seguridad del paciente en urgencias y emergencias.
Para la recopilación de datos hemos utilizado estas metodologías:
- Revisión bibliográfica de artículos indexados en bases de datos científicas: PubMed, Scopus, Cochrane Library y otras publicaciones especializadas.
- Revisión de protocolos y guías clínicas utilizadas en SUE de diferentes centros hospitalarios.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica y los estudios analizados ponen de manifiesto los siguientes hallazgos:
- Aumento en la notificación de eventos adversos: La promoción de una cultura de seguridad sin penalización ha incrementado la notificación de incidentes, esto permite mayor identificación de fallos y oportunidades de mejora.
- Impacto positivo de la formación continua: La capacitación periódica del personal en temas de seguridad del paciente mejora la adherencia a los protocolos y reduce la tasa de eventos adversos.
- Implementación de medidas preventivas: La aplicación de estrategias como la doble verificación de medicamentos, la estandarización de procesos y la utilización de listas de verificación han demostrado ser efectivas en la reducción de errores.
- Mejora en la comunicación y el trabajo en equipo: La adopción de herramientas como el pase de guardia estructurado y la implementación de simulaciones clínicas favorecen la coordinación entre profesionales, reduciendo errores y mejorando la seguridad del paciente.
- Evaluación de la cultura de seguridad: La aplicación de encuestas y auditorías internas permite detectar áreas de mejora y promover un entorno más seguro en los servicios de urgencias.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio destacan la importancia de la implementación de estrategias de seguridad en los SUE para minimizar los eventos adversos. La formación continua, los protocolos estandarizados y la promoción de una cultura de seguridad sin penalización han demostrado ser elementos clave para mejorar la calidad de la atención.
La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son factores esenciales para la reducción de errores y la mejora en la seguridad del paciente. La adopción de medidas preventivas tiene un impacto positivo en la reducción de incidentes.
La evaluación mediante auditorías y encuestas identifica áreas de mejora y optimiza las estrategias implementadas. La seguridad del paciente en urgencias es un desafío que requiere el compromiso de todos para garantizar una atención eficiente y segura.

P. #288

IMPLANTACIÓN DE UNA ESCALA DE AVISO PRECOZ EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

María Luisa Gallego Pérez, Miguel Ortega Marcos, Ane Bereciartua Eguren, Saioa Zabala Bidaguren, Elisabet Quilez Fernández, Nahia Ugarteburu Barainka

Hospital Galdakao Usansolo, Usansolo, España

INTRODUCCIÓN

Nuestra Organización Sanitaria Integrada (OSI), cubre una población de 300.000 habitantes. Cuenta con dos hospitales, uno general de 400 camas y otro sin camas de hospitalización. Ambos cuentan con Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) 24 horas. El paciente atendido en el centro sin camas, que requiera ingreso urgente o continuidad asistencial por otra especialidad, se traslada al otro tras su atención.
Desde hace 3 años en el centro sin camas utilizamos escalas de aviso precoz (NEWS) previas al traslado para ingreso o continuidad asistencial.
Osakidetza ha decidido introducir una escala corporativa, escala VIEWS, aplicable desde el programa informático de urgencias. Presentamos aquí unos primeros resultados tras su implementación en nuestro servicio.

OBJETIVO

Analizar la viabilidad de la implantación de una escala de aviso precoz en urgencias hospitalarias.
Conocer la distribución del score de riesgo en los pacientes que atendemos.
Valorar la utilidad de uso de dicha escala en nuestro servicio

MÉTODO

El lunes 5 de febrero implantamos en urgencias la escala VIEWS en el programa informático OSABIDE. Recogemos datos de los pacientes que acuden los tres primeros días de implantación. El sistema calcula automáticamente el score con las constantes del triage. De las variables que necesita (frecuencia cardiaca, tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, aporte suplementario de oxígeno y nivel de conciencia) utiliza las que enfermería recoge, y de las que no dispone del dato las considera normales. Variables que recogemos: edad, sexo, nivel de triage, especialidad asignada (medicina, trauma, pediatría); ubicación; score inicial calculado (0 a 21); alerta emitida en función del score (ninguna o triángulos gris, amarillo o rojo); último score calculado cuando el destino es traslado para ingreso o continuidad asistencial en urgencias porque requiera valoración de otra especialidad; destino (alta, ingreso…); estancia media
Excluimos del análisis a los niños (escala pensada para mayores de 14 años).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Recogemos datos de 205 pacientes. Sexo: 57% mujeres. Niños: 32 (16% del total de urgencias). Adultos edad media 54,5 años. Niveles de triage registrados: nivel I y II 0 casos; nivel III 47 personas; nivel IV 154; nivel V 4. Score inicial registrado: 0 puntos (93 pacientes – 65% del total -); 1 punto (26 pacientes - 18% -); 2 puntos 12 pacientes (9%); 3 puntos 6 pacientes (4%); 4 puntos 4 pacientes (3%); 5 puntos 2 pacientes (1%). No se calcula el score en 53 pacientes porque no se introduce ninguna constante en el triage (fundamentalmente patología traumatológica banal). Ubicación: 87% ambulantes, 13% boxes. Destino: alta 89%. Ingreso o traslado para continuidad asistencial (9%). Estancia media global 136 minutos.
El score de cero se da en un 65% del total de urgencias, pero en los pacientes de box sólo en un 34%. Adicionalmente prácticamente el 100% de puntuaciones > 2 puntos se registran en los encamados.
El score en los pacientes que trasladamos es distinto comparado con el del triage. Frente al score inicial con puntuación > 3 de sólo un 8% del total de urgencias, en los trasladados asciende a un 50%.

CONCLUSIONES

La implementación de una escala de riesgo corporativa de cálculo automático en el programa informático habitual de urgencias, ha permitido que se utilice sin aumentar la carga de trabajo del personal. El cálculo sin disponer de todas las variables necesarias puede infravalorar el riesgo detectado por el score, pero ha permitido generar alertas visibles para el personal de enfermería y médico facilitando la detección de un riesgo o una constante alterada. El uso proactivo previo a transiciones asistenciales creemos que puede mejorar la seguridad en las mismas.

P. #307

ENFERMERÍA FINALISTA EN URGENCIAS: SUTURAS

Isabel Oliva Navas, María Dolores Chueca González, Sara Casado Prieto, María José Rodríguez Rodríguez

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, hemos venido asistiendo a una demanda creciente en el número de urgencias que atendemos en nuestro Hospital. Al mismo tiempo un porcentaje elevado de dichas urgencias corresponden a prioridades 4 y 5, o patología banal.
La implantación de competencias avanzadas en la práctica enfermera, entre ellas la enfermería finalista, constituye una necesidad para el desarrollo de los Servicios de Urgencias, sobre todo para abordar la demanda asistencial que realizan las personas con procesos agudos y leves.
La atención por el personal de enfermería finalista en el Servicio de Urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias.
En este escenario clínico el personal de enfermería prestaría asistencia, finalista o en coordinación, a usuarios que acuden al Servicio de Urgencia. Estos procesos se deben protocolizar para garantizar una asistencia de calidad, en la que se aúne capacidad de respuesta con la excelencia clínica.
Estos procesos mejoraría los tiempos de atención a los usuarios dsiminuyendo la demora y optimizando los recursos del sistema sin menoscabo de la calidad de atención de los usuarios.

OBJETIVO

- Garantizar la Seguridad. Una atención protocolizada y enfocada a la atención de este circuito facilita que la atención sea más precisa y con mayor seguridad al usuario.
- Mejorar la Accesibilidad. Reduciendo los tiempos de espera, facilitando el acceso a los usuarios, incrementando el número de espacios de atención potenciales y diversificando la respuesta a las demandas de los pacientes
- Incrementar la capacidad de Respuesta. La inclusión de otro agente capaz de finalizar el episodio de atención aumenta de manera efectiva el rendimiento de una unidad, dinamizando el flujo de pacientes y posibilitando el desarrollo de circuitos alternativos de atención.
-

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que se ha llevado a cabo una auditoría de las historias clínicas registradas en el programa DIRAYA, perteneciente al SAS. Para realizar dicha auditoría, se utilizó la palabra clave “EF” para identificar las historias clínicas a las que se aplicó este protocolo, lo que nos permitirá llevar a cabo el análisis estadístico de las atenciones realizadas por las enfermeras finalistas. De este modo, mediremos de forma cuantitativa (medias, desviación estándar y proporciones) el número de atenciones realizadas desde la implementación del protocolo en la unidad de urgencias de un hospital de segundo nivel. La auditoría se realizó en febrero de 2025 y continuará durante los siguientes seis meses

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Con la implementación de este protocolo se pretende mejorar la respuesta a las necesidades de la ciudadanía, potenciar el desarrollo profesional y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público andaluz.

CONCLUSIONES

Dada la efectividad del protocolo actual en la atención, se procederá a implementar nuevos protocolos para distintas atenciones como la extracción de cuerpos extraños en la piel, la cura de quemaduras, la cura de heridas superficiales, la recolocación de férulas y la recolocación de diferentes sondas (nasogástrica, vesical o PEG

P. #330

NO SIN MI GUÍA: AYUDA COGNITIVA PARA REDUCIR ERRORES Y MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Lucía Prado Ramos, Sandra Casals Serran

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, F.P, Manresa, España

INTRODUCCIÓN

La preparación y administración de medicación en situaciones de emergencia supone un reto para los profesionales de enfermería. La presión asistencial, la necesidad de una respuesta rápida y la complejidad de los cálculos de dosificación aumentan el riesgo de errores, especialmente en pacientes pediátricos, donde la precisión en la dosificación es fundamental.
Para minimizar este riesgo, se ha desarrollado la Guía de Administración de Medicación del Niño Crítico (GAMNC), una herramienta de ayuda cognitiva elaborada por un equipo multidisciplinario de enfermería y facultativos especialistas en pediatría. Esta guía proporciona instrucciones precisas para la preparación y administración de medicamentos de emergencia, optimizando la seguridad del paciente y la eficiencia de los profesionales.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la GAMNC en la reducción de errores en la preparación de medicación en emergencias pediátricas, valorando su influencia en la precisión de los cálculos, la reducción del tiempo de preparación y la percepción de seguridad de los profesionales de enfermería.

MÉTODO

Estudio de intervención, no aleatorizado, pre-post, en un hospital de segundo nivel, con la participación de 28 profesionales de enfermería de los servicios donde se ofrece asistencia pediátrica (Urgencias, Unidad de Hospitalización de Pediatría y Base de Emergencias Extrahospitalarias del mismo hospital). Los participantes realizaron la preparación de cuatro fármacos (Atropina, Midazolam, Fentanilo y Rocuronio) en un escenario simulado de emergencia pediátrica, en el cual se requería intubación orotraqueal. Las dosis de estos medicamentos fueron las indicadas en la Secuencia Rápida de Intubación (SRI) según la Guía Terapéutica en Intensivos Pediátricos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Las preparaciones se llevaron a cabo en dos condiciones: una con el uso de la GAMNC y otra sin ella. Las variables analizadas incluyen errores en la preparación de los medicamentos (cálculo de dosis, dilución y concentración), tiempo empleado en la preparación de los medicamentos y la percepción de seguridad del personal de enfermería (en una escala del 0 al 10).
El análisis estadístico se realizó con JASP (v.0.15). Para la comparación de datos se utilizaron pruebas no paramétricas de Wilcoxon y McNemar, estableciendo una significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El uso de la GAMNC redujo significativamente los errores en la preparación de medicamentos. Sin la guía, se registraron 29 errores en 112 preparaciones (25,9%), mientras que con la guía solo se produjo un error (0,9%). Los errores más frecuentes sin la guía fueron en la preparación del Fentanilo (60,7%), con equivocaciones en el cálculo de dosis (47,1%), dilución (35,3%) e infradosificación (17,6%), seguido de la Atropina (21,4%) y el Midazolam (14,3%). Con la GAMNC, todos los fármacos se prepararon correctamente, excepto un caso de infradosificación del Rocuronio (3,6%).
El tiempo medio de preparación se redujo de 10:06 min. sin la guía a 05:53 min. con la guía ($p < 0,001$).
La percepción de seguridad de los profesionales mejoró notablemente, pasando de una media de 5,6/10 sin la guía a 9,4/10 con la guía.

CONCLUSIONES

El uso de la GAMNC redujo significativamente los errores en la preparación de fármacos de emergencia pediátrica, aumentando la seguridad del paciente.
La guía disminuyó a la mitad el tiempo de preparación, mejorando la eficiencia de los profesionales en situaciones críticas.
Los profesionales de enfermería percibieron una mayor seguridad en su tarea.
Es fundamental que los profesionales de enfermería trabajen con herramientas que les proporcionen seguridad en la preparación y administración de medicación, ya que esto mejora directamente la seguridad del paciente y la eficacia en la respuesta a emergencias pediátricas.

P. #375

USO DEL ACIDO TRANEXAMICO COMO AGENTE HEMOSTÁTICO TÓPICO

Itziar Gómez Parra
Escuela Militar de Sanidad, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El ácido tranexámico es un antifibrinolítico utilizado de manera convencional vía intravenosa para controlar el sangrado, logrando resultados satisfactorios. Su administración a nivel local podría reducir el sangrado y ayudar a controlar hemorragias menores en heridas traumáticas, quirúrgicas u otras clases de sangrado de difícil control, con el fin de evitar pérdidas sanguíneas mayores y conseguir hemostasia de forma segura y con la mínima absorción sistémica.

OBJETIVO

Analizar la eficacia y seguridad de la administración tópica de ácido tranexámico para el control de hemorragias menores en heridas traumáticas.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron estudios clínicos, ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 5 años que analicen la administración tópica de ácido tranexámico en heridas traumáticas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han encontrado diversos estudios que indican que el uso del ácido tranexámico a nivel local es eficaz para controlar hemorragias menores en intervenciones quirúrgicas, sobre todo en el ámbito de la traumatología y ortopedia. Diversos estudios también describen su utilidad aplicado de forma tópica en urgencias por epistaxis, sangrados orales y gastrointestinales. Además, se ha observado que su aplicación no aumenta significativamente el riesgo de complicaciones tromboembólicas.

CONCLUSIONES

La administración tópica de ácido tranexámico parece eficaz en la reducción de diferentes tipos de sangrado, de forma segura. Sin embargo, no se han encontrado estudios sobre la eficacia y seguridad de la administración tópica para heridas traumáticas, lo cual es una vía para nuevas líneas de investigación que aporten evidencia sobre el uso de ácido tranexámico tópico como agente hemostático tópico en heridas traumáticas.

P. #406

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Encarna Hernández Pérez[1], María Isabel Ríos Risquez[2], Francisco Gallo Puelles[3], Martina Valenzuela Anguita[4], Raquel Martínez Lasheras[4], Esther Cortés Lorente[4]
1. Asu39+Sms, Murcia, España
2. Hospital Morales Meseguer+Sms, Murcia, España
3. Suap5+Sms, Murcia, España
4. Hospital Moreales Meseguer+Sms, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

el incremento significativo de la esperanza de vida unido al aumento de las enfermedades oncológicas hace que cada vez sea más frecuente el encontrarnos en los servicios de urgencias hospitalarios y extra-hospitalarios con pacientes terminales o en cuidados paliativos. El contacto con la muerte genera en los profesionales sanitarios temor y ansiedad, que pueden condicionar su atención y asistencia a estos pacientes y su familia. En este contexto surge la necesidad de una óptima formación.

OBJETIVO

conocer el grado de ansiedad ante la muerte de los profesionales sanitarios de Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias así como analizar su relación con variables socio-demográficas, laborales y de formación de la muestra estudiada.

MÉTODO

estudio observacional descriptivo multicéntrico de corte transversal. La muestra de conveniencia estuvo formada por 132 profesionales sanitarios de urgencias de un hospital general universitario y de dos servicios de urgencia de atención primaria (SUAP). Como instrumento de evaluación se utilizó un cuestionario auto-administrado consistente en variables socio-demográficas, laborales y variables referidas a necesidades de formación. Para valorar la ansiedad ante la muerte se utilizó la adaptación española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS). Dicha escala consta de 28 ítems que miden cuatro dimensiones: el miedo a la propia muerte (MMP), miedo al propio proceso de morir (MPP), miedo a la muerte de otros (MMO) y miedo al proceso de morir de otros (MPO). Cada dimensión se puntúa a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, de tal modo que puntuaciones mayores reflejan una mayor ansiedad ante la dimensión correspondiente. El rango total de la escala CLFDS es de 28 a 140 puntos. Análisis de datos realizado mediante el programa SPSS en su versión 22.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

la tasa de participación fue el 70% (n=132), de los cuales un 36,4% eran hombres y un 63,6% mujeres. Se registró una edad media de 43,98±9,97 años, y una experiencia profesional media

de 17,49±10,01 años. Según categoría profesional, un 28,8% eran facultativos, un 49,2% eran enfermeros y un 22% eran TCAE/técnicos. Un 52,3% de los profesionales refirieron haber recibido formación relacionada con el proceso de morir y la atención al paciente terminal, y un 87,9% refirieron la necesidad de una mayor formación relativa a este tema, que comprendía aspectos diversos (counseling, cómo gestionar las emociones, cómo comunicar malas noticias, etc). La puntuación total media registrada para la escala CLFDS fue de 101,56±18,78. De las 4 dimensiones valoradas, la que obtuvo una mayor puntuación media fue la referida a la muerte de otros (MMO): 27,35±5,09. La experiencia profesional se asoció a una mayor ansiedad ante el propio proceso de muerte (r=0,19; p<.05). Según el género, los varones reflejaron una menor ansiedad ante la muerte (t=-2,83; p<.01). Además, los profesionales que no habían recibido formación mostraron una mayor ansiedad ante la muerte que aquellos que sí la había recibido (t=2,25; p<.05).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio registró una ansiedad moderada ante la muerte, similar a la existente en otros de la literatura. El aspecto más temido por el personal sanitario fue "la muerte de otros". Se observaron diferencias significativas según género y experiencia profesional. Así mismo, se observó que los profesionales menos formados en esta área reflejaron una mayor ansiedad ante la muerte. Dicho hallazgo sugiere la necesidad de promover acciones formativas pertinentes en los profesionales de urgencias y emergencias.

P. #431

PERFIL DE PACIENTES CLASIFICADOS COMO PATOLOGÍA NO URGENTE EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Javier Araez García, Miguel Cañas García, Alicia Montoro García, Alicia Tárraga Rodenas, Laia Bea Roig, Andreea Irimia

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un aumento importante de las consultas no urgentes y demorables en los Servicios de Urgencias,debidas en parte a la demora en la valoración en Atención Primaria y Atención Especializada y por otra parte en relación con una mayor preocupación por la salud a partir de la pandemia de 2020. Según el barómetro sanitario de 2024,el 46% de la población refiere haber acudido a un servicio de urgencias de la sanidad pública en los últimos 12 meses,el 56,5% acudiendo a los Servicios de Urgencia Hospitalaria.

OBJETIVO

Valorar los motivos de consulta más frecuentes y la evolución de los pacientes clasificados en nivel 4 (normal) y 5 (no urgente) según el triaje de Manchester, en el SUH de un hospital de segundo nivel. Comparar la evolución previa y posterior a la pandemia por SARS-CoV2.

MÉTODO

Se recogieron los datos de las asistencias en el SUH con niveles de triaje 4 y 5 durante los años 2019-2024. Se utilizó el paquete estadístico R para el análisis por frecuencias de los motivos de consulta más frecuentes y de los motivos de alta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los años 2019-2024, la asistencia media anual fue de 113184 pacientes, con un descenso notable en 2020, en el que se atendieron 85015 pacientes. Posteriormente a 2020, el número de asistencias aumenta un 24% (97392 en 2021;120694 en 2024). La media de triaje durante los 5 años fue de 63.40% en nivel 4(verde - normal) y 5.58% en nivel (azul - no urgente), sin diferencias significativas.

Los diagnósticos más frecuentes fueron dolor abdominal(2% de las asistencias totales),lumbalgia(1,15%),infección urinaria y gastroenteritis(1%), cervicalgia (0.8%),ansiedad (0.7%). De dichos diagnósticos, la ansiedad es la que presenta aumento significativo en 2023 y 2024 respecto a los años previos.

En cuanto a la evolución al alta, en los niveles 4 y 5 el principal destino es alta a domicilio(86.47%) con un leve descenso en 2020(73.58%). Requiere hospitalización una media de 7.95% de las asistencias(10.91% en 2020). Los pacientes que se clasifican como "fuga"(abandonan el SUH antes de ser valorados por personal médico) aumenta desde 0.99% en 2021 hasta 1.83% en 2024. Los pacientes que solicitan alta voluntaria se mantienen en una media de 0.28%, mientras que los que fallecen durante su estancia hospitalaria se mantiene en 0.01%.

CONCLUSIONES

La sobreutilización de los Servicios de Salud, especialmente en el caso de las patologías no urgentes, puede conllevar un aumento de los tiempos de espera en SUH, lo que se relaciona con un retraso en la atención urgente, así como un empeoramiento de la calidad asistencial.
El triaje es uno de los indicadores más importantes de la calidad de un SUH. Un criterio de buena actuación es que el tiempo transcurrido entre que el paciente llega y se inicia su clasificación sea inferior a diez minutos. Dicha clasificación, se debería realizar en menos de cinco minutos, siempre que sea posible. Asimismo, el tiempo máximo de espera de un paciente en Urgencias debería ser en la mayor parte de los casos, menor de cuatro horas.
Ante el importante incremento de la asistencia en Urgencias de patología demorable y no urgente, los criterios de calidad y buena atención mencionados no se cumplen y ello puede conllevar que aumente el porcentaje de pacientes con patología grave (especialmente en niveles de Manchester 2,3) que no se detecten de forma rápida, con lo que su adecuado manejo se atrasa, empeorando su pronóstico.
Consideramos necesarios análisis más detallados de la etiología del aumento de las consultas no urgentes en los SUH, para estructurar e implementar protocolos y planes de educación sanitaria para un adecuado uso de los Servicios Sanitarios.

P. #432

¿HAY CAMBIOS EN LA INCIDENCIA DE PATOLOGÍA NO URGENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS POST-PANDEMIA RESPECTO A PREVIO? ANÁLISIS DEMOGRÁFICO SEGÚN TRIAJE NO URGENTE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Javier Araez García, Laia Bea Roig, Alicia Tárraga Rodenas, Alicia Montoro García, Miguel Cañas García, Andreea Irimia .
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) se enfrentan al desafío de la detección de los pacientes con patologías que no requieren atención inmediata. Para gestionar eficazmente estos casos y priorizar a quienes realmente necesitan atención urgente, se emplea el sistema de triaje. Al clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición, se optimizan los recursos y se reducen los tiempos de espera.
En los últimos años y de forma progresiva se ha producido un aumento de las asistencias en Urgencias, en posible relación con una mayor preocupación por la salud y de forma secundaria al aumento de las listas de espera en Atención Primaria y Especializada. Subjetivamente, el número de pacientes con patologías no urgentes que requieren intervención en SUH ha aumentado de forma exponencial.

OBJETIVO

Valorar las características y la evolución de los pacientes atendidos en un SUH de un hospital de segundo nivel, y que cumplían criterios de Triaje de Manchester 4 (verde - nivel poco urgente) y 5 (azul - nivel no urgente).

MÉTODO

Se han analizado los datos demográficos y variables de motivos de consulta, diagnósticos, estancia en Urgencias y circunstancias al alta de los pacientes atendidos en nuestro SUH en el período 2019-2024, clasificados en niveles 4 y 5, según el triaje de Manchester.
Se han analizado con el paquete estadístico “R” variables demográficas, tiempos de espera y circunstancias al alta, valorándose cambios en la incidencia y prevalencia, previamente a la pandemia por SARS-CoV2 y posterior a la misma.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el período 2019-2024, se han atendido una media de 113184 pacientes anuales (mínimo 85015 pacientes en 2020; máximo 120694 pacientes en 2024), 54.2% mujeres vs. 45,2% hombres con una edad media de 49 años (sin diferencias significativas en los 5 años estudiados).
Del total, una media de 63.40% se clasifican como nivel 4 (poco urgente) y 5.6% como nivel 5 (no urgente). Se observa un incremento de la frecuencia del nivel 4 (64835 pacientes, 57.2% del total atendido en 2019, respecto a 78473 pacientes, 65% del

total en 2024).
En cuanto a las características de los pacientes sin patología urgente, el 90% son de nivel 4 (mujeres una media de 90%, hombres un 92%), solicitando asistencia por dolor abdominal (2%) de las asistencias totales (urgentes y no urgentes), seguido de lumbalgia (1.15%) como motivos más frecuentes.
En relación a las circunstancias al alta, el 86.5% recibe alta hospitalaria y un 8% ingresan, sin diferencias significativas en los 5 años estudiados. Un 0.01% de los pacientes clasificados como niveles 4 y 5 fallecen. En un 0.28% de los casos, solicitan alta voluntaria (de 182 pacientes en 2019 pasando a
247 pacientes en 2024). Es llamativo el incremento del porcentaje de "fugas" (pacientes que abandonan el SUH después de realizarse el triaje, pero antes de ser atendidos por un médico), aumentando de 1.15% (833 pacientes) en 2019, a 1.8% (1565 pacientes) en 2024, sin diferencias significativas por sexo.

CONCLUSIONES

Se objetiva, por tanto, la creciente incidencia de consultas no urgentes, en las que el porcentaje de altas domiciliarias es elevado, a diferencia de un reducido riesgo de hospitalización o fallecimiento.
El incremento de asistencia no urgente sobrecarga el sistema, alarga los tiempos de espera y facilita la demora en la intervención sobre patología urgente y emergente, todo ello afectando la eficiencia y calidad del servicio. Comprender esta problemática es clave para mejorar la atención sanitaria y promover el uso adecuado de los servicios de urgencias.

P. #439

DE PROBLEMA SOCIAL A QUIRÓFANO

Irene García España, Marina Gil Mosquera, Sergio Francisco Sampedro, María Reinares Sánchez, Patrici Bernaldo De Quiros Plaza

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Mujer de 72 años que acude al servicio de urgencias (SU) por síndrome confusional y mal estado general. Su vecino refiere que la paciente lleva 4 día sin comer, relacionándolo con dolor abdominal, por lo que avisa a servicios de emergencia. Niega sintomatología respiratoria ni miccional.
ANTECEDENTES:
- HTA
- Artritis deformante.
- Alcoholismo activo.
- Fumadora de 80 gr/día de tabaco.
- Vive sola, no sale de casa, recibe ayuda del ayuntamiento en domicilio. Recibe visita de vecino cada 3 días
- Tto habitual: Enalapril 5: 1-0-1

OBJETIVO

EXPLORACION FISICA: A su llegada, afebril, hemodinámicamente (HD) estable, resto normal.
Pruebas complementarias (PC):
GV: Ph: 7.41, Na: 131, K: 3,8, Glucosa: 198 mg/di, lac: 4,8, Hb: 8,9.
EKG: Ritmo sinusal, similar a los previos.
Dada la normalidad de las pruebas se valora alta hospitalaria, pero impresiona de problema social (falta de higiene y cuidado personal) por lo que finalmente se mantiene en observación para valoración por la mañana por trabajadora social.

MÉTODO

Durante la noche avisa a enfermería en reiteradas ocasiones por ansiedad solicitando lorazepam para dormir. TA: 135/63mmHg en ese momento.
Los siguientes 30 minutos persiste la sensación de ansiedad asociada a palidez cutánea y somnolencia, presentando hipotensión de 60/20mmHg y posterior síncope. Se extrae GV, objetivando Hb 5,9, sin externalización de sangrado.
Se traslada a la paciente al Box Vital iniciando soporte vasoactivo, se activa protocolo de trasfusión masiva y se administra 1 g de ac tranexámico manteniendo hipotensión permisiva.
ECO protocolo Fast: presencia de líquido libre intraabdominal.
TAC abdominal: gran sangrado activo, que parece depender de la arteria gastroduodenal. Dada la inestabilidad HD se decide intervención quirúrgica urgente

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Quirófano: úlcera en primera rodilla duodenal que se extiende hacia segunda porción duodenal en cara posterior perforada a cavidad peritoneal y penetrada hacia páncreas y vía biliar.
Evolución: La paciente sale de quirófano y permanece en

la unidad de cuidados intensivos siendo dada de alta a hospitalización tras 27 días y posteriormente alta domiciliaria.
DIAGNOSTICOS:
- SHOCK HEMORRAGICO.
- DUODENOTOMIA + HEMOSTASIA INTRALUMINAL.

CONCLUSIONES

Este caso subraya cómo los pacientes con condiciones previas, como alcoholismo y enfermedad cardiovascular, pueden ser más susceptibles a complicaciones graves, como úlceras gastrointestinales, que podrían no ser evidentes en una evaluación inicial. La vigilancia constante y el manejo adecuado de las complicaciones fue esencial para la recuperación de la paciente.
A pesar de que la paciente inicialmente se encontraba HD estable, su evolución nocturna reveló signos sutiles pero indicativos de un deterioro clínico grave. La identificación temprana de síntomas subjetivos como la ansiedad, palidez y somnolencia, además reconocer los signos de alarma, como la hipotensión y el síncope, y activar los protocolos adecuados fue vital para el manejo exitoso del shock hemorrágico, lo que permitió una intervención a tiempo, evitando complicaciones mayores permitiendo una respuesta ágil que mejoró las posibilidades de supervivencia de la paciente.
La identificación temprana del shock hemorrágico y la rápida intervención quirúrgica, combinada con el protocolo de transfusión masiva y el soporte vasoactivo, fueron factores claves en la estabilización de la paciente. La cirugía fue crucial para resolver el sangrado activo proveniente de la úlcera duodenal perforada.
La historia social de la paciente, incluida la falta de apoyo en su hogar, fue un factor relevante en su evolución clínica. La intervención social y la valoración del estado de salud más allá de los síntomas físicos fueron determinantes para el diagnóstico y la gestión integral de su situación.
Este enfoque integral no solo considera los síntomas físicos inmediatos, sino que también resalta la importancia de abordar las condiciones sociales y psíquicas que pueden influir en el curso de la enfermedad.

P. #542

MANEJO DEL DOLOR POR ENFERMERAS MEDIANTE TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

Miguel Martín Rodríguez[1], María Martín Ferrero[2], José Martín Rodríguez[3], María José Pérez Vicente[3], María Dolores Meroño Rivera[3], María Teresa Roldán Chicano[3]

1. Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Los Dolores, Cartagena, España
2. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, Murcia, España
3. Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, España

INTRODUCCIÓN

Numerosos autores han constatado que el dolor o el miedo a padecerlo, es una de las razones primordiales, que subyacen en el sufrimiento que puede experimentar un paciente pediátrico que llega a un servicio de urgencias pediátrico.
Especialmente, en este ámbito asistencial, nos preocupa a los profesionales de enfermería cómo valorar el dolor y su posterior manejo, máxime si este puede ser caracterizado de iatrogénico; es decir, provocado o inducido a través de procedimientos de enfermería realizados con fines diagnósticos o terapéuticos, incluidos los poco cruentos o no invasivos; como punciones, curas, sondajes, extracciones…
Una valoración del dolor resulta primordial, ya que esta sensación subjetiva es generadora de importantes efectos adversos, tanto psicológicos como fisiológicos durante su fase aguda como a largo plazo.
Habiéndose implementado en nuestro medio la Guía BPSO "Valoración y manejo del dolor"; los profesionales de enfermería circunscritos al área de urgencias pediátricas, utilizamos actualmente, tanto métodos conductuales (escala FLACC (face, legs, activity, cry, consolability), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)), como métodos subjetivos (escala de caras de Wong-Baker, escala analógica visual) para una adecuada valoración del dolor que, a priori, puede tener una paciente en este contexto clínico.
Implantada esta Guía de práctica clínica significativa y connotadas las actuales escalas de valoración del dolor pediátrico que utilizamos; importa que signifiquemos en este punto cuál es el uso que realizamos los profesionales de enfermería de estrategias no farmacológicas (medidas físicas y/o psicológicas), recomendadas como primera línea de acción y siempre como coadyuvante para tratar y reducir el dolor en pacientes pediátricos.
No habiendo demasiadas publicaciones con denotada evidencia científica al respecto, nos preguntamos ¿Qué experiencias han tenido profesionales de enfermería de un servicio de urgencia pediátrico en tratamientos complementarios no farmacológicas adaptados a niños ante procedimientos dolorosos?

OBJETIVO

Describir la percepción de profesionales de enfermería acerca de sus experiencias con tratamientos complementarios no

farmacológicos aplicados a la población asistida en un servicio de urgencias pediátrico.

MÉTODO

El estudio se realizó a través de un abordaje estrictamente cualitativo, en el que la información se recogió mediante entrevistas semiestructuradas con la intención de obtener una adecuada comprensión al contexto de las diferentes experiencias que se han ido subrayando por las profesionales participantes, con la posterior reflexión que permita una aproximación al objeto principal de estudio: la utilización de tratamientos no farmacológicos en niños con dolor.
El análisis de la información se realizó mediante un proceso de categorización y subcategorización intentando dar sentido a los datos vertidos por las profesionales.
Para asegurar el rigor científico esperado en el estudio, se evaluó la calidad y los resultados de la información, mediante un proceso de triangulación que consistió en contrastar los datos obtenidos por las participantes con la interpretación de los investigadores y con la revisión de la literatura al respecto.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En términos generales, se documentó la experiencia que las enfermeras participantes tenían en el manejo de tratamientos no farmacológicos mediante la adquisición previa de conocimientos en este campo a través de cursos, seminarios, talleres y búsquedas por Internet, entre otros.
Entre esos tratamientos destacan los medios de apoyo (mediante padre/madre, principalmente), cognitivos (fenómenos de distracción), conductuales (relajación) y físicos (frío/calor, estimulación neuroeléctrica).

CONCLUSIONES

La oportuna implementación de tratamientos no farmacológicos por profesionales de enfermería puede ayudar a disminuir los cuadros de dolor que algunos niños refieren, frente a ciertos procedimientos enfermeros; contribuyendo significativamente al manejo efectivo del dolor en este segmento poblacional.

P. #570

EL USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN CASOS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS

Sergio Alonso Díaz, Sara García Alonso, Sara Torres Omaña, María Goretti García Rivera, María Concepción Fuertes Juarez, Jorge Serrano Salado

Hospital Universitario de León (CAULE), León, España

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia médica frecuente, asociada a una elevada morbimortalidad. Su manejo inicial incluye la estabilización hemodinámica y el tratamiento farmacológico, siendo los inhibidores de la bomba de protones (IBP) una herramienta fundamental. Estos medicamentos actúan reduciendo la secreción ácida gástrica, lo que favorece la estabilización de coágulos y disminuye el riesgo de re-sangrado. Este trabajo busca analizar el papel de los IBP en el contexto de la HDA en los servicios de urgencias mediante una revisión bibliográfica.

OBJETIVO

Describir la eficacia de los IBP en el tratamiento inicial de la HDA.
Evaluar el impacto de los IBP en la reducción de complicaciones asociadas a la HDA.
Analizar las recomendaciones clínicas actuales para el uso de IBP en urgencias.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se utilizaron descriptores de salud en español (DeCS) como “Inhibidores de la bomba de protones”, “Hemorragia digestiva alta” y “Urgencias”, y su equivalente en MeSH (“Proton Pump Inhibitors”, “Gastrointestinal Hemorrhage”, “Emergency Services”). Los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre 2015 y 2023, en inglés o español, que evaluaran el uso de IBP en pacientes con HDA en urgencias. Se excluyeron estudios en poblaciones pediátricas o que no especificaran el contexto de urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los estudios revisados coinciden en que la administración temprana de IBP, preferiblemente por vía intravenosa, reduce significativamente la incidencia de re-sangrado y la necesidad de intervenciones endoscópicas urgentes. En pacientes con sospecha de HDA no variceal, se recomienda iniciar omeprazol o pantoprazol intravenoso a dosis de 80 mg en bolo, seguido de infusión continua de 8 mg/hora durante 72 horas. La evidencia también sugiere que el uso de IBP preendoscópico mejora la visualización durante la endoscopia, aumentando su efectividad diagnóstica y terapéutica.
Sin embargo, la administración empírica de IBP no ha demostrado beneficios significativos en casos de HDA de origen variceal. En estos casos, el manejo está orientado al control de

la hipertensión portal con medicamentos como la terlipresina. Asimismo, algunos estudios destacan que la sobreutilización de IBP en pacientes con bajo riesgo según escalas como Rockall o Glasgow-Blatchford podría resultar en un uso innecesario de recursos.

CONCLUSIONES

El uso de IBP es un pilar fundamental en el manejo de la HDA no variceal en urgencias, al reducir el riesgo de re-sangrado y facilitar la intervención endoscópica. Su administración debe ser guiada por las guías clínicas y las características individuales de cada paciente, evitando su uso indiscriminado. Es crucial realizar un enfoque integral que incluya la estratificación del riesgo y la coordinación con servicios especializados para optimizar los resultados clínicos.

P. #572

TÉCNICA CORRECTA DE OBTENCIÓN DE HEMOCULTIVOS EN EL PACIENTE SÉPTICO EN URGENCIAS

Sergio Alonso Díaz, Sara García Alonso, Sara Torres Omaña, Marta Quiñones Pérez, Leticia Puerta Iglesias, María Eloína García Campano

Hospital Universitario de León (CAULE), León, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos para reducir la morbimortalidad. Los hemocultivos son una herramienta diagnóstica esencial para identificar agentes etiológicos y dirigir la terapia antimicrobiana. Sin embargo, su correcta obtención es crítica para evitar resultados falsos negativos o contaminaciones que puedan retrasar el tratamiento. Este trabajo busca revisar la evidencia actual sobre la técnica óptima para la obtención de hemocultivos en pacientes sépticos en el ámbito de urgencias.

OBJETIVO

Objetivo general:
Revisar la literatura actual sobre la técnica correcta para la obtención de hemocultivos en pacientes sépticos en urgencias.
Objetivos específicos:
Describir los pasos recomendados para la obtención de hemocultivos.
Identificar los errores comunes que afectan la calidad de las muestras.
Analizar las recomendaciones internacionales sobre el procedimiento.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Cochrane Library. Los descriptores de salud utilizados incluyeron términos DeCS y MeSH como:
DeCS: "Hemocultivos," "Técnica de laboratorio," "Sepsis," "Urgencias médicas."
MeSH: "Blood culture," "Specimen collection," "Sepsis," "Emergency services, hospital."
Criterios de inclusión:
Publicaciones en inglés y español entre 2015-2025.
Artículos revisados por pares relacionados con la técnica de obtención de hemocultivos en urgencias.
Guías clínicas y estudios experimentales relevantes.
Se excluyeron estudios no específicos sobre la población séptica y artículos de opinión sin base científica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La revisión identificó recomendaciones clave para la obtención de hemocultivos en pacientes sépticos:
Momento de la obtención: Los hemocultivos deben recolectarse antes del inicio de la terapia antimicrobiana, idealmente en los primeros minutos tras la sospecha clínica de sepsis. Retrasos

pueden reducir la sensibilidad diagnóstica.
Número y volumen de muestras: Se recomienda recolectar dos a tres pares de muestras de sitios anatómicos distintos, con un volumen mínimo de 20-30 mL (10 mL por frasco). Esto mejora la detección de bacteriemias transitorias y reduce el riesgo de falsos negativos.
Preparación de la piel: La desinfección adecuada de la piel es fundamental. El uso de clorhexidina al 2% en solución alcohólica es superior al alcohol isopropílico y yodo. La antisepsia debe realizarse en movimientos circulares durante al menos 30 segundos.
Técnica de punción:
Utilizar sistemas cerrados para minimizar el riesgo de contaminación.
Elegir venopunción directa sobre el acceso vascular central, salvo en casos justificados clínicamente.
Errores comunes:
Contaminación por técnicas inadecuadas de asepsia.
Obtención de volúmenes insuficientes.
Retraso en la incubación de las muestras.
Recomendaciones internacionales: Guías como las del Surviving Sepsis Campaign (SSC) enfatizan que la toma adecuada de hemocultivos es parte integral de los primeros pasos en el manejo del paciente séptico.

CONCLUSIONES

La obtención de hemocultivos en pacientes sépticos en urgencias es un procedimiento crítico que requiere precisión técnica para garantizar resultados diagnósticos fiables. La correcta antisepsia, la obtención de múltiples muestras de sitios diferentes y el respeto al volumen recomendado son fundamentales para reducir falsos negativos y contaminaciones. Las recomendaciones internacionales ofrecen un marco valioso para estandarizar el procedimiento y mejorar los desenlaces clínicos.

P. #574

USO DEL ÓXIDO NITROSO COMO SEDACIÓN PARA LA REDUCCIÓN MANUAL DE LAS FRACTURAS DE COLLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Sergio Alonso Díaz, Sara García Alonso, Sara Torres Omaña, María Teresa Hernández Domínguez, María Belén Carranza García, Eva María Llorente Lazo

Hospital Universitario de León (CAULE), León, España

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de Colles, caracterizadas por la fractura distal del radio con desplazamiento dorsal, son lesiones comunes en los servicios de urgencias. La reducción manual de estas fracturas puede ser dolorosa y generar ansiedad en los pacientes, lo que plantea la necesidad de estrategias de sedación eficaces y seguras. El óxido nitroso (N_2O), un gas anestésico de acción rápida, ha ganado popularidad por su perfil favorable de seguridad y su capacidad para proporcionar analgesia y ansiolisis. Este trabajo explora la eficacia y seguridad del óxido nitroso como sedación en la reducción de las fracturas de Colles en el entorno de urgencias.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia del óxido nitroso para aliviar el dolor durante la reducción manual de fracturas de Colles.
Analizar los beneficios secundarios, como la disminución de la ansiedad y la satisfacción del paciente.
Determinar la incidencia de efectos adversos asociados al uso de óxido nitroso en este contexto.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos médicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se utilizaron descriptores MeSH (Medical Subject Headings) como “Nitrous Oxide”, “Colles Fracture”, “Pain Management” y “Emergency Service, Hospital”; así como descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) equivalentes en español. La búsqueda se limitó a estudios publicados entre 2010 y 2023 que evaluaran el uso de óxido nitroso en la reducción manual de fracturas de Colles en adultos. Los criterios de inclusión consideraron estudios que reportaran la intensidad del dolor, la satisfacción del paciente y los efectos adversos. Se excluyeron estudios en poblaciones pediátricas o con comorbilidades graves.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los estudios analizados muestran que el óxido nitroso es una herramienta eficaz para el manejo del dolor en la reducción de fracturas de Colles. Los pacientes que recibieron óxido nitroso reportaron una disminución significativa en la puntuación del dolor en escalas visuales analógicas (EVA) en comparación con aquellos tratados con analgesia convencional o sedación intravenosa. Además, se observó una reducción en los niveles de ansiedad y una mayor satisfacción general con el procedimiento. En cuanto a los efectos adversos, los más comunes fueron

náuseas, vértigo y somnolencia leve, todos ellos transitorios y autolimitados. Ningún estudio reportó complicaciones graves. El perfil de seguridad del óxido nitroso lo hace especialmente adecuado para entornos de urgencias debido a su rápido inicio y recuperación.
Un beneficio adicional identificado fue la menor necesidad de monitoreo intensivo en comparación con otros métodos de sedación, lo que facilita su implementación en servicios con recursos limitados.

CONCLUSIONES

El óxido nitroso es una opción eficaz y segura para la sedación durante la reducción manual de fracturas de Colles en el servicio de Urgencias. Su capacidad para aliviar el dolor y reducir la ansiedad, junto con su perfil de seguridad, lo posiciona como una herramienta valiosa en este contexto. Sin embargo, se recomienda realizar estudios adicionales en poblaciones más amplias y diversas para confirmar estos hallazgos y optimizar su aplicación clínica.

P. #610

URGENCIAS CON CALIDEZ: ENFOQUE HUMANIZADO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Carmen Morales Ruiz, Julia Vidal Jiménez, Pilar Albarracin Molina, Olga Prieto Aguero, Nicolasa Jiménez López, Alejandra Marín Ruiz

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La atención en los Servicios de Urgencias constituye un punto de referencia básico y critico en los diferente sistemas de salud. Cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos y garantizan calidad, eficiencia y seguridad.
Los Servicios de Urgencias son unidades integradas por equipos interdisciplinares que ofrecen asistencia multidisciplinar con una perspectiva pluridimensional y holística.
Todo ello implica que debemos tener en cuenta la realidad emocional y espiritual al igual que sus circunstancias personales, sus expectativas y deseos ya que son servicios altamente frecuentados y no se suelen valorar las necesidades psicológicas, social y espiritual.
El concepto Humanización se introduce en 1984 con el "Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria" creado por el INSALUD (Instituto Nacional de Salud) y apoyado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El termino "humanizar" se utilizara para expresar el deseo de que algo sea bueno y se ajusta a la dignidad humana respondiendo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) que define "Urgencias" como: "la aparición fortuita (imprevisto o inesperado), en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

OBJETIVO

- Identificar el grado de humanización de los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios.
- Analizar los beneficios de la humanización de la asistencia en los servicios de urgencias.
- Descripción e identificación de los factores que interfieren en la humanización de los servicios de urgencias.
- Proponer alternativas para humanizar los Servicios de Urgencias hospitalarios
- Resumir las causas por las que los cuidados de enfermería en ocasiones pueden ser deshumanizados.

MÉTODO

Se realiza una revisión de la literatura, a partir de una búsqueda bibliográfica llevada a cabo en las bases de datos de Ciencias de la Salud Pubmed, Cuiden Plus, Cinahi, y Medes, así como en la biblioteca virtual en Ciencias de la Salud Scielo.
Para la búsqueda hemos utilizado los descriptores (DeCS) y los términos de lenguaje controlado de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH), en español e ingles.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Inicialmente hemos obtenido 563 artículos (PubMed 509, CUIDEN 42, CINAHL 1, SCIELO 9, MEDES 5). Tras la lectura del resumen y la aplicación de los criterios de exclusión e inclusión seleccionamos 48 artículos.
Fueron incluidos 27 artículos que clasificamos en 3 categorías: los factores que intervienen con la humanización de la asistencia en el servicio de urgencias, el papel de enfermería y propuestas de autores.

CONCLUSIONES

En los Servicios de urgencias hospitalaria, las barreras para la humanización son diversas y difíciles ya que se encuentran interrelacionadas debido al colapso o sobreutilización de los servicios de urgencias.
Otra barrera que se aprecia es el tiempo de espera que esta relacionado con el triaje, método de selección y clasificación de los pacientes según la prioridad de atención.
Podemos destacar lo importancia de un proceso de acogida que proporcione al paciente tranquilad y seguridad. Todo ello seria posible si se incorpora la opinión del usuario al realizar la valoración en el triaje y explicarle los motivos por el cual se le asigna un nivel de prioridad y no otro.
Otro aspecto a tener en cuenta es la salud mental de los personal sanitario, el colapso de los servicios de urgencias, los recursos materiales y el déficit de recursos humanos y las estructuras físicas puede originar estrés crónico o burnout.
En definitiva, se puede explorar la importancia del papel de la enfermera como líder en el profeso de transformación de los servicios de urgencias

P. #629

DEMANDA DE ASISTENCIA SANITARIA POR INTENTO AUTOLÍTICO E IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Alejandro Delgado Laredo, Esther Cortés Lorente, Noelia López Meseguer, Mª Isabel Ríos Risquez, Martina Valenzuela Anguita, Julia María Muñoz Arqueros

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El número de suicidios por año ha ido en aumento en nuestro país. Previo a la pandemia por el COVID-19, en 2018, el número de suicidios se situó en 3.539 casos en España. Esta cifra ha ido en aumento progresivo hasta los 4.227 casos en 2022. En 2023, últimos datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), se registraron 4.116 casos. Atendiendo al género, ha habido un claro predominio de suicidios en hombres respecto a las mujeres. De 2018 a 2023, entre un 73,95% y un 75,48% de los suicidios consumados se produjeron en hombres. Estos datos nos llevan a plantearnos la posibilidad de que la demanda de asistencias sanitarias por intentos autolíticos y/o ideación autolítica se haya visto incrementada durante los últimos años en los servicios de urgencias de nuestro país.

OBJETIVO

Conocer los datos de asistencias sanitarias realizadas por intento autolítico y/o ideación autolítica en nuestro servicio de urgencias hospitalarias en los últimos 5 años (2020-2024). Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias por intento autolítico y/o ideación autolítica.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo que abarca un periodo de 5 años (2020-2024). La muestra incluida han sido todos aquellos pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias hospitalarias y fueron triados por enfermería con la categoría sintomática "Autolisis" (que incluye el intento autolítico y la ideación autolítica). Quedan excluidos aquellos pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias, incluidos en dicha categoría sintomática, pero fueron ubicados en la sala de observación directamente, sin pasar por el triaje de enfermería. Estos datos fueron extraídos de los archivos registrados en la unidad de estadística de nuestro centro, a partir del formulario electrónico de triaje del programa Selene. De dichos registros se han extraído también las variables sociodemográficas de edad y género, y de ellas se calcularon medias y porcentajes para la realización del estudio.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se obtuvieron 1.726 registros de pacientes que fueron triados con la categoría sintomática "Autolisis", que suponen el 100% de la muestra. Un 14,77% (n=255) pertenece al año 2020; un 16,05% (n=277) al 2021; un 20,22% (n=349) al 2022; un 22,83% (n=394) al 2023; y un 26,13% (n=451) al 2024. Atendiendo al género, el 39,28%

(n=678) fueron hombres, y el 60,72% (n=1048) fueron mujeres. Durante los 5 años, el porcentaje de hombres osciló entre el 36,04% y el 44,71%, y el de mujeres entre el 55,29% y el 63,96%. En cuanto a la variable "edad", la edad media fue la siguiente: 37,22±15,90 años en 2020, 32,46±14,54 años en 2021, 32,90±14,64 años en 2022, 34,38±15,52 años en 2023, y 33,69±15,74 años en 2024. Se ha segmentado dicha variable en tres grupos: Grupo 1 (jóvenes hasta 25 años), grupo 2(adultos de 26 a 50 años) y grupo 3 (adultos de más de 50 años); obteniendo que un 39,40% (n=680) del total de la muestra pertenecía al grupo 1, un 44,38% (n=766) al grupo 2, y un 16,22% (n=280) al grupo 3.

CONCLUSIONES

La demanda de atención sanitaria en urgencias hospitalarias por intentos autolíticos y/o ideación autolítica ha ido en aumento progresivo durante los últimos 5 años. Dicho crecimiento exponencial sugiere la necesidad de adaptar los servicios de urgencias tanto en infraestructura como en personal especializado que garantice una atención óptima a este tipo de pacientes, actualizando periódicamente los protocolos de actuación de enfermería. A pesar de que la tasa de suicidios consumados en hombres casi triplica al de mujeres, la mayoría de atenciones realizadas en nuestro servicio por este motivo han sido a mujeres. La población atendida en su mayoría son adultos jóvenes, ocupando un alto porcentaje los menores de 25 años.

P. #716

CARGA EMOCIONAL DE ENFERMERÍA AL COMUNICAR MALAS NOTICIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU EFECTO EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

Cristina Giménez Velázquez, Carmen Morales Ruiz, Marina López Ibernon, María Quiteria Alcazar Belchi, Inmaculada García Polo, Mercedes Moreno Salinas

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La comunicación interactiva, que se centra en el cuidado de la persona en enfermería, ha demostrado ser una herramienta muy efectiva y beneficiosa en todo el proceso terapéutico. Es fundamental desarrollar habilidades que faciliten este proceso, especialmente en situaciones delicadas como la entrega de malas noticias (MN). La comunicación de MN es un proceso que se extiende en el tiempo y en el que intervienen varios profesionales de la salud, incluida la enfermería. Es importante mencionar que la falta de formación puede generar sentimientos de frustración y miedo, lo que a su vez puede llevar a que el paciente no enfrente adecuadamente la noticia, tenga dificultades para seguir el tratamiento o sufra un deterioro en la relación con el profesional de salud.

OBJETIVO

Examinar y profundizar en el impacto emocional que genera la transmisión de malas noticias (MN) desde la perspectiva del personal de los servicios de urgencias.
Potenciar la calidad del cuidado al capacitar a los profesionales de enfermería en conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con la comunicación de malas noticias.
Fortalecer la formación de los profesionales de la salud en este ámbito para elevar la calidad de atención que reciben los pacientes.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional.
Se realizaron encuestas individuales a 20 profesionales del personal de enfermería del Servicio de Urgencias.
Tras completar las encuestas, se procedió a su análisis.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Percepción de los profesionales: Notificar una mala noticia (MN) genera un gran impacto emocional. El 92% de los encuestados lo considera un proceso doloroso y estresante.
Manejo de la comunicación de malas noticias: el 86% de los participantes indica que no se sienten suficientemente capacitados en este aspecto y recurren a su experiencia para comunicar las malas noticias (MN).
Gestión de las emociones y calidad asistencial: los profesionales de enfermería afirman que no cuentan con recursos psicológicos para manejar este proceso.
Formación de los profesionales: la capacitación proporcionada por las universidades es considerada insuficiente, y es necesario

que continúen formando a los profesionales a lo largo de su carrera.

CONCLUSIONES

El impacto emocional que genera la comunicación de malas noticias (MN) en los profesionales de la salud es significativo, afectando tanto su vida profesional como personal.
Manejar este tipo de comunicación representa un desafío para los profesionales, en gran parte debido a la falta de formación en habilidades y técnicas específicas para este contexto.
Como resultado, esto puede llevar a una calidad asistencial insuficiente para los pacientes en los servicios de urgencias.
Es fundamental capacitar al personal sanitario en la gestión de emociones y desarrollar una guía de recursos psicológicos disponibles para ellos. Esto es esencial para garantizar una atención y cuidado de calidad para los pacientes.

P. #754

REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE ACCESOS VASCULARES EN URGENCIAS

Rebeca Santos Nieto[1], Alicia Pacho Gimaré[1], Mª Asunción Jorge Martín[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Laura Mª Jorge Martín[1], Mª Cristina García Sánchez[3]

1. Hospital Virgen de la Concha. GASZA, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
3. Hospital de Benavente. GASZA, Zamora, España

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente, el 90% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias tienen canalizado un dispositivo de acceso vascular (DAV).
La variabilidad existente en el cuidado de los DAV influye en los resultados de salud de los pacientes y en la seguridad clínica.
La implantación de guías de buenas prácticas (GBP) mejora la práctica clínica.

OBJETIVO

Valorar el impacto de la implantación de la GBP de la RNAO: "Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones" en Urgencias Hospitalarias.

MÉTODO

Se impartió una formación a enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de la unidad de urgencias de nuestro hospital, previa a la implantación de la GBP y posteriormente de manera anual y cada vez que había una modificación en los registros de los accesos vasculares o una nueva incorporación en la unidad, incluyendo a los alumnos del Grado de Enfermería.
Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se evaluaron los indicadores del seguimiento del proyecto, antes de la implantación y después de la implantación, a los 6, 12 y 18 meses.
Los indicadores de evaluación se obtuvieron de la plataforma CarEvID, destinada a la evaluación de la implantación de buenas prácticas en las instituciones sanitarias adheridas al Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en el Cuidado (CCEC)®.
Para cumplimentar el registro en la plataforma de evaluación era necesaria una muestra mensual mínima de 30 pacientes portadores de DAV.
La muestra se seleccionó del total de pacientes que solicitaron atención a la Unidad de Urgencias entre diciembre de 2022 y septiembre de 2024. Se exportaron los datos de registro del acceso vascular y se aleatorizó la selección de la muestra mediante el programa Microsoft Excel. Se incluyó una media de 35 pacientes mensuales por si hubiera que descartar alguno que no fuera portador de un DAV.
Se recogieron los siguientes indicadores de evaluación:
• Valoración antes de la inserción del DAV.
• Cuidados según el protocolo de cuidados del acceso

periférico.
• Valoración de la permeabilidad/funcionalidad del DAV antes de utilizarlo.
• Dolor moderado/grave relacionado con la inserción del DAV.
• Uso de estrategias farmacológicas y/o no farmacológicas para el manejo del dolor.
• Tipo de estrategia utilizada para el manejo del dolor.
Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el uso de la frecuencia absoluta y el porcentaje de cada ítem.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Muestra: 689 pacientes. El 99,70% era portador de un DAV periférico.
Análisis de los indicadores de evaluación:
• Valoración antes de la inserción: del 83,67% preimplantación al 98,10% a los 18 meses.
• Cuidados según el protocolo: del 71,43% al 100%.
• Valoración de la permeabilidad/funcionalidad: del 67,35% preimplantación, al 80% a los 12 meses y al 66,67% a los 18 meses.
• Dolor en la inserción: registrado en el 100%.

CONCLUSIONES

El grado de cumplimiento se ve influido por diversos factores como son la pérdida de impulsores, la incorporación de nuevos trabajadores y las formaciones realizadas.
Evaluar los resultados de la implantación nos permite conocer los cambios y nos ayuda a establecer nuevas metas para mejorar la calidad de los cuidados prestados a los pacientes portadores de un DAV.
La formación y la implicación de los profesionales de enfermería en el cumplimiento de las actividades del Programa CCEC® constituyen un elemento clave en la implantación.

P. #794

VALORACIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON ACCIDENTES CEREBROVASCULAR

María Quiteria Alcázar Belchí, Almudena Alcazar Belchí, Carmen Morales Ruiz, Inmaculada García Polo, Mercedes Moreno Salinas, Rocío Soto Ballester

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Enfermedad cerebrovascular es cualquier alteración funcional del sistema nervioso central ocasionada por una interrupción del suministro sanguíneo. Puede ser isquémico o hemorrágico.
Constituye la principal causa de muerte en España.
Tipos:
- Cardiopatía coronaria, es el tipo más común de enfermedad cardíaca y sucede cuando se acumula placa en las arterias que conducen al corazón.
- Insuficiencia cardíaca ocurre cuando el miocardio se vuelve rígido o débil. No puede bombear suficiente sangre oxigenada, lo cual causa síntomas en todo el cuerpo.
- Arritmias son problemas con la frecuencia cardíaca (pulso) o el ritmo cardíaco. Esto ocurre cuando el sistema eléctrico del corazón no funciona correctamente. Los factores de riesgo modificables son : HTA, tabaquismo, dislipemias y diabetes mellitus. Los no modificables: edad avanzada y raza negra.

Los cuidados de enfermería irán encaminados a iniciar tratamiento lo antes posible, valoración del estado mental, vigilar constantes e iniciar rehabilitación lo antes posible tras el diagnostico.

OBJETIVO

Conocer los signos clínicos que hacen sospechar de aparición del ictus, actuando rápidamente para evitar daños.
Prevenir futuros ataques mediante el tratamiento de la hipertensión y la hiperglucemia.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional retrospectivo, se recogieron datos de los pacientes que acudieron a un servicio de urgencias durante un mes.
Tenemos una muestra de 51 pacientes.
Datos referentes a sus antecedentes, si eran o no fumadores, edad, sexo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De la muestra obtuvimos:
- 63% presentaban ictus isquémico y un 14% hemorrágico.
- 57% eran hipertensos.
- 20% diabéticos.
- 25% fumadores.
- 25% hombres mayores de 55 años.
- 40% mujeres mayores de 65 años.

En el 90% de los casos dejo secuelas, de ellos un 30% presentan inhabilitación para realizar actividades cotidianas.

CONCLUSIONES

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen en España la primera causa de mortalidad en mujeres y la segunda en varones, representando el mayor motivo de incapacidad. Siendo de gran importancia reconocer y actuar sobre los factores de riesgo, principalmente la hipertensión arterial.
Realizar una correcta prevención, como son charlas informativas impartiendo conocimientos de dietas saludables, realización de ejercicio, no fumar, controlar el estrés, disminuirá el índice de afectación de dichas enfermedades.

P. #831

AUTOLESIONES EN URGENCIAS: ABORDAJE DE ENFERMERÍA

Marta Cruzader Mercader[1], Cristina Fons Palomares[2], Alba Navarrete Briansó[1], Marina Adrados Pérez[1], Marc Moruelo Serrano[1], Noemí Prieto Borrull[1]

1. Hospital Institut Pere Mata, Reus, España
2. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones en la población infanto-juvenil representan un problema de salud pública en aumento. La atención en los servicios de urgencias es un momento crítico para la detección, intervención y derivación de estos pacientes. El papel de enfermería es fundamental para la realización de la valoración inicial, la estabilización emocional del paciente y la implementación de estrategias de intervención basadas en la evidencia.

OBJETIVO

Mejora del abordaje de enfermería de las conductas autolesivas en población infanto-juvenil atendidas en los servicios de urgencias.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la literatura en bases de datos científicas como
PubMed, SciELO, Dialnet, Cuiden, Cochrane, además de la revisión de libros
especializados y la guía desarrollada por la Asociación Española de Pediatría. Se priorizó la literatura que abordara estrategias de evaluación, manejo clínico y
acompañamiento psicoemocional de los pacientes.
El equipo investigador empleó como estrategia de búsqueda los descriptores
bibliográficos MESH (Conducta autolesiva, autolesión, enfermería de urgencias,
cuidados de enfermería, conducta del adolescente, intervención en crisis).
Para mejorar la calidad en la elaboración de la revisión se siguió la metodología
PRISMA. Se filtraron las publicaciones a partir del 2020 y alguna anterior considerada de interés para el estudio. Se elaboró un diagrama de flujo donde se llevó a cabo la identificación de todos los estudios eliminando los duplicados, el cribado a través de los títulos y resúmenes para descartar estudios irrelevantes, la elegibilidad de los documentos que cumplen los criterios de inclusión y, por último, la inclusión final de los estudios seleccionados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La muestra inicial de estudios fue de 34 artículos con una muestra final de
15 documentos de interés incluidos en la revisión.

La evidencia científica revisada coincide en que la intervención de enfermería en urgencias ante un paciente infanto-juvenil con autolesiones debe seguir un enfoque estructurado que abarque la valoración integral, estabilización física y emocional, la detección del riesgo suicida y derivación a servicios especializados. La Asociación Española de Pediatría enfatiza en la necesidad de protocolos unificados para el manejo física de las heridas. La NANDA sistematiza el proceso de atención;
(NIC4354) Manejo de la conducta: autolesión, llevando a cabo actividades específicas y cuidados de la herida.
Por otro lado, las autolesiones son un comportamiento mayoritariamente oculto, debido a su estigmatización. Fortune et al. revelan que las actitudes de los profesionales sanitarios son negativas hacia este perfil de usuarios, debido a que las autolesiones se aprecian como un comportamiento irracional, impulsivo o como método de manipulación. En este sentido, Prieto Gil et al. resaltan la contención emocional basada en la comunicación empática, respetuosa y sin juicios, evitando comentarios punitivos o minimización de la conducta. Además, Nock et al. en su revisión, destacan que se debe actuar con
una actitud comprensiva para evitar el refuerzo negativo de la conducta autolesiva, y valorar la detección del riesgo suicida como un aspecto crucial. Finalmente, Zarska et al. revelan que la formación de los profesionales sanitarios mejora el conocimiento y comprensión de las autolesiones, las habilidades en la evaluación y manejo de este perfil de pacientes,
además de la confianza en el abordaje del caso, desarrollando actitudes más positivas hacia los pacientes.

CONCLUSIONES

La creciente incidencia de casos de autolesiones en adolescentes que acuden a los servicios de urgencias resaltan la necesidad de formación específica en salud mental para los profesionales de enfermería. Una intervención adecuada requiere no solo curas de las heridas, sino también del apoyo emocional y la detección del riesgo suicida. La formación en estrategias de comunicación terapéutica y protocolos de actuación es fundamental para ofrecer una atención humanizada, eficaz y libre de estigmas.

P. #853

EL ROL DEL ENFERMERO EN EL SOPORTE VITAL AVANZADO PREHOSPITALARIO: COMPETENCIAS, DESAFÍOS Y FORMACIÓN CONTINUA

CAMILO José Vázquez Corveiras[1], Vanesa Sánchez Gutiérrez[2], Bibiana Basadre Rodríguez[3], Graciela González Belmonte[4], Óscar Grela Beres[3], NOA Valiño Ferraces[3]

1. FPUS 061 GALICIA, La Coruña, España
2. SESPA, Gijón, España
3. FPUS 061 GALICIA, Foz, España
4. FPUS 061 GALICIA, Monforte De Lemos, España

INTRODUCCIÓN

El soporte vital avanzado (SVA) prehospitalario es un componente crítico en la atención de emergencias que salva vidas antes de que los pacientes lleguen al hospital. Los enfermeros desempeñan un papel fundamental en este contexto, donde su capacidad para realizar intervenciones de alta complejidad puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. Dicha capacidad no se limita al manejo avanzado de las vía aérea, la administración de fármacos y la realización de procedimientos invasivos . Este póster presenta una revisión de la literatura existente sobre el papel del enfermero en el SVA prehospitalario, con un enfoque en sus competencias, desafíos y la importancia de su formación continua.

OBJETIVO

Analizar las competencias, desafíos y necesidades de formación continua del enfermero en el soporte vital avanzado prehospitalario.

MÉTODO

Esta revisión sistemática se realizó siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA. Se desarrolló una estrategia de búsqueda utilizando las bases de datos PubMed, EMBASE, Cochrane Library y CINAHL desde su inicio hasta abril de 2023. Los términos clave incluyeron “prehospital”, “advanced life support”, “nurse”, y “emergency medical services”. Los estudios seleccionados fueron aquellos que abordaban explícitamente el rol del enfermero en el contexto del SVA prehospitalario. Se excluyeron las publicaciones que no estaban en inglés o no eran relevantes para la temática. Dos revisores llevaron a cabo independientemente la selección de estudios, la extracción de datos y la evaluación de la calidad de los mismos mediante la herramienta Cochrane de Riesgo de Sesgo. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso o consulta a un tercer revisor

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras una exhaustiva búsqueda y filtrado según los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 35 estudios que cumplían con los requisitos para ser incluidos en esta revisión sistemática. Los hallazgos sugieren que los enfermeros poseen habilidades específicas que son vitales en la gestión del SVA prehospitalario,

incluyendo la identificación temprana de la parada cardiorrespiratoria, la implementación eficaz de protocolos de reanimación, y el manejo avanzado de vías aéreas. Los estudios también resaltaron la contribución significativa de los enfermeros en la mejora de los desenlaces clínicos gracias a su formación especializada y su capacidad de actuación autónoma en situaciones de emergencia. Además, se identificaron retos recurrentes, como la necesidad de una formación continua y la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo óptimo de situaciones críticas. También se destacó el impacto de sistemas de soporte en la toma de decisiones clínicas con inclusión de enfermería en la cadena de supervivencia prehospitalaria.

CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática reafirma la importancia del enfermero en el SVA prehospitalario como un elemento clave para mejorar los desenlaces en emergencias médicas. Los enfermeros no solo aportan competencias técnicas críticas sino también habilidades de comunicación y toma de decisiones que optimizan el manejo de los pacientes en entornos prehospitalarios. Se subraya la necesidad de invertir en la formación continua y en la creación de protocolos que incluyan roles bien definidos para el personal de enfermería en el soporte vital. Asimismo, se destaca la relevancia de la colaboración entre los distintos servicios de emergencia para potenciar la cadena de supervivencia. Los hallazgos instan a los sistemas de salud a reconocer y ampliar el rol de la enfermería en la atención de emergencias prehospitalarias.

P. #863

ABORDAJE PREHOSPITALARIO DE HEMORRAGIAS MASIVAS: EFICACIA Y DESAFÍOS EN EL CONTROL DE SANGRADO

Camilo José Vázquez Corveiras[1], Vanesa Sánchez Gutiérrez[2], Bibiana Basadre Rodríguez[3], Graciela González Belmonte[4], Óscar Grela Beres[3], Noa Valiño Ferraces[3]

1. FPUS 061 Galicia, La Coruña, España
2. SESPA, Gijón, España
3. FPUS 061 Galicia, Foz, España
4. FPUS 061 Galicia, Monforte De Lemos, España

INTRODUCCIÓN

El manejo de hemorragias masivas en el entorno prehospitalario es un reto crucial que impacta significativamente en la supervivencia del paciente. Las tácticas de control rápido de sangrado, incluido el uso de torniquetes y agentes hemostáticos avanzados, son esenciales para la estabilización de víctimas con trauma severo. Este caso clínico analiza la eficacia y los desafíos de las intervenciones para el control de hemorragias en un escenario prehospitalario, enfatizando la importancia de la capacitación y la disponibilidad de herramientas adecuadas para mejorar los resultados del paciente.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de las intervenciones prehospitalarias en el control de hemorragias masivas y analizar sus desafíos.

MÉTODO

Para realizar esta revisión sistemática, se efectuó una búsqueda exhaustiva de literatura en bases de datos incluyendo PubMed, Cochrane Library, Web of Science y EMBASE. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios observacionales y reportes de casos publicados entre enero de 2000 y diciembre de 2022. Los términos de búsqueda fueron “prehospital,” “hemorrhage,” “massive bleeding,” y “hemostatic interventions.” Se seleccionaron estudios que evaluaron técnicas de control de sangrado tales como torniquetes, agentes hemostáticos tópicos y vendajes de presión. Dos revisores independientes extrajeron los datos y evaluaron la calidad metodológica de los estudios utilizando la herramienta Cochrane Risk of Bias. Los desenlaces principales incluyeron mortalidad, morbilidad, tiempo hasta la estabilización y necesidad de transfusiones sanguíneas. Los datos se sintetizaron cualitativa y cuantitativamente mediante un meta-análisis cuando fue apropiado.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De un total de 1.537 artículos identificados, 45 cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios demostraron que el uso prehospitalario de torniquetes y agentes hemostáticos es efectivo en la reducción de mortalidad relacionada con hemorragias masivas, con un número necesario para tratar (NNT) variando entre 7 y 18. Los tiempos de aplicación de torniquetes

oscilaron entre 1 y 3 minutos, y se asociaron con una reducción sustancial en la pérdida sanguínea. Los desafíos identificados incluyeron el retraso en la aplicación de torniquetes, la falta de entrenamiento adecuado y la necesidad de mejorar la ergonomía del equipo para facilitar su uso.

CONCLUSIONES

El manejo prehospitalario de hemorragias masivas a través de torniquetes y agentes hemostáticos ha demostrado ser una medida efectiva para salvar vidas. La revisión indica que la formación y el acceso a equipos adecuados son aspectos críticos para mejorar la supervivencia en situaciones de sangrado severo. Los datos sugieren la necesidad de políticas que faciliten el entrenamiento en control de sangrado a los servicios de emergencia y al público general. Adicionalmente, existen áreas para mejorar la aplicación temprana de técnicas de hemostasia y la ergonomía del equipo, lo que demanda una mayor investigación y desarrollo. En conclusión, intervenciones prehospitalarias para el control de hemorragias juegan un papel crucial en la cadena de supervivencia del trauma; sin embargo, la capacitación, el equipo y la implementación de guías prácticas siguen siendo áreas fundamentales para el progreso en este campo.

P. #875

HERRAMIENTAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Sara García Alonso, Sergio Alonso Díaz, Sara Torres Omaña, Marta Quiñones Pérez, Belén Carranza García, Isabel Rodríguez Manzano

Hospital Universitario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensitiva y emocional asociada a una lesión. Sin embargo, esta definición no es adecuada para la población pediátrica, ya que los niños no pueden comunicarlo efectivamente. El dolor en niños, especialmente en neonatos, ha sido infratratado debido a esta dificultad.

OBJETIVO

Analizar los diferentes métodos e instrumentos de valoración del dolor en la población pediátrica.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la valoración del dolor en pediatría y el papel de la enfermería en este proceso. Se utilizaron descriptores en Ciencias de Salud reacogidos por BIREMES como dolor, enfermería y pediatría. Los artículos seleccionados debían cumplir con criterios de relevancia, metodología adecuada y haber sido publicados entre 2020 y el 2024. Se excluyeron aquellos inaccesibles en su totalidad o con metodología inapropiada.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los métodos para la valoración del dolor en pediatría pueden clasificarse en tres grupos:
Los métodos comportamentales o conductuales son aquellos que se centran en observar las respuestas del niño ante el dolor (expresiones faciales, llanto, movimientos corporales y otros comportamientos visibles). Son fundamentales para valorar el dolor en niños pequeños o aquellos con dificultades para comunicarse, como los lactantes o niños con trastorno del desarrollo. Las escalas más representativas de este grupo son la CHEOPS (para niños de 1 a 7 años), la FLACC y la NIPS (orientada al dolor neonatal).
Los métodos fisiológicos o biológicos miden las respuestas físicas del organismo ante el dolor. Estos incluyen cambios en diferentes sistemas, como el sistema circulatorio (aumento de catecolaminas, taquipnea, hipertensión), respiratorio (disminución de la ventilación), urinario (retención de orina), digestivo (reducción de la motilidad gástrica), endocrinometabólico (aumento de catecolaminas) y neurológico (presión intracraneal elevada). Si bien estas respuestas no son exclusivas del dolor y pueden ser provocadas por otros factores, son útiles cuando se combinan con otros métodos, ya que proporcionan información complementaria sobre el dolor.
Los métodos autoevaluativos, psicológicos o cognitivos se

basan en la percepción subjetiva del niño sobre su dolor. Estos métodos se vuelven efectivos a partir de los 4 años de edad, siendo más confiables en niños mayores. Incluyen métodos proyectivos, como dibujos donde el niño sitúan el lugar y la intensidad del dolor; entrevistas estructuradas, como el Pediatric Pain Questionnaire (PPQ), que recogen tanto la intensidad como las características del dolor; y escalas de dolor, como la escala numérica del dolor, la escala visual analógica y la de Wong-Baker, que son ampliamente utilizadas por su simplicidad. Las escalas visuales, en particular, permiten evaluar la intensidad del dolor de manera comprensible, incluso para los niños más pequeños, lo que facilita su aplicación en el ámbito pediátrico.

CONCLUSIONES

El dolor en pediatría es una experiencia multidimensional que involucra aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos. Para su control, es crucial una evaluación integral que considere no solo las características físicas del dolor, sino también los temores, creencias, experiencias previas, condiciones psicológicas y el entorno social del niño. Existen métodos fisiológicos, conductuales y autoevaluativos para valorarlo. Ningún método es completo por sí solo, por lo que una combinación de herramientas permite una valoración más precisa del dolor, ayudando a enfermería en su gestión y tratamiento adecuado.

P. #885

MANEJO DE LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO DE URGENCIAS: RETOS PARA ENFERMERÍA

Sara García Alonso, Sergio Alonso Díaz, Sara Torres Omaña, Nieves Lorenzana Álvarez, Pablo Vicente Benéitez, Eva Galván Grande

Hospital Universitario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

El área de urgencias de los hospitales es un entorno que, debido a la alta presión y estrés, se caracteriza por situaciones de violencia, las cuales afectan tanto al personal de salud como a los pacientes. Este fenómeno compromete la seguridad de los profesionales y puede impactar negativamente en la calidad del cuidado proporcionado. En particular, los enfermeros, como el personal que tiene un contacto más directo y constante con los pacientes, enfrentan retos al lidiar con agresiones y actos violentos.

OBJETIVO

Examinar la gestión de la violencia en el ámbito de urgencias por parte del personal de enfermería, evaluando los protocolos de seguridad, las intervenciones frente a agresiones y las técnicas de desescalada que emplean para abordar tales situaciones.

MÉTODO

Se recopilaron estudios académicos de los últimos cinco años (2020-2025), utilizando fuentes como PubMed y Scopus. Las palabras clave se encontraban en los descriptores en Ciencias de Salud realizados por BIREME incluyeron violencia, agresión y urgencias. Se seleccionaron artículos que describen las medidas de prevención de la violencia y las respuestas del personal de enfermería ante situaciones de agresión. Los estudios también abordan la efectividad de las estrategias de intervención implementadas en los hospitales para manejar la violencia

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Las agresiones más frecuentes en urgencias son las verbales y las amenazas, y en menor medida físicas. Los factores que más influyen en la violencia son el largo tiempo de espera, el consumo de drogas y trastornos psiquiátricos. En respuesta a estos problemas, los hospitales han implementado protocolos de seguridad que incluyen medidas como la formación del personal, sistemas de alerta y la creación de zonas seguras para el personal y los pacientes.

La capacitación en técnicas de desescalada, que abarcan el uso de una comunicación calmada y la escucha activa, es una de las estrategias más efectivas para reducir la agresión. Además, el personal de enfermería también está entrenado para utilizar la contención física solo como último recurso, en estricta conformidad con los protocolos establecidos.

CONCLUSIONES

El manejo de la violencia en las urgencias representa un desafío constante para el personal de enfermería, quienes deben actuar rápidamente para garantizar la seguridad de todos los involucrados. Contar con protocolos de seguridad bien definidos y entrenar al personal en técnicas de desescalada son elementos clave para manejar de forma efectiva estas situaciones. Es esencial que los hospitales inviertan en la formación continua de su personal y en la implementación de medidas de seguridad adecuadas. Esto no solo protege a los profesionales de la salud, sino que también contribuye a mejorar la calidad del servicio brindado a los pacientes. Además, mejorar las condiciones laborales de los enfermeros puede ayudar a reducir la violencia y el estrés en los entornos de urgencias

P. #899

SITUACIÓN ACTUAL DEL MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS

Sara García Alonso, Sergio Alonso Díaz, Sara Torres Omaña, Angelina Valcárcel Alonso, Dolores Rambla Arenas

Hospital Universitario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

La gestión del dolor en los servicios de urgencias es un aspecto crucial de la atención al paciente. Un manejo adecuado del dolor mejora el bienestar, reduce la ansiedad y facilita la recuperación. Este abordaje debe ser integral, combinando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. El enfoque debe variar según la edad y las condiciones particulares de cada paciente, ya que la percepción del dolor cambia en las diferentes edades. Las enfermeras juegan un papel fundamental en la evaluación y tratamiento del dolor durante las situaciones de emergencia.

OBJETIVO

Analizar los protocolos para el manejo del dolor en urgencias y el papel de las enfermeras en la evaluación y el control del dolor, valorando su capacidad para implementar protocolos de tratamiento efectivos.

MÉTODO

Se revisaron artículos publicados a partir del 2019. Las fuentes fueron seleccionadas de bases de datos electrónicas PubMed y Scopus, así como de libros de texto actualizados sobre el manejo del dolor en urgencias. Las palabras claves fueron dolor, enfermería y terapeútica, incluidas en los descriptores en Ciencias de Salud realizados por BIREME.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los protocolos de manejo del dolor en urgencias requieren un enfoque combinado que incluya tanto tratamientos farmacológicos como no farmacológicos. En los primeros, los analgésicos no opioides, se utilizan para el dolor leve a moderado, mientras que los opioides son indicados para el dolor severo. Sin embargo, el uso de opioides debe ser controlado debido a los efectos adversos.

Las medidas no farmacológicas son útiles como alternativa al tratamiento farmacológico, especialmente en pacientes pediátricos o adultos mayores. Las técnicas como la TENS y la terapia de calor o frío son importantes en pacientes que no pueden recibir ciertos medicamentos debido a contraindicaciones.

La percepción y manejo del dolor varían según la edad del paciente. En los niños, debido a su incapacidad para verbalizar el dolor, se emplean escalas específicas como la de Wong-Baker o la FLACC. Los adultos mayores también presentan una mayor probabilidad de sufrir efectos adversos por la polifarmacia y las comorbilidades, lo que requiere una atención más cuidadosa y el uso de dosis reducidas de medicamentos.

El rol de las enfermeras en el manejo del dolor es clave, ya que

son responsables de la valoración inicial del dolor, el monitoreo continuo y la administración de los tratamientos adecuados. Su capacidad para aplicar técnicas no farmacológicas y ajustar la medicación según la respuesta del paciente mejora significativamente el control del dolor y la satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES

La gestión del dolor en urgencias requiere un enfoque holístico y personalizado que combine medicamentos y estrategias no farmacológicas. Los protocolos deben adaptarse a las características individuales de cada paciente, teniendo en cuenta su edad, condición clínica y la severidad del dolor. Las enfermeras tienen un papel esencial en la evaluación y el control del dolor, ya que son responsables de la implementación de estos protocolos, de la monitorización de la eficacia de los tratamientos y de la gestión de los efectos secundarios. Es crucial que las enfermeras reciban formación continua para poder manejar el dolor de manera efectiva, utilizando las herramientas de evaluación adecuadas y aplicando intervenciones personalizadas según las necesidades del paciente. La actualización de los protocolos y la integración de técnicas no farmacológicas en el tratamiento del dolor pueden mejorar significativamente la calidad de la atención en los servicios de urgencias.

P. #921

CUIDAR AL QUE CUIDA: PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Adela Zambrana Osorio, Ester Rodríguez Roig, Eduardo Orriols Narvaez, Aitor Fortes Carrasco

Pius Hospital de Valls, Valls, España

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una vocación que exige no solo habilidades técnicas, sino también un importante compromiso emocional. Es este compromiso el que puede convertirse en una carga, llevando a muchos profesionales de la salud a enfrentar al conocido "burnout". Este síndrome, que afecta sobretodo a enfermeras y enfermeros, se manifiesta en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización hacia los pacientes y una sensación de baja realización personal. Y puede dar lugar a consecuencias graves, como el abandono de la profesión, el aumento del ausentismo y un bajo rendimiento.

El burnout es un síndrome de agotamiento profesional que afecta a la calidad del cuidado que brinda enfermería y en consecuencia a la salud de los pacientes. En un entorno de trabajo cada vez más demandante y con escasos recursos, el cansancio físico y emocional se acumula, desgastando la capacidad de los profesionales y su bienestar.

Este póster profundiza en las causas del burnout en el personal de enfermería, tales como la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo institucional y la constante exposición a situaciones de estrés. También resalta las consecuencias que no solo ponen en riesgo la salud de los enfermeros y enfermeras, sino que puede comprometer la calidad del cuidado que reciben los pacientes.

OBJETIVO

Más allá de identificar el problema, el objetivo de este trabajo es proponer soluciones efectivas, desde estrategias de autocuidado hasta intervenciones organizacionales, para prevenir y tratar el burnout. Establecer espacios de apoyo emocional, fomentar un entorno laboral respetuoso y promover el cuidado de la salud mental son pasos esenciales para proteger a quienes, con profunda dedicación, cuidan a los demás.

MÉTODO

Exploratorio cualitativo

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1.Aproximadamente el 70-80% de los enfermeros y enfermeras experimentan algún grado de burnout a lo largo de su carrera.
2.Principales Factores Desencadenantes:
2.1.Sobrecarga de trabajo: La alta demanda de turnos largos y la falta de personal adecuado aumentan la presión sobre los profesionales de salud.
2.2.Falta de apoyo institucional: La ausencia de políticas adecuadas de bienestar y programas de apoyo a los trabajadores contribuye a la fatiga emocional.
3.Impacto en la Calidad del Cuidado: Las enfermeras y

enfermeros que experimentan burnout reportan una menor satisfacción en su trabajo, lo que se traduce en una reducción en la calidad de la atención brindada. En algunos casos, el burnout provoca errores médicos, disminución en la empatía y agotamiento físico y mental que afecta la atención que los pacientes reciben.
4.Estrategias de Prevención y Manejo: La investigación sugiere que implementar programas de autocuidado, ofrecer apoyo psicológico regular y promover un entorno de trabajo respetuoso son medidas efectivas para reducir el burnout. Además, la mejora en la rotación de turnos, la inclusión de personal adicional y la educación sobre la importancia de la salud mental en el trabajo pueden prevenir la aparición del burnout.
5. A nivel organizacional, las consecuencias incluyen mayor tasa de ausentismo, rotación de personal y una mayor presión sobre los sistemas de salud.

CONCLUSIONES

La salud mental del personal de enfermería es crucial para garantizar una atención de calidad. Las estrategias de prevención del burnout no solo mejoran el bienestar de las enfermeras y enfermeros, sino que también tienen un impacto directo en la calidad del cuidado que los pacientes reciben.
Es fundamental que las instituciones de salud implementen programas de apoyo y autocuidado para reducir el agotamiento profesional y crear ambientes laborales más saludables.

P. #966

ESTUDIO DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN ÁREA DE DECISIÓN CLÍNICA

Alfonso Rubio Navarro, Martina Valenzuela Anguita, Cristina Ayala Nicolás, María Luz Blanco Linares
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

En España, el 18% de la población mayor de 65 años es considerada frágil. El área de decisión clínica (ADEC) se crea, entonces, como una nueva forma de atención centrada en las necesidades de estos pacientes frágiles y sus familias, que garantiza una adecuada gestión de su proceso en el servicio de urgencias, personalizando su atención y fomentando la comunicación entre niveles asistenciales a través de los denominados "cuidados transicionales" (recomendaciones al alta, llamada telefónica al día siguiente de su estancia en ADEC, seguimiento por su médico/enfermera de AP…).
Se seleccionó el diagnóstico de insuficiencia cardiaca por ser muy frecuente en dicha área ADEC, con el fin de valorar la fragilidad de los pacientes que fueron atendidos con este diagnóstico en el año 2024.

OBJETIVO

- Conocer el índice de fragilidad en pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Valorar la fragilidad en dichos pacientes según las variables de edad y género

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo que incluyó el análisis descriptivo de la fragilidad según la escala frágil-VIG de 273 pacientes identificados con insuficiencia cardiaca como diagnóstico principal en área ADEC de una unidad de urgencias hospitalaria durante el año 2024.
Se utilizó como instrumento la versión española del Índice Frágil-VIG. Este índice realiza una valoración integral geriátrica, mediante los dominios: Funcional, Nutricional, Cognitivo, Emocional, Social, Síndromes geriátricos, Síntomas graves y Enfermedades. El valor índice se obtiene de la suma de los déficits identificados dividida entre 25, número total de déficits potenciales, por lo que a mayor presencia de déficits mayor puntuación del índice. Asimismo, se han establecido diferentes puntos de corte del índice que distinguen entre 4 grados de fragilidad: no fragilidad, <0,20; leve, 0,20-0,35; moderada, 0,36-0,50 y grave>0,50.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De 872 pacientes que fueron atendidos en el área de ADEC durante el año 2024, el diagnóstico principal más frecuente fue el de insuficiencia cardiaca con el 31,31% de dichos pacientes. La puntuación media en la escala frágil-VIG obtenida por dichos pacientes fue de 0,413±0,302 con una mediana de 0,28.
Según el género, la muestra estuvo formada por 105 hombres y

168 mujeres. Los hombres puntuaron en la escala frágil-VIG una media de 0,451, mientras que las mujeres registraron una media de 0,496 en la misma escala.
Según la edad, hubo una gran diferencia entre el número de pacientes en cada estrato. Los menores de 70 años fueron el 6,86%, mientras que entre 70 y 79 años se situó el 13,07%, entre 80 y 89 años el 51,63% y los mayores de 90 años fueron el 28,43%. Atendiendo a los diferentes estratos de edad, las puntuaciones medias en la escala frágil-VIG fueron las siguientes: los menores de 70 años presentaron un índice de 0,54, los pacientes entre 70 y 79 años registraron un índice de 0,458, los situados entre 80 y 89 años de 0,474 y los mayores de 90 años de 0,558.

CONCLUSIONES

La muestra estudiada registró un índice medio de fragilidad de moderado a avanzado, incrementándose especialmente en los mayores de 90 años y en el género femenino en todas las edades.
El conocimiento del perfil de paciente que es candidato para el ADEC ayuda a mejorar la calidad del cuidado tanto en urgencias como tras el alta a través de cuidados transicionales que se establecen en coordinación con el equipo de atención primaria.
El estudio de la fragilidad en personas con ICC en la unidad de ADEC, permite una evaluación rápida y eficaz dentro de la atención urgente al paciente complejo crónico en situación de vulnerabilidad.

P. #973

CORRELACIÓN ENTRE EL RESULTADO DE UNA ESCALA DE ALERTA PRECOZ EN URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LOS INGRESOS URGENTES EN HOSPITALIZACION

Ane Bereciartua Eguren[1], Miguel Ortega Marcos[1], María Gallego Pérez[1], Janire Gallejones Eskubi[2], Garazi Gorospe Euba[1], Itxaso Lecue Salazar[1]

1. Osi Barrualde Galdakao, Usansolo Galdalkao, España
2. Unidad Investigacion Biosistemak, Usansolo Galdalkao, España

INTRODUCCIÓN

Nuestra Organización Sanitaria Integrada (OSI), que cubre una población de 300.000 habitantes, cuenta con dos hospitales, uno general de 400 camas (H1) y otro sin camas de hospitalización (H2). Ambos cuentan con Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) 24 horas. El paciente atendido en el centro sin camas, que requiera ingreso urgente o continuidad asistencial por otra especialidad, se traslada al otro tras su atención.
Desde 2024 en el centro sin camas utilizamos una escala corporativa de detección de riesgo de deterioro (VIEWS), aplicable desde el programa informático de urgencias (OSABIDE), que calcula automáticamente el riesgo al introducir las constantes y lo actualiza si se añaden nuevas constantes.

OBJETIVO

Evaluar las puntuaciones de VIEWS al llegar a urgencias entre los pacientes que no ingresan y entre los que sí, así como su evolución durante la estancia del paciente en urgencias y hasta las primeras 24 horas.
Evaluar la asociación entre la puntuación VIEWS de H2 con las complicaciones durante el ingreso y la estancia media

MÉTODO

Estudio observacional de cohortes retrospectivo (1 diciembre 2024 a 7 enero 2025) de pacientes atendidos en urgencias de H2. De las variables que necesita VIEWS (FC, TAS, FR, Tª, Sat. O2, aporte O2 y nivel de conciencia) utiliza las que enfermería recoge, y de las que no dispone del dato las considera normales. Variables: hora de llegada, sexo, edad, nivel de triage, primer score calculado (valor 0 a 21), ubicación y diagnóstico al alta de urgencias, último score calculado antes del alta, primer score calculado en hospital de destino, servicio de ingreso, complicaciones durante el ingreso (ingreso en UCI, cirugía urgente no prevista al ingreso, ingreso unidad cuidados intermedios, fallecimiento), score a las 24 horas tras llegada a urgencias, destino al alta tras ingreso y estancia media.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Recogemos datos de 144 pacientes. Sexo: 57% mujeres. Edad media 73,5 años. Niveles de triage: nivel I 0 casos; II 14; III 97; IV 29; V 4. Ubicación 98% boxes. La media del Score inicial registrado entre ingresados vs. no ingresados es significativamente mayor (2.42 frente a 0.57 $p<0.05$). Hay diferencias significativas en el

nivel de triage entre los pacientes que ingresan frente a los que no (3.16 frente a 3.83 p< 0.05). El score de riesgo al llegar y el calculado antes del traslado empeora (2.42 vs 3.46 p<0.05). No hay diferencias entre el último score antes de la transferencia y el primero en planta (3.46 vs. 3.19 p 0.1). Complicaciones: 5%. Estancia media: 4,3 días. Tras ingreso: alta domicilio 95%. No hay diferencias significativas entre el último score calculado en H2 en los pacientes con o sin complicaciones ni hemos encontrado relación significativa entre este último score y la estancia media.

CONCLUSIONES

Riesgo inicial calculado por el score significativamente mayor entre los pacientes que ingresan. También es significativa la diferencia de prioridad que establece el triage entre las personas que ingresan y las que no
El empeoramiento del score desde la llegada hasta el alta se mantiene dentro de unos valores de riesgo bajo y puede deberse a una mejor cumplimentación de las variables del score.
No diferencias significativas entre score previo al ingreso y el de primeras horas en planta. La transferencia es segura
La implementación de una escala de riesgo corporativa de cálculo automático en el programa informático habitual de urgencias contribuye a mejorar los cuidados del paciente, a detectar situaciones de riesgo de deterioro y puede ayudar a predecir la evolución del proceso. El cálculo sin disponer de todas las variables necesarias puede infravalorar el riesgo detectado por el score.

P. #996

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y TIEMPO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN BOX DE CRITICOS

María Del Carmen Florenciano García, Mónica Martínez Martínez, Irene Victoria Aguayo Zamora, Noelia López Meseguer, Esther Cortés Lorente, Alejandro Delgado Laredo

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La emergencia es una situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano, que obliga a utilizar recursos y medios especiales, a la vez que exige un tratamiento inmediato para salvar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico precoz. El box de críticos es la zona de acceso inmediato localizada en los servicios de urgencias, donde se cuenta con dichos recursos y personal cualificado. El personal de enfermería debe tener las habilidades y conocimientos necesarios para proporcionar una atención integral, por ello es fundamental un adecuado registro de las atenciones que se realizan en el box de críticos.

OBJETIVO

Explorar las patologías más frecuentes que se atienden en el box de críticos.
Conocer el tiempo medio de atención en las diferentes patologías, especialmente aquellas tiempo- dependiente que exigen una mayor celeridad en la atención.

MÉTODO

Diseño observacional descriptivo retrospectivo. La información recogida para la realización de este estudio incluyó las urgencias vitales registradas durante el primer semestre de 2024 en un servicio de urgencias hospitalario en un centro de nivel II. El servicio cuenta con un box de críticos con capacidad para dos pacientes. Los datos fueron recogidos en el mes de diciembre de 2024 y se extrajeron de los registros manuales que se realizan cuando se produce una urgencia vital en nuestro servicio. Estos registros incluyen los datos del paciente, la patología por la que acude al centro, la fecha, la hora de entrada y salida del paciente en el box de críticos y el lugar de destino una vez el paciente se encuentra estabilizado. Los resultados se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics® a través del análisis de frecuencias (porcentajes) y estadísticos descriptivos (medias y desviación típica).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el primer semestre de 2024 atendimos en nuestro box de críticos un total de 267 pacientes. De estos pacientes, el 68% fueron hombres, y la edad media del conjunto de los pacientes fue de 53,63 años. Nuestro tiempo medio de actuación fue de 19 minutos. En cuanto a las patologías más frecuentes que atendimos en este periodo temporal, encontramos, en primer lugar, a los pacientes politraumatizados (36,1%), en segundo lugar, la patología cardíaca (16%), y en tercer lugar las patologías

respiratorias (10,4%). El tiempo de atención de media en los pacientes politraumatizados fue de 18 minutos, y la mayoría de los casos atendidos fueron derivados a radiología (64,9%) y a la zona de observación de urgencias (26,8%).
El tiempo de atención en el paciente con patología cardíaca fue de 27 minutos, y la mayoría de los casos fueron derivados a la zona de observación (55,8%), o a otro centro hospitalario (27,9%) para la realización de cateterismos.

CONCLUSIONES

Las patologías atendidas en el box de críticos se asemejan a los registros hospitalarios de otros estudios si bien difieren en la frecuencia de las mismas encontrada, ya que en nuestros registros predominan los pacientes politraumatizados mientras que en otros las principales urgencias vitales se centran en la patología cardiaca.
En cuanto al tiempo medio de atención registrado, es menor que en otras investigaciones, que muestran un tiempo medio de 60 minutos.
El bajo número de pacientes atendidos unido al mínimo registro de ciertas patologías como el ICTUS, sugiere una infrautilización como recurso de este box de críticos. Incrementar su frecuencia de utilización se propone como área de mejora.
También se evidenciaron registros incompletos. El déficit de cumplimentación de los mismos se configura como otro aspecto a mejorar en nuestro servicio de urgencias.

P. #1000

PERFIL DEL MULTIFRECUENTADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.G.U, REINA SOFIA DE MURCIA

Isabel M. Soto Ballester, Carmen Morales Ruiz, Margarita Cerezo Sanmartin, Marina López Ibernón, Francisco Cano Fernández, Miguel Ángel Campos Laencina

HGU Reina Sofía, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que recurren con alta frecuencia a los servicios de urgencias, a menudo por condiciones que no necesariamente requieren atención urgente, presentan varias características y desafíos que impactan tanto en el sistema de salud como en los profesionales que gestionan las urgencias.
En nuestro caso, un hospital metropolitano de nivel 2, de fácil acceso merece la pena analizar las múltiples variables o factores que influyen en la decisión de las personas de acudir repetidamente a los servicios de urgencias de nuestro hospital.
Aunque el término "multifrecuente" puede variar según el contexto y la institución, se considera que una persona es multifrecuente cuando acude a urgencias varias veces en un corto período de tiempo. En muchos lugares, se habla de tres o más visitas en un año como un umbral común para ser clasificado de esta manera, pero en nuestro caso vamos a analizar los que presentan más de 20 visitas al año, por la relevancia que tienen como consecuencia de la sobrecarga al sistema, que puede llevar a un seguimiento inadecuado, presencia estigmatización y alto riesgo de complicaciones.

OBJETIVO

Identificar patrones, causas y factores subyacentes que contribuyen a la alta frecuencia de visitas.

MÉTODO

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizan datos extraídos del aplicativo SELENE©, de las 101749 visitas al servicio urgencias comprendidas en el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2024. Se realiza un análisis de pacientes con más de 20 visitas al servicio de urgencias, para determinar un perfil demográfico (edad, sexo), motivo de ingreso, tipo de alta y patología.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras analizar los datos de las visitas a urgencias el pasado año 2024, nos encontramos con un total de 22 pacientes con más de 20 visitas, que acumulan 688 visitas a lo largo del pasado año 2024, lo que supone un 0.68% de las atenciones en el servicio de urgencias, y aunque a priori no puede parecer mucho, si pueden ser graves la repercusiones sobre el propio paciente.
En el desglose de los datos extraídos se observa un perfil de varón (68.64%) de edad comprendida en su mayoría en una franja de 41 a 60 años (59.09%).
Destaca y no sorprende, que de las 688 atenciones con más de 20 visitas al servicio de urgencias 556 (81%) han sido motivadas

por decisión propia, 637 diagnosticadas de enfermedad común (93%), con resultado de alta a domicilio en un 82% de los casos. En los datos extraídos, podemos ver un 9% de fuga y 1% de altas voluntarias, que generan un sentimiento de frustración a los profesionales sanitarios y una estigmatización al paciente, que sin duda en nuestra opinión radica el mayor riesgo para el paciente.

CONCLUSIONES

Sería interesante ampliar estos datos con otros sociodemográficos como el acceso a primaria, condiciones socioeconómicas, factores psicológicos y sociales además de comorbilidades.
Este tipo de análisis puede ser utilizado para mejorar la gestión hospitalaria, optimizar los recursos disponibles, y desarrollar estrategias para reducir la carga en las urgencias hospitalarias, teniendo en cuenta que son un grupo de pacientes que requieren un enfoque más comprensivo y coordinado en el sistema de salud para abordar tanto sus necesidades de atención urgente como las causas subyacentes de su recurrencia en los servicios de urgencias.

P. #1061

OPTIMIZACION DE LA CONTENCION MECANICA EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIA

María Ángeles Arnaldos Gonzálvez, Carmen Morales Ruiz, José López Mellado, Rocío Soto Ballester, Olga Prieto Aguero, Nicolasa Jiménez López

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

En muchas ocasiones, en los servicios de urgencias de los hospitales, se utiliza la contención mecánica para asegurar la seguridad de los pacientes agitados y del personal médico. Este trabajo se enfocará en establecer una serie de directrices para aplicar la contención mecánica de manera que se reduzcan al mínimo los riesgos para el paciente y se explore la posibilidad de evitar su uso. También consideraremos los aspectos éticos y legales para garantizar que la práctica sea efectiva y segura, respetando los derechos tanto del personal sanitario como de los pacientes. Además, desarrollaremos un plan de mejora que responda a las necesidades del servicio, con el objetivo de elevar la calidad de atención para este tipo de pacientes.

OBJETIVO

1. Optimizar la gestión de la contención mecánica por parte del personal sanitario en los servicios de urgencias hospitalarias.
2. Promover el uso de alternativas a la contención mecánica para reducir su aplicación.
3. Establecer criterios unificados, así como un plan de formación y pautas de actuación para la contención mecánica de los pacientes.
4. Implementar un seguimiento continuo del paciente para asegurar su seguridad, privacidad y la calidad de atención, tanto para él como para su entorno, incluidos familiares y personal sanitario.
5. Asegurar la disponibilidad de todos los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para la contención mecánica.
6. Analizar el impacto de la formación del personal sanitario de urgencias en la correcta aplicación de la contención mecánica.

MÉTODO

El objetivo de este trabajo es establecer directrices sobre la sujeción o contención mecánica, que incluyan la formación del personal sanitario, indicaciones, secuencias de actuación, información para familiares y pacientes, registro de acciones, procedimientos y seguimiento del paciente, así como garantizar su seguridad.
Desarrollar un plan de medidas preventivas y alternativas seguras que eviten la necesidad de esta práctica.
La motivación radica en la necesidad de contar con un procedimiento que defina pautas claras para llevar a cabo la contención mecánica, ya que se ha observado que el personal sanitario a menudo carece de la habilidad necesaria para realizar estas prácticas de manera adecuada y efectiva.
Una de las propuestas es unificar criterios y establecer protocolos claros para las diferentes situaciones. También se sugiere

capacitar al personal tanto en la contención mecánica como en la inmovilización de pacientes mediante enfoques alternativos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es mejorar la calidad de atención a pacientes que requieren contención mecánica en urgencias. Para ello, se han establecido medidas y un plan de mejora que incluyen aumentar recursos humanos y materiales, implementar un plan de formación y crear un protocolo de actuación consensuado entre profesionales. Es fundamental garantizar la seguridad del paciente y minimizar los riesgos para él y el personal sanitario. Se busca que un alto porcentaje de los profesionales esté adecuadamente formado y conozca el protocolo correspondiente. Además, se pretende reducir al máximo los daños y efectos secundarios asociados a la técnica. Finalmente, se verificará que toda la información se registre correctamente en la historia clínica del paciente.

CONCLUSIONES

Las limitaciones principales de este plan de mejora pueden encontrarse en primer lugar, en lograr la concesión del aumento de los recursos. Otro aspecto en el que habría que incidir es logar un alto grado de motivación e implicación por parte de los profesionales que intervienen en la atención de estos pacientes. También habría que establecer unos canales de comunicación fluidos y eficientes entre el equipo interdisciplinar que trata al paciente.

P. #1077

SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOPITALARIOS: MEDIR PARA CUIDAR

Esther Cortés Lorente, Alejandro Delgado Laredo, Noelia López Meseguer, María Del Carmen Florenciano García, Mónica Martínez Martínez, Irene Victoria Aguayo Zamora

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las patologías psiquiátricas ha aumentado en los últimos años. Los informes recientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) estiman que el 34% de la población padece algún problema de salud mental. Esta creciente preocupación se refleja en el número de consultas que a diario se reciben en los servicios de urgencias, cuya puerta de entrada es el triaje de enfermería.

OBJETIVO

Analizar la evolución de la demanda de asistencia de salud mental en el servicio de urgencias de un Hospital General Universitario en un periodo de 5 años (2020-2024). Describir los motivos de consulta más prevalentes y el perfil sociodemográfico del consultante.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de las atenciones realizadas en el servicio de urgencias entre 2020 y 2024, clasificadas en el formulario de triaje de enfermería en la categoría sintomática "Psiquiatría", que engloba 13 grupos de síntomas (motivos de consulta), desglosados por sexo y edad; también se analizó el número de interconsultas e ingresos a Psiquiatría en dicho periodo. Todos los datos se obtuvieron de los formularios electrónicos de atención que quedan registrados en el centro. El análisis de datos se realizó a partir de una planilla de Excel.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se obtuvo una muestra de 11452 atenciones de "Psiquiatría"; no se incluyeron aquellos pacientes que ingresaron directamente en el área de observación (no pasan por triaje de enfermería), ni las intoxicaciones de diversa índole (recogidas en una categoría sintomática distinta) por no estar, en su totalidad, directamente relacionadas con la patología psiquiátrica. La muestra se compone de un 46,95% (n=5377) de hombres y un 53,04% (n=6075) de mujeres, cuya media de edad se sitúa, en ambos casos, en torno a los 45 años.
Se atendió a una media de 2291 pacientes al año, con aumento anual promedio del 20% (184,4 pacientes/año). 2021 fue el año que registró mayor aumento de atenciones, con un incremento del 47,72% (440 pacientes). Los síntomas más prevalentes fueron "Ansiedad y nerviosismo" (38,97%), "Autolisis" (15,07%) y "Demanda de atención urgente por especialista" (13,84%). El síntoma que experimentó mayor crecimiento fue "Autolisis" (16,46%), con pico de atenciones en 2021.

En todos los grupos de edad (<25 años, 25-50 años, >50 años) y en ambos sexos, predominó "Ansiedad y nerviosismo" como motivo de consulta (34,87%hombres, 42,60% mujeres), seguido de la "Demanda de atención urgente por especialista" (15,80% hombres, 12,09% mujeres) y la "Autolisis" (12,60% hombres, 17,25% mujeres).
El 89,32% de los pacientes precisó valoración por especialista (2046 interconsultas de media al año, con aumento anual promedio de 188,5) y el 14,28 % de estos fue ingresado a cargo de Psiquiatría.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos siguen la tendencia recogida por los organismos oficiales en los últimos años.
El aumento de consultas por patología psiquiátrica tras la pandemia del SARS-COV2 plantea la necesidad de adaptar los servicios de urgencias para dar respuesta a las necesidades de estos pacientes.
El camino a seguir debería contemplar la creación de circuitos específicos con tiempos de espera y espacios adecuados y seguros, en el que el personal, formado y especialista, pueda ofrecer cuidados de calidad al paciente con problemas de salud mental.
"Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre." (William Thomson Kelvin)

P. #1098

ESTUDIO DE LAS CONSULTAS POR ANSIEDAD IDENTIFICADAS EN EL TRIAJE DE ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Noelia López Meseguer, Esther Cortés Lorente, Alejandro Delgado Laredo, María Del Carmen Florenciano García, Mónica Martínez Martínez, Irene Victoria Aguayo Zamora

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La ansiedad supone actualmente el principal motivo de consulta en los servicios de urgencias en relación con problemas de salud mental. Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023, el trastorno de ansiedad muestra una prevalencia de 106,5 casos por cada 1000 habitantes, siendo mayor en mujeres que en hombres, afectando alrededor del 17% de las mujeres con una edad comprendida entre los 49 y los 79 años. En la infancia y adolescencia, la ansiedad supone el 3% de los problemas de salud mental, con una tendencia creciente en los últimos años.

OBJETIVO

Determinar el número de consultas por Ansiedad y Nerviosismo atendidas en el triaje de enfermería de un servicio de urgencias durante el 2024.
Describir el perfil sociodemográfico por edad y género de las asistencias prestadas en estas categorías sintomatológicas.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo que abarca el periodo de tiempo de un año (2024), en el que se incluyen las atenciones sanitarias realizadas en un servicio de urgencias y clasificadas en el formulario de triaje de enfermería, dentro de la categoría sintomática "Psiquiatría", como síntoma de "Ansiedad y Nerviosismo".
Los datos sobre el número de consultas, así como las variables sociodemográficas, se consiguieron consultando los formularios informáticos de selene, generados en los archivos del hospital estudiado, tras la realización del triaje de enfermería .
Posteriormente, dichos datos se desglosaron a partir de un formulario Excel, permitiendo obtener información de las cifras relacionadas con variables como la edad y el género, analizadas con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 22, con la finalidad de establecer, como estadísticos y descriptivos, medias y porcentajes.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo de tiempo que abarca el 2024, se realizaron 2618 atenciones en el triaje de enfermería correspondientes con la categoría sintomática "Psiquiatría", de las cuales, 914 presentaron como motivo de consulta el síntoma "Ansiedad y Nerviosismo", lo que supone un 39,9% de las asistencias por problemas de salud mental en el servicio de urgencias estudiado.
Atendiendo a la variable sociodemográfica "género", un 42,1% (n=385) de las consultas fueron realizadas por varones,

las mujeres suponen el 57,9% (n=529) restante. En cuanto a la variable "edad", la edad media se encuentra en 39,75±17,029. Dicha variable se segmentó de forma arbitraria en tres grupos de edad con el fin de detectar la existencia de un grupo con mayor incidencia en este problema de salud: Grupo 1 (jóvenes e hasta 25 años), grupo 2 (adultos de 25 hasta 50 años) y grupo 3 (adultos mayores de 50 años). Esta fragmentación facilitó establecer que el mayor número de asistencias se corresponden con el grupo 2, suponiendo el 49,1% (n=449), seguido de un 25,5% (n=233) para el grupo 1, y finalmente el grupo 3 con 25,4% (n=232) del total de la muestra.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos confirman la tendencia de la literatura consultada, que destaca la importancia de la prevalencia de la ansiedad en la sociedad, así como su mayor presencia en mujeres.
Dada la importante demanda en los servicios de urgencias por este grupo sintomático, se requiere la actualización de protocolos de actuación para el triaje de enfermería, así como para su posterior abordaje, con la finalidad de garantizar la atención asistencial por parte de enfermería.

P. #1121

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN AMBULANCIAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO: UN AVANCE EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE EMERGENCIAS CRÍTICAS

Francisco Javier Rodríguez Atienza[1], Camilo José Vázquez Corveiras[2], Nerea Ares Furelos[3], Ana Laura Ortega Granados[4]

1. CES 061 Andalucia, Jaén, España
2. FPUS 061 Galicia, Ribadeo, España
3. Servicio Gallego de Salud, Pontevedra, España
4. Hospital Universitario Jaén, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La transfusión de hemoderivados en ambulancias de soporte vital avanzado (SVA) representa un avance significativo en la atención prehospitalaria de emergencias críticas, como el trauma mayor o la hemorragia masiva. El manejo temprano con productos sanguíneos puede ser crucial para mejorar el pronóstico de los pacientes antes de su llegada al hospital. Esta práctica, que implica la administración de sangre y sus componentes durante el transporte, debe estar regulada por protocolos que aseguren la calidad y seguridad tanto del paciente como del proceso transfusional.

OBJETIVO

Determinar la eficacia de las transfusiones de hemoderivados en la atencion prehospitalaria.

MÉTODO

Para realizar esta revisión bibliográfica, se efectuó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, Scopus, y Web of Science, utilizando términos clave relacionados con la transfusión de hemoderivados y el soporte vital avanzado en ambulancias, incluyendo "prehospital blood transfusion", "advanced life support", y "emergency medical services". Se seleccionaron artículos publicados en inglés y español hasta abril de 2023, y se incluyeron estudios primarios, revisiones y protocolos que evaluaran la viabilidad, efectividad y seguridad de las transfusiones en el entorno prehospitalario. Los artículos se filtraron para excluir los que no abordaban la temática directamente y se utilizó el software Rayyan QCRI para gestionar los estudios y evitar duplicados. Los estudios seleccionados se sometieron a un análisis de calidad mediante la herramienta CASP (Critical Appraisal Skills Programme) para estudios de cohorte y ensayos clínicos, y a la lista de comprobaciones PRISMA para revisiones sistemáticas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De un total inicial de 347 artículos identificados, 41 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados destacan que la implementación de protocolos de transfusión prehospitalaria está asociada con una mejora en la supervivencia de pacientes

con trauma mayor cuando se compara con el manejo tradicional sin hemoderivados. Además, los estudios sugieren que la administración temprana de plasma en particular puede reducir el riesgo de coagulopatía y mejorar la homeostasis. La relevancia de la cadena de frío y el tiempo hasta la administración son factores críticos discutidos en varios estudios, señalando la necesidad de infraestructura adecuada y entrenamiento específico del personal. Sin embargo, se registra una variabilidad considerable en los protocolos y en las definiciones de hemorragia masiva, lo que limita la comparabilidad de los datos. Los estudios también señalan desafíos logísticos y costos asociados con el suministro y almacenamiento de hemoderivados en el contexto prehospitalario.

CONCLUSIONES

La revisión sistemática de la literatura sugiere que las transfusiones de hemoderivados en el contexto del soporte vital avanzado prehospitalario pueden ser beneficiosas en la mejora de la supervivencia y en la reducción de la coagulopatía en pacientes con hemorragia crítica. No obstante, la heterogeneidad de protocolos y definiciones subraya la necesidad de estandarización para optimizar los resultados y permitir comparaciones más sólidas en diferentes entornos. Además, es importante sopesar los beneficios frente a los desafíos logísticos y económicos involucrados en la implementación de transfusiones en ambulancias de SVA. Futuras investigaciones deberían enfocarse en protocolos uniformes, así como en evaluar la relación costo-efectividad de estas intervenciones. Por último, la educación continua y la capacitación del personal de emergencia son cruciales para asegurar la calidad y la seguridad en la transfusión prehospitalaria de hemoderivados.

P. #1131

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL USO DEL I-GEL EN EL SOPORTE VITAL AVANZADO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y MEJORES PRÁCTICAS

Francisco Javier Rodríguez Atienza[1], Camilo José Vázquez Corveiras[2], Nerea Ares Furelos[3], Ana Laura Ortega Granados[4]

1. CES 061 Andalucia, Jaén, España
2. FPUS 061 Galicia, Ribadeo, España
3. Servicio Gallego de Salud, Pontevedra, España
4. Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

La ventilación efectiva es un componente crítico en el soporte vital avanzado, particularmente en la atención de emergencias proporcionada por personal de enfermería. El i-gel, un dispositivo supraglótico de segunda generación, ha emergido como una alternativa prometedora debido a su facilidad de inserción y alta tasa de éxito en la ventilación efectiva. Esta revisión sistemática tiene por objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad y seguridad del uso del i-gel en el soporte vital avanzado administrado por enfermeros, así como identificar las mejores prácticas y posibles desafíos asociados con su uso.

OBJETIVO

Determinar el riesgo-beneficio del manejo del paciente utilizando dispositivos supragloticos en el SVA

MÉTODO

Para esta revisión sistemática se siguió el protocolo PRISMA. Se efectuó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, EMBASE, Cochrane Library, CINAHL y Scopus, utilizando diferentes combinaciones de términos clave como “i-gel”, “ventilación”, “soporte vital avanzado”, y “enfermería”. Se incluyeron estudios publicados hasta abril de 2023, en inglés y español, que evaluaron la utilización del i-gel en adultos por profesionales de enfermería en escenarios prehospitalarios o hospitalarios, tanto en estudios observacionales como ensayos controlados aleatorizados. Los estudios fueron seleccionados según su relevancia y calidad metodológica mediante una doble lectura independiente. Dos revisores extrajeron los datos de los artículos seleccionados, y se resolvió cualquier discrepancia mediante consenso o con la intervención de un tercer revisor. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la herramienta de riesgo de sesgo Cochrane para ensayos aleatorizados y los criterios STROBE para estudios observacionales. Los resultados de interés principal incluyeron tasas de éxito en la inserción del i-gel, tiempos de inserción, eficacia de la ventilación y eventos adversos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras la revisión, se incluyeron un total de 15 estudios en el análisis, que comprendían tanto ensayos controlados aleatorizados como

estudios observacionales. En general, los estudios reportaron altas tasas de éxito en la primera inserción del i-gel, con promedios que oscilan entre el 87% y el 94%. Los tiempos medios de inserción oscilaron entre 10 y 20 segundos, indicando una rápida adecuación para la ventilación de emergencia. La eficacia de la ventilación fue calificada como excelente o buena en más del 90% de las inserciones, basada en la elevación torácica y las mediciones de la capnografía. Las complicaciones reportadas fueron bajas, siendo la hipoventilación y el desplazamiento los eventos adversos más frecuentemente observados, pero con una incidencia inferior al 5%. Estos resultados demuestran que el i-gel es una herramienta efectiva y segura para la ventilación en soporte vital avanzado en manos de personal de enfermería.

CONCLUSIONES

La evidencia recopilada en esta revisión sistemática indica que el i-gel es un dispositivo supraglótico eficaz y con un perfil de seguridad favorable para su uso en soporte vital avanzado por personal de enfermería. La alta tasa de éxito en la primera inserción y la rapidez del procedimiento lo convierten en una opción viable para la gestión de la vía aérea en situaciones de emergencia. Además, la baja incidencia de eventos adversos sugiere que el i-gel presenta un menor riesgo en comparación con otras opciones de manejo de la vía aérea. Sin embargo, es necesario el entrenamiento adecuado y una continuada educación en técnicas de soporte vital para maximizar la eficacia del dispositivo. La facilidad de inserción, la buena eficacia de la ventilación y la seguridad del i-gel respaldan su uso como una herramienta esencial en el arsenal de dispositivos disponibles para profesionales de enfermería en la atención de emergencias.

P. #1132

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE SU FORMACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL MANEJO DE URGENCIAS VITALES: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Alicia Fernández-Giro Muñoz, Marina Del Real Mayoral
Hospital Quironsalud Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias desempeñan un papel fundamental en la prestación de atención médica rápida y eficaz en entornos dinámicos y de alta presión. Este estudio analiza la percepción de los profesionales de enfermería sobre su formación y preparación para afrontar situaciones críticas en el ámbito de las urgencias. Se aplicó un diseño cualitativo fenomenológico, centrándose en las experiencias y perspectivas de enfermeros/as en activo en Madrid. Los hallazgos revelan una brecha significativa entre la formación teórica y la práctica clínica real, subrayando la necesidad de una capacitación más práctica y basada en escenarios reales. Además, se identificó la falta de formación continua y especializada como una preocupación importante.

OBJETIVO

OBJETIVO PRINCIPAL
Explorar la percepción del personal enfermero que trabaja en servicios de
urgencias sobre su capacitación para enfrentar situaciones críticas, así como identificar que demandas y necesidades formativas sugieren
en base a sus experiencias.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
-Identificar las experiencias personales y profesionales que han influido en sus percepciones sobre la efectividad de su formación, así como recoger sus
demandas y propuestas de mejora basadas en sus vivencias.

MÉTODO

Para el presente estudio se ha planteado un diseño cualitativo ya que busca
conocer las experiencias del personal de enfermería que trabaja en servicios
de urgencias hospitalarias. Concretamente se ha adoptado un diseño cualitativo fenomenológico. Este abordaje es apropiado para estudios que tratan de comprender las vivencias de una manera profunda enfatizando en la perspectiva de la propia persona.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1. Brecha entre formación teórica y práctica clínica real
Las enfermeras de urgencias perciban una desconexión significativa entre los contenidos teóricos impartidos en la formación universitaria y la realidad del trabajo diario. Los programas de capacitación, tanto en pregrado como en

postgrado, tienden a priorizar el conocimiento teórico sobre la formación práctica en escenarios clínicos reales, lo que puede generar inseguridad y estrés en los profesionales al momento de atender pacientes críticos.
2. Deficiencia en la formación específica y entrenamiento contextualizado
Señalan que los profesionales de enfermería no siempre cuentan con la formación específica y contextualizada que requieren para desempeñarse en entornos de urgencias. La falta de entrenamiento en condiciones similares a las que enfrentarán en el ejercicio profesional limita su capacidad de reacción y toma de decisiones en situaciones de alta presión. La simulación clínica se perfila como una herramienta clave para mejorar este aspecto, sin embargo, su implementación aún es limitada en muchos programas formativos.
4. Impacto emocional y carga psicológica del personal de enfermería
El trabajo en urgencias, especialmente , conlleva un alto impacto emocional en los profesionales. La exposición constante a situaciones críticas, el contacto estrecho con pacientes y familiares, y la toma de decisiones bajo presión pueden derivar en altos niveles de estrés y desgaste emocional. La falta de formación en habilidades de manejo del estrés y resiliencia se identifica como una carencia que puede afectar tanto el desempeño profesional como la salud mental del personal de enfermería.
5. Limitaciones en el acceso a entrenamiento práctico
Los datos muestran que el acceso a experiencias formativas en entornos de urgencias es limitado, especialmente para estudiantes de enfermería en formación. Solo un porcentaje reducido de los estudiantes tienen la oportunidad de realizar prácticas en unidades de soporte vital.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio evidencian una brecha entre la formación teórica y la práctica clínica real en la enfermería de urgencias, resaltando la necesidad de un entrenamiento más aplicado en entornos simulados. Además, se identifica la importancia de fortalecer el liderazgo y la toma de decisiones autónoma para mejorar la respuesta en situaciones críticas.

P. #1137

ESTANDARIZACIÓN DEL ACCESO VENOSO Y ARTERIAL ECO-GUIADO EN URGENCIAS PARA ENFERMERÍA

Eva María Pérez Lucio, Elena Roche Romero, José Sanantón López, María Gascón Alonso, Lucía Díaz Escrihuela, Francisco José Salvador Suárez

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía, España

INTRODUCCIÓN

El acceso vascular es un procedimiento crítico en urgencias, donde la rapidez y precisión
pueden determinar el pronóstico del paciente. La ecografía ha transformado la práctica clínica
al permitir accesos vasculares más seguros, reduciendo complicaciones como punciones
fallidas, hematomas o lesiones vasculares.
Este póster presenta un protocolo estandarizado para la canalización venosa y arterial
eco-guiada en urgencias, abordando aspectos como la selección del vaso, posicionamiento del
transductor, técnica de punción en tiempo real y confirmación ecográfica del acceso.

OBJETIVO

Optimizar la eficiencia del procedimiento, mejorar la seguridad del paciente y facilitar la
toma de decisiones clínicas en situaciones críticas. La estandarización del acceso eco-guiado
debe formar parte de la práctica habitual en urgencias para garantizar mejores resultados y
reducir la variabilidad en la técnica.
A través de la implementación de la ecografía en la canalización vascular, se busca:
- Reducir complicaciones como punciones fallidas, hematomas y lesiones
vasculares.
- Optimizar el tiempo de acceso, crucial en pacientes críticos.
- Mejorar la seguridad del paciente, minimizando riesgos y aumentando la tasa
de éxito en el primer intento.
- Unificar criterios y prácticas clínicas, promoviendo un enfoque basado en la
evidencia y la formación continua del personal de urgencias.

Este protocolo pretende ser una herramienta de referencia para profesionales de la salud,
facilitando la toma de decisiones y mejorando la calidad asistencial en situaciones de
emergencia.

MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Urgencias del Hospital Francesc de Borja, Gandía,
Valencia. Enfermeros con experiencia en acceso vascular eco-guiado diseñaron e impartieron
talleres prácticos de 2 horas a grupos reducidos de enfermería

voluntaria sin formación previa
en esta técnica.
Las sesiones, realizadas fuera del horario laboral, incluyeron teoría, práctica en modelos
simulados y supervisión en pacientes reales. Se evaluaron indicadores antes y después de la
formación, analizando el número de intentos hasta el éxito, el tiempo total del procedimiento
y la tasa de complicaciones.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras la implementación del protocolo y los talleres de formación:
Número de intentos hasta el éxito: reducción de una media de 2,8 a 1,4.
Tiempo total del procedimiento: disminución del 40 %, optimizando el acceso en
pacientes críticos.
Tasa de éxito en el primer intento: incremento del 55 % al 85 %.
Complicaciones: reducción del 60 %, especialmente en hematomas y punciones
fallidas.
Confianza del personal: notable mejoría según encuestas de autoevaluación.

CONCLUSIONES

La estandarización del acceso eco-guiado en urgencias mejora la seguridad, reduce
complicaciones y optimiza el tiempo de respuesta. La formación práctica y la
implementación de protocolos claros han demostrado ser clave para que el personal de
enfermería adquiera destreza y confianza en la técnica. Su integración en la práctica habitual
en urgencias resulta esencial para garantizar una atención más eficiente y segura.

P. #1422

EL TRIAJE ENFERMERO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD

Mª Sandra López Mateos, Martina Valenzuela Anguita, Pedro Ricardo Oliva Femenía, César Vera Núñez, Mª Isabel Ríos Risquez, Joaquín Eloy Leal García

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La implantación del sistema de triaje enfermero proporciona una clasificación de los pacientes con el fin de aumentar la eficiencia de dichos servicios. Para conseguir un nivel de calidad asistencial adecuado se requiere de una gestión de triaje que alcance los estándares establecidos por las diferentes entidades relacionadas con las urgencias, por ello, es importante definir las características de cada sistema de triaje hospitalario y establecer aquellas áreas en las que se puede mejorar.

OBJETIVO

Conocer la efectividad y evaluar la calidad del sistema de triaje en un servicio de urgencias hospitalarias.
Determinar los tiempos establecidos desde que el paciente da los datos al llegar al servicio de urgencias hasta el alta médica.
Conocer la proporción de pacientes clasificado por prioridades que cumplen con el pacto de tiempo establecido en cada nivel

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo del año 2021 hasta el año 2024, en el que se han tenido en cuenta todas las personas que han acudido al Servicio de Urgencias requiriendo atención. Los datos se han obtenido de la base de datos hospitalaria del servicio de Informática. El instrumento utilizado fue el formulario de Triaje dentro del programa informático SELENE. (Versión adaptada del sistema de triaje MAT-SET). Este formulario consta de 26 categorías sintomáticas y 311 síntomas, proporcionado 5 niveles de clasificación. Como criterio de exclusión no se ha tenido en cuenta aquellos pacientes clasificados con nivel de prioridad 1(Rojo).
Para determinar el grado de cumplimiento pactado atendemos a los tiempos establecidos teóricamente mediante el sistema MAT-SET. Para el análisis estadístico se ha utilizado la base de datos Excel. 20.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el periodo estudiado se ha atendido a un total de pacientes/año que dejan ver la tendencia al alza de la demanda, llegando al 85000 pac/año en 2024. De la proporción de pacientes clasificados según prioridad, se observa un patrón con escasa variabilidad durante los 4 años estudiados, alcanzando en 2024 valores del 8% “pacientes naranjas”; 63% “pacientes amarillos”; 21% “pacientes verdes” y 8 % “pacientes azules”.
En relación al funcionamiento del sistema de triaje, se ha cuantificado los siguientes tiempos relacionados con el mismo:

el tiempo medio hasta triaje se ha incrementado pasando del 6,10 min. en 2021 a 6,60 min. en el año 2024. La media en min. de duración del triaje refleja un descenso, siendo en 2021 de 7,51min. y en 2024 de 6,96 min. La media en min. para la 1ª atención médica también sigue una tendencia de mejora reduciéndose desde 48,53 min. en el año 2021 hasta 36,42 min. en el año 2024, así como la estancia media total también evidencia una disminución del tiempo, pasando de 4h. 36 min en 2021 a 4h. en 2024.
En base a estos tiempos y nivel de prioridad asignado, encontramos que el nivel de cumplimento total establecido en el pacto de gestión muestra una mejora porcentual cada año, pasando del año 2021 (79,01%) al año 2024 (86,17%).

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos, la efectividad del sistema de triaje realizado por enfermería en el servicio de urgencias hospitalario ha mejorado en relación a los tiempos de atención, desde que el paciente da los datos hasta que se marcha con el alta médica. Existe una adecuada clasificación de prioridad por motivos de consulta con un nivel de cumplimento en torno al 80%, observando la necesidad de implementar estrategias de mejora para alcanzar niveles de cumplimiento superiores que mejorando la calidad asistencial.
Las cifras en términos absolutos evidencian que existe una alta demanda con la consecuente masificación del sistema, siendo recomendable realizar estudios que mejoren la reorganización de los niveles asistenciales e impulsar otros sistemas de triaje más operativos.

P. #1749

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL TRIAJE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martha Báez Gutiérrez, Paula González Rodríguez, Valentín Mayoral Del Amo

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas, España

INTRODUCCIÓN

El triaje es una herramienta de trabajo utilizada en los servicios de urgencias que permite una evaluación rápida de la gravedad del paciente con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar la ubicación y los recursos que precise.
Un sistema de triaje eficaz reduce tiempos de espera, optimiza recursos y mejora la seguridad del paciente. Sin embargo, la precisión y eficiencia del triaje dependen en gran medida de la formación y experiencia del personal. El sistema de triaje utilizado es el Emergency Severity Index (ESI).
El hospital se trata de un centro de referencia de tercer nivel donde se realiza triaje a una media de 90000 pacientes al año, soportando una alta carga asistencial. El destino de estos pacientes viene determinado por el nivel de gravedad.

OBJETIVO

Analizar la calidad del triaje relacionando la clasificación inicial con la necesidad de atención en la unidad de críticos durante el período 2021-2024

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal que comprende un periodo de 4 años, desde 2021-2024. Se exportan los datos desde el programa de historia clínica Drago AE.
Se incluye al total de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo descrito.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados mostrados se han agrupado de la siguiente manera: por resultado del triaje Asistencia No Demorable ASN (nivel 1 y 2) /Asistencia Demorable Compleja ADC (Niveles 3) y Demorable poco compleja o No Compleja ADNC (Niveles 4 y 5).
En 2021 se triaron 84.458 pacientes, de los cuales el 30,16% de los triados como ADC y ADCN acabaron precisando asistencia en la unidad de críticos.
En 2022, de los 91.731 usuarios, el 30,7% fueron infratriados.
En 2023 se atendió a 92.793 personas, de las cuales el 30,35% se triaron como niveles 3,4 y 5 y sin embargo, tuvieron que ser atendidos en críticos.
En 2024, el incremento de pacientes atendidos asciende a 95.918. De estos, el 28,92% agrupados en ADC y/o ADCN acabaron precisando asistencia emergente.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la formación y capacitación del personal de triaje pueden haber contribuido significativamente a una mejor identificación de la gravedad de los casos, a pesar del aumento progresivo de la demanda asistencial, sin haber variado el número de enfermeras triando.
Sin embargo, no es alentador que un 29% de los pacientes se encuentren infratriados. Es por esto, que se va a habilitar un curso sobre formación en triaje ESI de modalidad semipresencial, haciendo hincapié en simulación clínica, y vinculándolo a los objetivos del servicio de urgencias.

P. #1750

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA PROVINCIA DE LAS PALMAS

Paula González Rodríguez, Mónica Iraya Rodríguez González

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas De Gran Canaria, España

INTRODUCCIÓN

Las muertes evitables en hospitales, como consecuencia de errores humanos, han incrementado la relevancia de la seguridad del paciente (SP) a nivel mundial.
El informe nacional de Estrategia de SP recoge que en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el 12% de incidentes evitables estaban relacionados con uso de medicamentos, retraso en el diagnóstico y fallos de comunicación.
Estos últimos, reconocidos ahora como un contribuyente al daño del paciente, han impulsado a la implantación de mecanismos de comunicación fiables y seguros ya que la transferencia de información (TI) del paciente de un profesional a otro durante el cambio de guardia es un evento comunicativo. La TI individualista no contribuye a la SP.
Los SUH son dinámicos, con un alto flujo de pacientes, hay falta de participación del paciente o familiares, mala calidad de los registros y participación multidisciplinar en la continuidad de la atención. Los profesionales sanitarios se responsabilizan de un elevado número de pacientes.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) proponen un método estandarizado de TI adaptado a estas unidades. Diseñados para reducir las inherencias durante el cambio de guardia, de fácil aplicación, útil también entre las distintas unidades de atención al paciente y durante la TI en situaciones críticas. Son muy visuales ya que emplean reglas mnemotécnicas aptas para una comunicación efectiva.

OBJETIVO

El objetivo principal del estudio es analizar las características de la TI de los pacientes durante el cambio de guardia de los enfermeros de los SUH de la Provincia. Conocer qué importancia asocian al entorno durante el proceso, si información otorgada es adecuada o la idoneidad del tiempo empleado para ello.
Valoraremos la opinión respecto la TI en presencia del paciente, así como sus conocimientos acerca de la existencia de los métodos estandarizados y el valor que les dan a estos.
Propiciar un acercamiento a las necesidades y opiniones del personal respecto a este asunto.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional prospectivo. La población de estudio fue los enfermeros que trabajaban en los SUH de la Provincia con dos hospitales principales y dos periféricos durante octubre, noviembre y diciembre 2023. Estudio aprobado por el comité de investigación provincial competente.
Se entregó un cuestionario anonimizado de elaboración propia

a cada uno para analizar la situación actual respecto a la TI durante el cambio de guardia y se creó una base datos para el posterior análisis. La muestra obtenida: 380 enfermeros.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 76% de la muestra son mujeres. El 68% tiene como máximo 5años de experiencia en el servicio y en el 100% de las unidades hay cambio de guardia. Se obtuvieron porcentajes variados de tiempo empleado para la TI, considerando el 66.8% de los encuestados que es adecuado. Para el 96% de los enfermeros la comunicación es clave en la SP pero consideran inadecuado el entorno durante el proceso. Consideran obligatoria la TI el 94.4% y que es necesario seguir un orden para el 84.5% de la muestra. El 58% se posiciona en desacuerdo a la presencia de familiares o del paciente durante el proceso.
Por último, el 81.3% considera necesario la implantación de un método, siendo el más conocido el IDEAS pero solo por el 26.3% de los encuestados. El 15% planteó sugerencias en la pregunta abierta.

CONCLUSIONES

El estudio muestra que existe inconsistencia percibida en el método actual empleado para la TI en los SUH y muestra la necesidad de estandarizar el cambio de guardia por la importancia para la SP.
Un equipo está en proceso de selección del método más adecuado para iniciar el proceso de formación, implantación y pilotaje.

P. #1802

UN PASO DESPUÉS DE LA EUTANASIA: DONACIÓN DE ÓRGANOS Y PAPEL DE ENFERMERÍA

Susana Navalpotro Pascual[1][2], Cristina Arcos Domínguez[3]
1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
3. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Con la publicación en 2021 de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España se regula un ejercicio anteriormente no reglamentado; a lo que se añade el Protocolo de Donación de Órganos tras Eutanasia, convirtiéndonos en 1 de los únicos 4 países en tener esta práctica protocolizada.
Aunque el papel de los profesionales enfermeros está a lo largo de todo el proceso, en los documentos se ve poco representado y genera polémicas debido a los desafíos prácticos y conflictos éticos que conlleva. Actualmente se han superado los 300 casos de forma internacional, y surge la necesidad de conocer la distribución por países y la implicación de los profesionales en esta realidad.

OBJETIVO

El objetivo principal fue conocer el número de casos de eutanasia por países realizado hasta el momento, así como cuántos fueron desde el domicilio. Los objetivos secundarios fueron averiguar el papel de los profesionales enfermeros y su presencia en los documentos oficiales, resultados sobre la donación de órganos y principales conflictos éticos.

MÉTODO

En primer lugar se realizó una revisión narrativa de artículos entre 2005 y 2024 en diferentes bases de datos (Pubmed, CUIDEN, Scielo, Cochrane, Lilacs y Cinahl), con los MeSH “Euthanasia” y “Tissue donors”/“Tissue and organ procurement”. Se consideraron criterios de inclusión aquellos artículos que trataran sobre la donación tras eutanasia (Categoría V de Maastritch) en castellano o inglés. Tras los criterios de cribado y elegibilidad, y analizar la calidad por lectura crítica, se realizó la síntesis y análisis descriptivo de 65 artículos

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Resultados: Los casos en España fueron 49 y 123 en Países Bajos (realizándose 3 casos en domicilio en ambos países); en Canadá fueron 136, siendo 5 en casa; y en Bélgica 74, realizándose todos fuera del domicilio. Sólo en Canadá la enfermera puede ser figura responsable del proceso.
Discusión: Según indica el código de ética, el código deontológico, y el marco de actuación enfermera, tenemos una clara presencia y obligación en el proceso. En la práctica, tenemos influencia en la aproximación al paciente, el proceso deliberativo, la aplicación de la eutanasia, y el apoyo a familiares.

En los casos desde el domicilio, se trabaja conjuntamente con el equipo de extrahospitalaria para el traslado.
Existen resultados positivos en la viabilidad de los órganos, y resalta la importancia en la consideración de los donantes potenciales.
Entre los principales conflictos éticos los autores consideran la práctica de eutanasia por donación, escoger al receptor, y la necesidad de iniciativa del paciente frente al médico.

CONCLUSIONES

Se han realizado 382 donaciones tras eutanasia, 11 desde el domicilio, en un total de 4 países, y sólo en uno de ellos se habla del profesional de enfermería de forma implícita y con responsabilidad directa. Es necesaria la publicación en España de documentos oficiales que aseguren una práctica uniforme donde se incluya de forma clara a los profesionales de enfermería como tales y no de forma general como profesionales sanitarios.
La práctica trae beneficios tanto para el donante como al receptor, y es importante desde enfermería velar por evitar los conflictos éticos y defender los derechos del paciente.

P. #1902

INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Immaculada Tormos Miñana[1], Alba Mª Celedonio Tormos[2], Mercedes Pous Mas[1], Sara Gutiérrez Pérez[1], Sonia Gomis Baldoví[1], María Cuenca Torres[1]

1. Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, España
2. Hospital HCB Denia, Denia, España

INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias hospitalarias, la demanda de cuidados ha ido creciendo en los últimos años, provocando grandes dificultades, entre las que se encuentra el escaso tiempo disponible para el trabajo administrativo relacionado con las intervenciones de colaboración, ya que se prioriza dedicar tiempo al cuidado y la atención del paciente.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia con la que las intervenciones de colaboración asociadas con la canalización de la vía periférica y las determinaciones de laboratorio no se registran en el Servicio de Urgencias de un hospital.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado a pacientes de ≥14 años atendidos en 2023 en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira-Valencia) en las áreas de box y consulta. Se recogieron las variables asociadas a las características del paciente y de la atención, así como los registros de las intervenciones de colaboración para la canalización de la vía periférica, la toma de muestras de sangre y la toma de muestras de orina. Estos registros se analizaron en función de si el facultativo que atendió al paciente era de la plantilla del servicio de urgencias y de según la prioridad de atención.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se estudiaron 64218 registros, correspondientes en un 51,7% a pacientes del sexo femenino, la mitad de ellos mayores de 57 años (rango: 14-103), el 70,6% se clasificaron con un nivel de prioridad P4 y el 85,6% se atendieron en consulta. En el 73,6% se solicitaron pruebas complementarias de laboratorio y/o de imagen. Los diagnósticos más frecuentes se agruparon en la categoría "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte" (25,33%), enfermedades del sistema respiratorio (12,14%) y enfermedades del sistema digestivo (10,55%).
Los facultativos solicitaron la canalización de la vía periférica en la historia clínica en el 14,3% de los pacientes. En el 98,2% de los casos, se registraron estas solicitudes realizadas por el personal de enfermería.
Se recibieron muestras de sangre en el laboratorio en el 62,4% de los casos y de orina en el 26,9%. La solicitud de toma de muestras de sangre se registró en el 70,5% de las historias clínicas de los pacientes y la toma de muestras de orina en el 70,8%. El

registro de su realización por parte de enfermería se constató en un 98,5% de los casos para extracción de sangre y en un 98,2% para orina.
El registro de intervenciones de colaboración fue menor cuando el paciente era atendido por un facultativo externo al servicio de urgencias y en pacientes con niveles de prioridad más urgentes.
El destino mayoritario, (63,1%) fue el médico de cabecera y la tasa de ingreso fue del 19,3%.

CONCLUSIONES

Es necesario concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de registrar las anotaciones clínicas relacionadas con la atención prestada ya que, además de la importancia que tienen a nivel de seguridad y calidad, también es su principal defensa frente al incuestionable aumento de reclamaciones en los últimos años.

P. #2055

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA EN URGENCIAS: IMPACTO DEL CAPNÓGRAFO SUBCUTÁNEO EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Sergio Rodríguez Álvarez[1], María Del Pilar Díez Álvarez[1], Raquel Sánchez Castellanos[1], Mario Peláez García[1], David Rodríguez Álvarez[1], Pablo Rodríguez Calabozo[2]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

INTRODUCCIÓN

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica de apoyo respiratorio que facilita la respiración sin procedimientos invasivos como la intubación orotraqueal o dispositivos que generen una vía artificial. Utiliza equipos externos, como mascarillas nasales o faciales , adaptadas al paciente para proporcionar asistencia ventilatoria eficaz y confortable.
En cuanto a la capnografía transcutánea, es un método no invasivo empleado para monitorizar los niveles de gases en la sangre a través de la piel. Se basa en medir el equilibrio del ácido carbónico según la temperatura, usando un electrodo adherido a la piel y un mecanismo que regula la temperatura, estabilizando la presión parcial de dióxido de carbono. Se trata de un procedimiento simple, no invasivo e indoloro.

OBJETIVO

Evaluar los beneficios del capnógrafo subcutáneo o transcutáneo en la ventilación mecánica no invasiva en urgencias.
Analizar la importancia del uso del capnógrafo subcutáneo como herramienta de evaluación respiratoria por parte del personal de enfermería en urgencias.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre la ventilación mecánica no invasiva, el uso del capnógrafo subcutáneo y la función del personal de enfermería en urgencias con el fin de alcanzar los objetivos establecidos. Para ello, se recurrió a bases de datos científicas como PubMed, Web of Science, Scopus y Scielo, por su relevancia y la amplia disponibilidad de artículos. En la búsqueda se utilizaron palabras clave como: “capnografo subcutáneo”, “subcutaneous capnograph”, “Beneficencia”, “beneficience”, “Enfermería”, “nursing” y “ventilación mecánica no invasiva”, “non-invasive mechanical ventilation”, apoyándose en herramientas como MeSH y DeCS para refinar los resultados. Las palabras clave fueron combinadas mediante operadores booleanos como “AND”, “Y”, “OR” y “O”. Como resultado, se seleccionaron 11 artículos, entre los que se incluyen tanto ensayos clínicos como revisiones bibliográficas, publicados en los últimos 5 años y en inglés o español.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La capnografía se ha convertido en una herramienta clave para la monitorización respiratoria, que permite un seguimiento constante y sin procedimientos invasivos de los niveles de dióxido de carbono al final de la espiración ($ETCO_2$). Esto significa que los profesionales de la salud pueden evaluar en tiempo real cómo está ventilando un paciente, un aspecto de gran importancia en urgencias.
Uno de sus mayores beneficios es la capacidad de detectar rápidamente alteraciones en la respiración. Al identificar estos cambios a tiempo, es posible intervenir antes de que el paciente desarrolle complicaciones graves, proporcionando una mejor oportunidad de recuperación. Además, en los casos donde se utiliza ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la capnografía ayuda a valorar su efectividad, permitiendo realizar ajustes en el tratamiento para garantizar una respiración adecuada.
Además, su facilidad de uso y rápida implementación la convierten en una herramienta accesible para el personal de enfermería, permitiéndoles actuar con rapidez en momentos críticos y mejorar la calidad de los cuidados.

CONCLUSIONES

El uso del capnógrafo subcutáneo en urgencias y emergencias ha demostrado ser una herramienta clave para mejorar la monitorización respiratoria. La enfermería juega un papel fundamental en este proceso, ya que son los encargados de vigilar de cerca los valores capnográficos, interpretar los cambios en la ventilación y actuar rápidamente cuando el paciente lo necesita. Además, también educan y acompañan al paciente y su familia, explicando cómo funciona la VMNI y asegurando que el tratamiento sea lo más efectivo y confortable posible.
En definitiva, la combinación de tecnología y la experiencia del personal de enfermería marca la diferencia en la atención de pacientes con compromiso respiratorio. Gracias a este tipo de dispositivos, podemos brindar un cuidado más preciso, humano y seguro.

P. #92

CARDIOMIOPATÍA DILATADA Y EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS DEPORTIVOS

Sara Andrés Cuenca, Carla Sellés Añón
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 50 años que acude a servicios de urgencias por disnea, edema de miembros inferiores y distensión abdominal tras el inicio de la ingesta de suplementos alimenticios deportivos como proteínas. Presenta como antecedente de interés un síndrome coronario agudo antero-lateral en 2020 con diagnóstico de infarto agudo de miocardio de alto riesgo.
A la exploración destaca taquipnea, taquicardia, edemas en abdomen y en ambos miembros inferiores y situación de anasarca. Se realizan pruebas complementaria como electrocardiograma sin alteraciones agudas, gasometría arterial y analítica de sangre. Se realiza Ecocardiografía transtorácica con resultado de ventrículo izquierdo dilatado, con fracción de eyección severamente deprimida, acinesia generalizada, se objetiva masa a nivel apical compatible con trombo y derrame pleural bilateral.
Tras tratamiento administrado en urgencias (furosemida 250 mg en perfusión contínua y ventilación mecánica no invasiva) se contacta con servicio de cardiología y unidad de cuidados intensivos, donde finalmente acaba ingresando. Al tercer día de ingreso comienza con aumento de trabajo respiratorio, hipotensión arterial y oliguria. Se decida ventilación mecánica no invasiva e inicio de drogas vasoactivas (noradrenalina y dobutamina). Tras el empeoramiento se decide intubación orotraqueal y se repite ecocardiografía transtorácica en la que se observa empeoramiento.
Se determina diagnóstico de shock cardiogénico por miocardiopatía dilatada y se realiza traslado a hospital de referencia. Finalmente se realiza trasplante cardíaco en código 0.

CONCLUSIONES

Tras una revisión de la literatura científica disponible, no se ha encontrado relación directa entre el consumo de suplementos deportivos como proteínas con la aparición de un shock cardiogénico. El shock cardiogénico provoca un estado crítico que suele derivar de la disfunción severa del ventrículo izquierdo y suele derivar de un infarto agudo de miocardio. Como hemos comentado anteriormente, el paciente presentaba estos antecedentes.
Sin embargo, algunos estudios señalan que ciertos suplementos pueden provocar efectos adversos sobre la salud cardiovascular. Como por ejemplo, el omega-3 podría aumentar el riesgo de FA y accidentes cerebrovasculares. También encontramos evidencia sobre el consumo de taurina o esteroides anabólicos en eventos cardíacos como miocardiopatías hipertróficas.
Es difícil relacionar directamente este consumo con la patología del paciente, ya que, el propio paciente no es conocedor con exactitud del tipo de suplementos consumido ni la cantidad. No obstante, aunque los hallazgos encontrados no impliquen directamente el consumo de proteínas con la inducción del

shock cardiogénico, es primordial que cualquier paciente con antecedentes cardíacos consulte a su médico antes de consumir cualquier suplemento deportivo. Se deben evaluar los riesgos y beneficios, y si es
compatible con el tratamiento actual del paciente para garantizar su seguridad.

P. #123

TRIAJE DE MACHESTER EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LOS LIRIOS DE ALCOY

Reyes Osuna Pérez
Hospital Virgen De Los Lirios De Alcoy, Alcoy, España

INTRODUCCIÓN

El hospital virgen de los lirios de alcoy es pionero en realizar enfermería el triaje en las urgencias. Se realiza desde hace más de 25 años.
La pecularidad de este triaje es que la enfemera es la que decide que pruebas complementarias se realizan, de esta manera cuando el paciente es visto por el médico ya dispone de los resultados y por lo tanto los tiempos de espera son menores, también asigna a los pacientes tanto en área como a médico.
Siempre esta la opción de ampliar estas pruebas complementarias por parte del facultativo.

OBJETIVO

Dar a conocer la forma de trabajo de enfemería en el triaje del hospital virgen de los liorios de Alcoy.

MÉTODO

Método expositivo y explicativo del funcionamiento del triaje en el hospital virgen de los lirios de Alcoy.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La forma de trabajo de enfermería ha demostrado ser un manera eficaz de realizar el triaje, al pedir las pruebas complementarias desde el triaje (RX, ANALÍTICA, EKG,VÍA...) El paciente es atendido con más inmediatez, sin necesidad de ser visto por un médico.

CONCLUSIONES

El trabajo de enfemería en triaje del hospital virgen de los lirios de alcoy al pedir las pruebas complementarias, dota de más autonomía e idependencia a nuestra profesión, respaldados por un método científico y en protocolos. Siempre contando con una experiencia mínima en el servicio y la realización de un curso.
Es por lo tanto un pilar clave en el servicio como organizadoraprincipal.

P. #142

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO A CERCA DE LAS MANIOBRAS VAGALES Y EFICACIA DE LAS DISTINTAS MANIOBRAS EN EL ÁMBITO DE LA PEDIATRÍA

Marta Calvo González, Javier De Andrés Sánchez, Miguel Santiuste García, Eva Hidalgo González, Yolanda González Moreno, María Jesús De Marcos Ubero

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) es la arritmia no sinusal más frecuente en la edad pediátrica (1), siendo su incidencia en algunas series de entre el 0,1-0,4 % (2-4) de la población de este grupo de edad. Aproximadamente el 60% de los niños con taquicardia supraventricular desarrolla su primer episodio durante el primer año de vida (5).

OBJETIVO

Conocer las distintas maniobras vagales realizadas en niños y la eficacia de las mismas en la población pediátrica.

MÉTODO

Se realizó la revisión de las historias clínicas con la codificación CIE-9 MC 427.0, correspondiente al diagnóstico "taquicardia paroxística supraventricular/taquicardia sinusal" durante el periodo comprendido entre 2021 y 2022.
Con la codificación indicada se registraron, en el periodo seleccionado, un total de 25 historias clínicas (N=25) las cuales se pusieron a disposición de los investigadores una vez anonimizadas por parte del Departamento de Informática. Los informes y trazados electrocardiográficos obtenidos se descargaban en formato PDF.
Debido a que la variable principal del estudio fue evaluar la eficacia de las maniobras vagales en las taquicardias supraventriculares paroxísticas en la población pediátrica, se reevaluaron los datos acotando la edad desde el nacimiento hasta los 18 años incluidos.
En aquellos casos en los que no se disponía de trazados archivados pero la descripción del electrocardiograma por el facultativo era sistemática y coincidía con el diagnóstico final, la identificación de la arritmia se dio por correcta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se aplicaron maniobras vagales en 20 pacientes (un 80%) y no se les realizaron a 5 pacientes (un 20%).
En aquellos 20 pacientes a los que se aplicaron las maniobras vagales, fueron efectivas en 9 de ellos, lo que supone un 45%. De los pacientes sometidos a dichas maniobras no respondieron a las mismas un total de 11 (55%).
En los informes clínicos revisados, se refleja que las maniobras vagales que se utilizaron con mayor frecuencia fueron, por este orden:
· Maniobra de Valsalva (sin especificar qué modalidad), en 9 ocasiones, con una efectividad en 4 casos (44,4%) y no eficaz en 5 (55,6%).
· Maniobra de Valsalva modificada, que se aplicó en 3 casos, siendo eficaz en 2 casos (66,7%) y no eficaz en 1 (33.3%).
· Las maniobras de Valsalva y Valsalva modificada fueron utilizadas conjuntamente, o no se especificó en los informes qué maniobra se aplicó, en 8 casos, de los cuales 3 fueron eficaces (37,5%) y 5 no lo fueron (62,5%).
· No se registró ningún caso de masaje del seno carotídeo ni de maniobra de Valsalva inverso.
Nos planteamos la duda de si la aplicación de las maniobras vagales fue más frecuente en los niños de mayor edad, ya que algunas de ellas necesitas gran colaboración por parte dela paciente. Del mismo modo y por el mismo motivo, esperábamos encontrar un mayor éxito de las maniobras en niños más mayores y mayor tasa de fracaso cuanto menor fuese la edad del paciente.
Tanto la aplicación de maniobras en general como las tasa de éxito o fracaso no estuvieron en relación con la aplicación o el éxito o fracaso de la maniobra.
Como no podría ser de otra forma, la relación observada entre maniobras y edad se establece entre las de aplicación más compleja como son en general las maniobras de Valsalva en general y la modificada en particular. No hay registro de que se aplicasen antes de los cinco años. No se identifica mayor tasa de éxito o fracaso en diferentes grupos de edad.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que tras la realización de maniobras vagales fueron efectivas en el 45% de pacientes del total a los que se aplicaron la maniobra más utilizada fue valsalva seguida de valsalva modificada, no se registro ningún masaje del seno carotideo.

P. #144

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE OTROS FÁRMACOS DIFERENTES A LA ADENOSINA APLICADOS DURANTE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA EN PEDIATRÍA

Marta Calvo González, Cristina Sánchez Lapeña, Sonia Castro Fernández, Rafael Rivas Moreno, Miguel Santiuste García, Ana María Martín Quintana

SUMMA112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) es la segunda arritmia no sinusal más frecuente en la edad pediátrica detrás de los extrsístoles. Aproximadamente el 60% de los niños con taquicardia supraventricular desarrolla su primer episodio durante el primer año de vida(5).

OBJETIVO

Evaluar el tratamiento farmacológico utilizado diferente a Adenosina y la seguridad del mismo

MÉTODO

Se realizó la revisión de las historias clínicas con la codificación CIE-9 MC 427.0, correspondiente al diagnóstico "taquicardia paroxística supraventricular/taquicardia sinusal" durante el periodo comprendido entre 2021 y 2022, acotando la edad desde el nacimiento hasta los 18 años incluidos.
Con la codificación indicada se registraron, en el periodo seleccionado, un total de 25 historias clínicas las cuales se pusieron a disposición de los investigadores una vez anonimizadas por parte del Departamento de Informática. Los informes y trazados electrocardiográficos obtenidos se descargaban en formato PDF. En aquellos casos en los que no se disponía de trazados archivados pero la descripción del electrocardiograma por el facultativo era sistemática y coincidía con el diagnóstico final, la identificación de la arritmia se dio por correcta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron datos de un total de 25 pacientes que presentaron un episodio de TSVP, durante los años 2021 y 2022. En solo 1 paciente de 15 años se utilizó la cardioversión eléctrica sincronizada para revertir a ritmo sinusal (un 4% del total de casos) y cuya eficacia fue del 100%. También se usaron betabloqueantes (sin especificar) en 2 casos (un 8% del total) con una eficacia del 50%.

CONCLUSIONES

Los resultados respaldan la eficacia del uso de tratamientos diferentes a la adenosina como son la cardioversión eléctrica y otros fármacos como los betabloqueantes en algunos casos.
Se necesitan estudios adicionales a nivel extrahospitalario, ya que escasean en la literatura, para evaluar la eficacia y seguridad de otros enfoques terapéuticos diferentes a la adenosina en este tipo de población como son, por ejemplo, la cardioversión eléctrica.

P. #244

DELIRIUM TREMENS TARDÍO EN EL ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Fons Palomares[1], Marta Cruzado Mercader[2], Juan Vicente Puchalt Estellés[3], Oriol Borrull Ávila[1][4]

1. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España
2. Hospital Institut Pere Mata, Reus, España
3. Hospital del Vendrell, El Vendrell, España
4. Centre Atenció i Seguiment a les Drogodependències CASD, Tarragona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 70 años que acude a urgencias por cuadro confusional con posibles alucinaciones visuales, tras alta de ingreso de larga duración en la unidad de conductas adictivas. El paciente había realizado un ingreso de 12 días para desintoxicación del alcohol en la UCA del servicio de psiquiatría del mismo hospital, iniciando dicha sintomatología en menos de 24h tras el alta a domicilio.
Durante el ingreso en la UCA se trató con pauta descendiente de clometiazol, con buena tolerancia, sin presentar alteración del comportamiento ni síntomas de abstinencia y manteniéndose consciente, orientado y funcional durante todo el ingreso.
Antecedentes somáticos
HTA
IQ dos hernias inguinales bilaterales y umbilical
3 intervenciones de columna para fijación vertebral
HBP
RAM: sulfamidas
Parcialmente funcional en ABVD
Buen soporte familiar, pero riesgo de claudicación.
Antecedentes psiquiátricos
Trastorno del ánimo de tipo depresivo en seguimiento por AP
Enolismo crínico de riesgo 4UBE/día en seguimiento por el CASD
Tratamiento habitual
Olmersartan 40mg/día 1-0-0
Citalopram 20mg /día 1-0-0
Orfidal 1mg/día 0-0-0-1
A su llegada a urgencias, consciente y orientado en tres esferas, discurso fluido pero incoherente y reiterativo, alteración del comportamiento y acentuación de los tics habituales (parpadeo), llegando a precisar contención mecánica por agitación.
A la exploración física, inquietud psicomotriz. Hemodinámicamente estable, con pico febril de 37'4°C autolimitado y sin clínica respiratoria.
Pruebas complementarias
Analítica sin alteraciones.
Sedimento y urocultivos negativos.
Perfil cribado drogas negativo. Solo positivo en benzodiacepinas debido a tratamiento en el ingreso.
TC de cráneo simple, no se evidenciaron lesiones isquémicas ni hemorrrágicas agudas. Atrofia cerebral propia de cambios involutivos asociados a la edad. Sin signos de patología aguda intracraneal.
La punción lumbar PCR-LCR también fue negativa.

Resonancia Magnetica RM cerebral con contraste, no obtuvo hallazgos significativos. No se observaron signos de sangrado agudo ni estructuras de la línea media desplazadas.
El estudio de EEG en condiciones de vigilia descartó episodios comiciales, confirmando trazado basal dentro normal.
Tras descartar causa orgánica, se realizó interconsulta con psiquiatría que añadió tratamiento con Catapresan (clonidina) para los tics, sin mejoría notoria, y orientó como cuadro confusional agudo- delirium tremes.
Plan en urgencias: se proporcionó un ambiente tranquilo, control de signos vitales, aseguramos hidratación y nutrición adecuadas. Tratamiento con clometiazol oral y reintroducción de soporte vitamínico para prevención de síndrome Wernike-Korsakoff.
Finalmente se facilitó ingreso del paciente a cargo de medicina interna, durante 5 días, para evolución, con mejoría y remisión de los síntomas, con posterior alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

El delirium tremens (DT) en adultos mayores, como consecuencia de dejar de beber alcohol, supone un desafío tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
Es esencial diferenciar el delirium de otras condiciones médicas que puedan tener síntomas parecidos, lo que requiere un cuidadoso proceso de diagnóstico diferencial.
La bibliografía respalda que normalmente la gravedad y evolución de la sintomatología empeora en las 48-72 horas después del último consumo, y el DT se presenta entre el segundo y quinto día de abstinencia. No obstante, el paciente inició el cuadro confusional agudo el decimosegundo día de abstinencia y tras haber recibido el adecuado tratamiento de desintoxicación, por lo que difería de los patrones habituales y supuso un mayor reto para el equipo de urgencias.
En cuanto a la duración de la sintomatología fue entre 2 y 5 días, es decir, en períodos cortos, coincidiendo con los estándares descritos.
En definitiva, la frecuencia del delirium en población geriátrica varía dependiendo de su historial de consumo de alcohol, condiciones previas y otras patologías. Sin embargo, debido a la dificultad que a menudo conlleva su, se considera una patología grave que necesita atención inmediata efectiva y dónde la detección temprana es esencial para prevenir complicaciones.

P. #252

CUANDO EL ESTRÉS SE CONVIERTE EN UNA EMERGENCIA NEUROLÓGICA

Sergio Francisco Sampedro, Irene García España, María Reinares Sánchez, Patricia Bernaldo De Quirós Plaza, Agustin Bardaji Paredes, Marina Gil Mosquera

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica:
Paciente de 55 años que acude a urgencias a las 02:30h por cuadro de cefalea "en trueno" de origen frontal, acompañado de náuseas y 8 episodios de vómitos a raíz de una discusión sobre las 21:00h.
AP: No refiere. No historia de cefaleas. NAMC
Exploración física: GSC 15, Eva 7/10. TA 141/71mmHg, FC 92lpm Sat 97% T° 36,9°C
Exploración neurológica:
- FFCC: Alerta. Consciente y orientada en las 3 esferas. Obedece órdenes simples axiales y apendiculares de hasta 3 secuencias, subordinadas y condicionales. Lenguaje espontáneo normofluente. No disartria. Nomina objetos simples y partes complejas 7/7. Repite frases complejas sin parafasias. No actitud hemineglígente.
- PPCC: PINR, MOEs sin limitaciones. Campimetría de cribado sin defectos visuales. No paresia ni hipoestesia facial. Lengua protruye centrada. No otras alteraciones de pares bajos.

-MOTOR: MMSS no pronan, excavan ni claudican. MMII no claudican. RCP flexor bilateral.
-SENSIBILIDAD: no alteraciones tacto-algésicas.
-COORDINACIÓN: no dismetría DN ni TR.
- MARCHA: no valorada.

Pruebas complementarias:
-ECG: Ritmo sinusal con FC 75 lpm. Ts isodifásicas en V1
- GV: pH 7.36 pCO2 40 Na 135 K 4.5 Lac 2 Glu 121 Hb 11.8 EB -2.8 HCO2 22

Diagnóstico diferencial:
- Cefalea en trueno primaria
- Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible
- Disección arterial
- Trombosis venosa cerebral
- Hemorragia subaracnoidea (HSA)
- Infección del SNC

TAC Basal: Focos de alta atenuación en la región parasagital frontal basal, en las cisuras de Silvio y las cisternas basales. Presentan un espesor de hasta 5 mm medidos en la cisura de Silvio derecha. No se identifica componente intraventricular. En conjunto, compatible con hemorragia subaracnoidea Fisher 3. No hay otros focos de sangrado agudo intra ni extraaxial. Adecuada diferenciación corticosubcortical. Sistema ventricular de tamaño acorde a la profundidad los surcos. Las estructuras de la línea media se encuentran centradas.
Angio-TC: Arterias carótidas comunes e internas elongadas y tortuosas con adecuada opacificación. No se evidencian placas de ateromatosis que condicionen estenosis significativas. Polígono de Willis de configuración normal con adecuada opacificación de las principales ramas arteriales cerebrales. Se identifica un

aneurisma sacular localizado en el segmento M1 distal de la ACM derecha, en su bifurcación. Debido a su localización, el cuello se mide con dificultad, pero mide unos 2 mm. La distancia cuello-domo es de 6 mm, con medidas máximas del saco de 7,5 x 3,5 x 3,5 mm (T x AP x CC). Volumen de 93cm3. Sistema arterial vértebro-basilar sin alteraciones destacables.
Diagnóstico final: Hemorragia subaracnoidea aguda Fisher 3. Aneurisma sacular de la porción M1 distal (bifurcación) de la ACM derecha.

CONCLUSIONES

La sospecha clínica de HSA radica en la aparición de cefalea súbita severa con pico en minutos y que persiste más de una hora. Solamente el 10–25% de los pacientes con cefalea súbita e intensa sufren de HSA.
En conclusión, este caso clínico resalta la importancia de considerar factores no tradicionales en el diagnóstico diferencial de una HSA. Aunque inicialmente el estado psicológico del paciente podría desviar la atención de una patología neurológica, el evento desencadenante – una discusión muy intensa podría generar un aumento temporal de la presión arterial debido al estrés o la ira, lo cual podría representar un riesgo adicional precipitando la ruptura de un aneurisma cerebral asintomático previamente existente. Este caso subraya la necesidad de una evaluación exhaustiva, incluso en ausencia de clínica neurológica inicial, y destaca la relevancia de los factores de riesgo asociados, como enfermedades genéticas, hipertensión y hábitos nocivos, en la aparición y ruptura de aneurismas.
Es fundamental manejar el estrés y buscar formas saludables de lidiar con las emociones fuertes.

P. #287

CUANDO EL CEREBRO SE REBELA: UN CASO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE FULMINANTE EN LA INFANCIA

Daniel González García, Jonatan Estrada Carmona
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina de 8 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presenta un estatus epiléptico focal de 30 minutos de duración. A su ingreso, se encontraba afebril e inestable, por lo que requirió intubación y tratamiento antiepiléptico de tercera línea.
Tras 7 días en coma barbitúrico (inducido con tiopental), la paciente experimentó recurrencia de crisis comiciales. La resonancia magnética (RM) cerebral reveló edema hipocampal derecho, lo que condujo a la administración de inmunoterapia con megabolos de corticoides, inmunoglobulinas y plasmaféresis.
A pesar de la inmunoterapia, la paciente persistió con crisis focales derechas subintrantes, por lo que se probaron hasta 11 fármacos antiepilépticos, dieta cetogénica y perfusiones de fármacos sedantes.
Ante la falta de respuesta, se optimizó la inmunoterapia con anakinra y tocilizumab, logrando la desaparición de las crisis. Sin embargo, la paciente presentó descompensación hemodinámica y metabólica, que derivó en una exploración compatible con muerte encefálica.

CONCLUSIONES

La encefalitis límbica autoinmune es una entidad de baja incidencia, pero con alta morbimortalidad. Su diagnóstico es un desafío, ya que no existen pruebas específicas y su presentación clínica puede ser variable. El tratamiento se basa en la inmunoterapia, pero la respuesta es impredecible y puede ser tardía.
Limitaciones:
Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica de encefalitis límbica autoinmune ante un paciente con estatus epiléptico refractario, especialmente en ausencia de otras causas identificables. El diagnóstico y tratamiento tempranos son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.
Implicaciones clínicas:
Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica de encefalitis límbica autoinmune ante un paciente con estatus epiléptico refractario, especialmente en ausencia de otras causas identificables. El diagnóstico y tratamiento tempranos son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

P. #304

COMPARACIÓN ENTRE EL MÉTODO TRADICIONAL Y EL MÉTODO ECO-GUIADO EN LA EXTRACCIÓN DE GASOMETRÍAS ARTERIALES

Enrique Martín Montalvo, Álvaro Vela Cortés, Sara Cortés Aguado, Álvaro Vega Lozano, Javier Sotillo Iglesias, Noelia Amores Egido

Hospital General Universitario De Guadalajara, Guadalajara, España

INTRODUCCIÓN

La gasometría arterial es una herramienta diagnóstica indispensable para la monitorización de la situación clínica del paciente, llevado a cabo habitualmente por personal de Enfermeria.
El uso de la ecografía para realizar las punciones arteriales, ha demostrado ser un método eficaz tanto en numero de punciones como en el dolor causado la paciente.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL
Demostrar la eficacia del uso de la ecografía vascular en la realización de gasometría arterial.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Comparar el número de punciones arteriales mediante punción ecoguiada y tradicional.
Medir el nivel de dolor de los pacientes comparando ambas técnicas.
Comparar los tiempos empleados en la realización de la PAE (punción arterial eco guiada) y la TPC (técnica de punción clásica).

MÉTODO

METODOLOGÍA
Población diana: pacientes adultos usuarios del servicio urgencias que requieren la realización de una gasometría arterial. Se han creado dos grupos de trabajo compuestos por 6 personas con más de dos años de experiencia en urgencias.
El primer grupo estará constituido por personal de enfermería que realizará la TPC.
El segundo estará constituido por personal de enfermería con formación en ecografía para enfermería y con experiencia de al menos 6 meses en el manejo del ecógrafo.
El material que necesitaremos será el utilizado habitualmente para una extracción de gasometría de la forma tradicional y un ecógrafo.
El diseño del estudio será de corte trasversal analítico con una recogida estimada de muestra de unas 150 gasometrías durante un periodo de 6 meses. Las variables que estudiaremos serán:
1. Numero de punciones realizadas, entendiendo como segundo intento si la aguja se extrae totalmente del paciente, los cambios de ángulo dentro del paciente no serán considerados como otro intento.
2. Intensidad del dolor: utilizaremos la escala de dolor EVA.
3. Lugar de punción: radial o braquial.
4. Tiempo de extracción. Iniciando el tiempo desde que se empieza a localizar el punto de punción.
5. Éxito en la punción.
Todas estas variables se registrarán en un archivo compartido para ser estudiadas posteriormente.
La elección de la técnica dependerá de las enfermeras asignadas a emplear la TPC o PAE. Dado que el nº de gasometrías en cada turno en urgencias es impredecible, podrá haber un desequilibrio en tamaño muestral o variables que se comporten como factor de confusión.
ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Para la descripción de variables cualitativas y cuantitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes, medianas e intervalos intercuartiles. Para la valoración de la diferencia de medias en el nº de punciones o en la escala analógica-visual del dolor se realizará un t de student y una regresión lineal con un ajuste multivariable en caso de desequilibrio en alguna variable que pudiera comportarse como un factor de confusión. La variable independiente a valorar será la técnica de la enfermería. Se realizarán IC 95%. Todos los contrastes serán bilaterales y la significación estadística se asumirá en caso de un “p valor” inferior a 0,05.
CONSIDERACIONES ÉTICAS
Consentimiento informado: los participantes deben proporcionar su consentimiento informado antes de ser incluidos en el estudio, con plena comprensión de los procedimientos y la posibilidad de ser asignados a uno de los dos grupos. Anexo 1. Si la situación clínica del paciente no le permite dar su consentimiento se pedirá a un familiar o tutor, si no dispusiese de acompañante se le excluirá del estudio.
Confidencialidad: Los datos personales y clínicos de los pacientes serán tratados con estricta confidencialidad.
Aprobación ética: El estudio debe ser aprobado por un comité de ética en investigación clínica antes de ser realizado.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Esperamos obtener menor número de punciones y menor intensidad de dolor en el grupo de pacientes a los que se les realiza punción ecoguiada.

CONCLUSIONES

Obtener datos que avalen el uso de la ecografía para la realización de las gasometrías arteriales.

P. #310

CAÍDA TOP EN EL PATIO DE LA CÁRCEL

Naiara Sarasola Oyarzabal
Osakidetza, San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Coma
ANTECEDENTES
- NAMC
- Sedentario. Obesidad central.
- HTA estadio 1
- Cardiopatía hipertensiva.
* Eco TT (2022): HVI leve-moderada. FEVI normal. Diástole pseudonormal.
* Dilatación de raíz aórtica 44-45 mm.
* Doble lesión Ao: estenosis moderada e insuficiencia leve.
- AOS diagnosticado en su país con CPAP.
Tratamiento Habitual:
* CPAP.
* Metformina 1000 mg c/12h.
* Duilaglutide 1,5 mg semanal.
* Exforge HCTZ 320/10/25 mg desayuno.
* Eplerenona 12,5 mg comida.
* Rosuvastatina 20 mg día.
* Nebivolol/AAs.
HISTORIA ACTUAL
Paciente de 63 años traslado por SVA medicalizado desde centro penitenciario por disminución de conciencia. Explican que estaba sentado en un banco y han visto cómo se desplomaba,posteriormente sin respuesta.
A la llegada de SVA pupilas medias reactivas con signos de descerebración. Realizan IOT rápido con colocación de IOT nº8
EXPLORACIÓN FÍSICA
Glasgow 3: Coma. Pupilas medias isocóricas no reactivas.
Estable hemodinamicamente. Buena coloración, perfusión e hidratación.
Auscultación cardiaca rítmica sin soplos audibles. Auscultación pulmonar con ventilación conservada. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias palpables.
31/01/2025 19:24 PA 167/100 FC 72 SO2 100 FR 12
31/01/2025 19:30 PA 183/83 FC 78 SO2 100 FR 12
31/01/2025 19:34 PA 193/90 FC 76 SO2 100 FR 12
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
ECG: Rtimo sinusal a 67. Sin alteraciones en la repolarización
AS y gasometría sin alteraciones.
TC Cerebral:
TC basal
Discreta hiperdensidad del top de la basilar.
No se observa sangrado intra ni extraaxial ni lesiones ocupantes de espacio.
No se observan hipodensidades corticosubcorticales parenquimatosas agudas-subagudas.
Línea media centrada.
Sistema ventricular y espacios cisternales conservados.
AngioTC de TSAO y polígono de Willis
Defecto de repleción en arteria basilar distal que se extiende hacia el origen de ambas arterias cerebrales posteriores en relación con trombo en el top de la basilar.
Colaterales favorables.
Troncos supraaórticos de origen y trayecto normales.
Circulación vertebrobasilar respetada.
Diagnóstico/Conclusión:
Trombo en el top de la basilar. Colaterales favorables.
Sin infarto establecido en el estudio basal.
PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO RECIBIDO
Tratamiento recibido en el SVA:
- 2 vías periféricas nº20G y nº18G.
- IOT nº8 comisura
- monitorización ECG, TA, Sa02, FC
- Trae extraídos coagulación, hemograma y bioquímica en tubos de analítica sanguínea
- Se le ha administrado la primera dosis de rocuronio.
En la Sala de Reanimación de Urgencias Generales del Hospital Donostia:
- Se administra en cuanto entra a susperketa una ampolla de midazolam (15mg) y Fentanest 1 ampolla. (0.05mg/ml)
- Tras objetivarse estómago lleno se administra primeram 1 ampolla IV.
- Profiláxis de amoxicilina 2g IV
- Recuerdo de rocuronio a los 40 minutos
- Otro recuerdo de rocuronio a 40 minutos.
- Se realiza coagucheck con INR: 1.1
- ECG con características normales.
- Se administra Actilyse dosis total 85.5 mg: un bolo inicial de 8.5 mg actilyse y el resto en SF hasta 100ml mediante bomba a pasar en una hora.
- Se realiza Gasometría arterial
- Se coloca sondaje vesical Foley nº16 con diuresis horaria: se obtiene orina clara con buen ritmo diurético.
DIAGNÓSTICO/CONCLUSIÓN:
Trombo en el top de la basilar. Colaterales favorables.
Sin infarto establecido en el estudio basal.
Se decide Trombectomía tras hablar con neurología y posterior ingreso en CMI.

CONCLUSIONES

El Síndrome del top de la basilar se caracteriza por la oclusión de la porción rostral de la arteria basilar o sus ramas originando isquemia de forma simultánea en diferentes áreas del mesencéfalo, protuberancia, tálamo, cerebelo y lóbulos occipitales originando isquemia y/o necrosis de forma simultánea en diferentes áreas del mesencéfalo, protuberancia, tálamo, cerebelo y lóbulos occipitales. Es una entidad clínica poco frecuente dentro de la patología cerebrovascular.
Resulta llamativo que, a pesar de los avances actuales en neuroimagen y angiografía, encontremos muy pocos trabajos acerca de este síndrome. Consideramos que un mayor estudio y conocimiento del mismo nos ayudaría a realizar un mejor manejo clínico y tratamiento específico.

P. #316

IMPACTO DE UN TALLER FORMATIVO EN CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Rafael Rubiera González[1], Patricia García González[2], Julia María Moreira Fueyo[2]

1. SAMU Asturias, Oviedo, España
2. Hospital De Cabueñes, Gijón, España

INTRODUCCIÓN

La canalización de vías venosas periféricas es una habilidad esencial en los servicios de urgencias. El uso de la ecografía como ayuda para la canalización de venas difíciles se ha popularizado en los últimos años. Sin embargo, no hay un consenso acerca de cuál es mejor método para formar a los profesionales en la técnica ecoguiada. Este estudio evalúa la efectividad de un taller de 2h de duración para la formación en canalización venosa periférica ecoguiada y para la promoción del uso de la técnica ecoguiada entre el personal de enfermería de un servicio de urgencias hospitalarias.

OBJETIVO

Determinar el impacto de una acción formativa en la autoconfianza para canalizar un catéter venoso periférico ecoguiado y en el uso y aceptación de la técnica por el personal del servicio de urgencias.

MÉTODO

Estudio descriptivo y prospectivo a partir de la realización de 3 talleres sobre canalización venosa periférica ecoguiada a un total de 40 enfermeras del Servicio de Urgencias. El taller consistió en una sesión teórica de 30 minutos seguido de 1.5h de práctica supervisada realizando mapeos venosos, identificando estructuras ecográficas y manejando las funciones del ecógrafo. Posteriormente llevaban a cabo inserciones de catéteres ecoguiados en modelos artificiales hechos con fiambre. Previamente al taller, los participantes recibieron documentación con toda la parte teórica de la técnica ecoguiada: principios básicos de ecografía, funciones del ecógrafo, identificación de estructuras ecográficas, planos ecográficos, técnicas de canalización, etc. Los participantes rellenaron un cuestionario previo a la formación, inmediatamente después de la formación, a los 3 meses y a los 6 meses de la realización del taller para conocer su nivel de satisfacción, el número de catéteres canalizados y la autoconfianza en su capacidad para emplear la técnica.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 50% (n=20) de los profesionales tenían más de 10 años de experiencia laboral. El 43% (n= 17) acumulaban menos de 5 años de experiencia en urgencias. El 18% (n=7) ya habían canalizado algún catéter ecoguiado con anterioridad. 32 enfermeras (80%) contestaron el cuestionario a los 3 meses y 20 (50%) el cuestionario final. Durante los 6 meses posteriores al taller, el 69% (n=31) de las enfermeras intentaron canalizar catéteres con ayuda del ecógrafo, de las cuales el 87% (n=27) lo hicieron con éxito. De las que lo consiguieron, el 85% (n=23) canalizaron entre 1 y 5 catéteres, un 13% (n=3) canalizaron entre 5 y 10 y un 9% (n=2) canalizaron más de 10. La puntuación media en autoconfianza en su capacidad para canalizar un catéter venoso periférico ecoguiado en una escala Likert 0-10 pasó de 3.150 (DT=2.94) pre-taller a 7.73 (DT=1.66) post-taller (variación media 4.58, DT=2.79), mostrando una diferencia significativa (test de Student, p-valor<0.001). Esta diferencia continuó siendo significativa a los 3 meses (media 6.94, DT=2.03) y a los 6 meses (media 7.0, DT= 1.78). A la pregunta de si consideraban que la formación había sido útil para su trabajo y si pensaban seguir utilizando la técnica en el futuro, la puntuación media en escala Likert 0-10 fue de 9.67(DT=0.77) tras el taller, 8.78 (DT=1.54) a los tres meses y 8.85 (DT=1.46) en el cuestionario final.

CONCLUSIONES

- Las enfermeras que realizaron el taller aumentaron la confianza en su capacidad para canalizar vías venosas periféricas ecoguiadas y este cambio se mantuvo a los 6 meses.
- El taller formativo aumentó el uso de la ecografía para canalizar vías venosas en el servicio de urgencias, al incrementar de 7 a 27 el número de profesionales que canalizaron con éxito catéteres ecoguiados.
- Los participantes consideraron muy útil y taller y manifestaron una alta confianza en seguir utilizando la técnica en el futuro.

P. #323

TRASPLANTE DE DIAGNÓSTICOS TRAS DONAR SANGRE

Naiara Sarasola Oyarzabal
Osakidetza, San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Síncope
ANTECEDENTES
- NAMC
- Soplo sisótlico. Estudiado por cardiología. ETT normal.
- Escoliosis idiopática.
- Hipertensión ocular en seguimiento por oftalmología
HISTORIA ACTUAL
Paciente de 21 años trasladado en SVB tras valoración por SVA tras sufrir síncope. Refiere que tras donar sangre ha acudido al patio, se ha sentado por astenia. Posteriormente, ha subido 2 pisos de escaleras y se ha sentado en clase. Ha comenzado a sentir palpitaciones, sudoración y calor con posterior pérdida de conciencia de no más de 30 segundos.
Al recuperarse, ha presentado hiperventilación y tetania, por lo que avisan a médico del centro. A la llegada de SVA han colocado bolsa con lo que ha mejorado (subida del CO2 hasta 50 mmHg medido por capnómetro nasal).
Al no conseguir recuperación y persistir cierta contractura (refiere sobre todo dolor en cuello), se administra 1 mg de lorazepam sublingual y continúan respiración en bolsa. Por persistencia de cierta tetania administran midazolam i.n. 1 mg en cada fosa (2 mg en total) y deciden traslado a urgencias de UHD.
A su llegada a urgencias refiere ausencia de síntomas con leve debilidad en EEII. Según refiere, síntomas de mareo sin pérdida de conciencia en donación de sangre previa. Niega disnea o dolor torácico. Niega vómitos o clínica miccional. No otros síntomas por aparatos.
No historia de síncopes personales ni muertes súbitas o prematuras en la familia. No suele practicar deporte.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Sat.O2 100% FiO2 0,21 FR: 20 rpm TA: 135/70 mmHg Glucemia 119 mg/dl FC: 126 lpm Consciente y orientado. Hipertonía en extremidades y tronco. Bien perfundido e hidratado. Normocoloreado. Ligeramente taquipnéico.
AC: Rítmica y sin soplos. Pectus excavatum.
AP: MVC
RHA +.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
ECG ambulancia: ritmo sinusal a 126 lpm. BIRDHH.
ECG urgencias: RS a 82 lpm. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones en repolarización. Patrón de Brugada tipo 2 (se comprueba correcta colocación de los electrodos).
Gasometría venosa y AS en la normalidad.
PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO RECIBIDO
Se decide ingreso en zona de observación para monitorización ECG. Hemodinámicamente estable (FC a 80x', rítmico), afebril. Dieta absoluta.
No dolor torácico, no mareo.
Se realiza interconsulta a cardiología para valoración del ECG para valoración de sospecha de Brugada tipo II. Tras valoración por cardiología, ECG estable en su ingreso en observación y descartada patología aguda grave se decide seguimiento en CCEE cardiología.
Se explican signos de alarma por los que acudir a urgencias
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
SOSPECHA DE BRUGADA TIPO 2
OTROS DIAGNÓSTICOS
PROBABLE CRISIS DE ANSIEDAD

CONCLUSIONES

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS
El síndrome de Brugada es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante caracterizada por grandes ondas J y elevación del segmento ST con inversión de la onda T asociada en las derivaciones V1-V3, que causa un mayor riesgo de taquicardia ventricular (TV) y fibrilación ventricular (FV), lo que lleva a un síncope y muerte súbita. Los síntomas pueden incluir palpitaciones, desmayos y en ocasiones muerte súbita. Sin embargo, hay muchos pacientes que están asintomáticos. El diagnostico diferencial respecto a la ansiedad es necesario. El diagnóstico del Síndrome de Brugada se basa en el ECG (electrocardiograma) y, a menudo, en pruebas electrodiagnósticas provocadoras y/o genéticas. En el caso de que se confirme la patología cardiaca el DAI es el único tratamiento de eficacia realmente demostrada.

P. #438

RELACIÓN ENTRE EL ÁMBITO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL Y SU CALIDAD DE VIDA

María Quiteria Alcázar Belchí[1], Inmaculada García Polo[1], Almudena Alcázar Belchí[1], Carmen Morales Ruiz[1], Pablo Salmerón Ruíz[1], Ana María Vicente Chacón[2]

1. Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España
2. Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo para el trabajador sanitario es ofrecer un trabajo de calidad, el no proporcionar un correcto servicio disminuye la satisfacción del paciente y resta seguridad, aumenta la demanda sanitaria, pierde prestigio la institución, por todo ello se debe conseguir que el profesional presente las mejores condiciones tanto anímicas como físicas en el desarrollo de sus tareas, lo cual hará que mejoren los resultados en todos los ámbitos, enmarcándose en la promoción, prevención y cuidado del paciente.
Formar parte de un servicio de urgencias conlleva un gran ritmo de trabajo que genera mucho estrés, por lo tanto puede afectar a la vida personal del trabajador, si a esto se le añade el trabajar en turno rotatorio aumenta dicho estrés, esto ha sido contrastado en diferentes estudios.
Los profesionales sanitarios trabajan 24 horas 365 días a las semana, en turno rotatorio, teniendo que dejar a un lado la vida familiar, ocio, amigos. Por ello, es importante saber en profundidad en que ámbito afecta a cada trabajador y conocer si el hecho de pertenecer a un servicio de urgencias hace que aumente el estrés, siendo este en la actualidad uno de los problemas mas graves en salud, puede provocar incapacidad física o mental, por ello si el trabajador no se encuentra en plenas facultades, su calidad asistencial disminuye.

OBJETIVO

Evaluar la relación existente entre el ámbito laboral del personal sanitario en un servicio de urgencias y su ámbito personal.

MÉTODO

La investigación se realizó mediante un estudio transversal con las siguientes características:
Descriptivo, Cuantitativo, De campo, Transversal.
Partimos de una población de 150 trabajadores, de los cuales se recluto una muestra de 73, en un servicio de urgencias de un hospital, en el periodo del 15 de marzo al 5 de abril de 2024.
Recopilando los datos a través de un cuestionario autodeterminado, enviado por google formularios, constando de 10 ítems, utilizando variables dependientes, independientes y de caracterización.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La satisfacción laboral y la calidad de vida son aspectos de gran importancia en el entorno laboral de los profesionales sanitarios. Se ha observado una estrecha relación entre estos dos aspectos y su impacto en la eficacia laboral, la retención del personal y la calidad de la atención al paciente. En este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo sobre varios factores relacionados con los turnos laborales que podrían afectar a diversos aspectos personal.
Se observa que el 70% es de género femenino.
La satisfacción laboral en profesionales de la salud está influenciada por una variedad de factores. Estos incluyen la carga de trabajo, el apoyo del equipo, la remuneración y el equilibrio entre vida laboral y personal.
El turno rotatorio afecta a la alimentación, altera el sueño influye en las relaciones sociales y aumenta el nivel de estrés, para afrontar dicho estrés los trabajadores se refugian en el deporte.
Se encuentra una estrecha relación entre el entorno laboral y la calidad de vida de los trabajadores, del mismo modo se destaca la importancia de promover hábitos saludables, fomentar el apoyo social y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.

CONCLUSIONES

El personal sanitario del servicio de urgencias ve condicionado su ámbito personal debido a factores laborales que le influyen en su calidad de vida.
Los turnos rotatorios plantean desafíos organizativos, estos tienen un impacto significativo en la salud física y emocional de los trabajadores.
Como factor laboral que más influye en la vida personal de los trabajadores destacamos el estrés.
Como estrategia principal frente al estrés encontramos el ejercicio físico, aunque no existe una solución única para este desafío, por lo que es crucial adoptar un enfoque integral del profesional.

P. #451

CUANDO SER MUJER SUPONE UN RETO. HEPATOTOXICIDAD POR PARACETAMOL

Elena Aparicio Aparicio[1], María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], María Gloria Méndez Gómez[1], María Pilar Díez Álvarez[2], Ivan Corro Trives[3], Víctor Manuel Navarro Gonzalo[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. CAULE, León, España
3. Servicio de Emergencias 061 Cantabria, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Mujer de 37 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución. Sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual.
Anamnesis:
Paciente que refiere dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución y vómitos bilioso en las últimas 48 horas. Debido a una gonalgia relacionada con el ejercicio físico le han prescrito paracetamol 1 g cada 8 horas e ibuprofeno 600 mg cada 12 horas.
A su llegada temperatura de 36.9ºC, tensión arterial de 134/68 mmHg y frecuencia cardiaca de 98 pulsaciones por minuto y una escala visual analógica del dolor (EVA) de 7/10.
Exploración física: eupneica, normohidratada y normoperfundida, impresiona de cierta ictericia cutánea, auscultación anodina, abdomen blando y doloroso, no se palpan megalias.
Pruebas de laboratorio: CK 259 U/L, ALT 2320 U/L, AST 1740 U/L y protrombina de 9 segundos.
Evolución:
Durante su estancia en urgencias se canalizan dos vías periféricas de gran calibre, se monitoriza la frecuencia cardiaca y la tensión arterial y se comienza con perfusión de 150mg/kg de N-acetilcisteína en la primera hora y posteriormente de 100mg/kg en suero glucosado durante 16 horas.
Dentro de los patrones funcionales de salud de M.Gordon que nos podemos encontrar alterados en un cuadro de intoxicación por paracetamol se encuentran los siguientes, con sus correspondientes diagnósticos de Enfermería NANDA:
PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO
·Riesgo de deterioro de la función hepática
·Riesgo de déficit de volumen de líquidos
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN
·Deterioro de la eliminación urinaria
PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO
·Riesgo de disminución del gasto cardiaco
·Riesgo de tensión arterial inestable
PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO
·Riesgo de confusión aguda
·Dolor agudo
Se procede a monitoreo analítico donde se observa un aumento de los niveles de ALT hasta las 4300U/L y AST de 3700U/L. Se contacta con Intensivos para traslado a su servicio para control evolutivo y posibilidad de trasplante hepático.
Diagnóstico:
Hepatotoxicidad aguda por paracetamol

CONCLUSIONES

El consumo de paracetamol viene determinado por su gran facilidad de acceso para la población general, su bajo coste y porque se trata del analgésico de primera línea de elección en la gran mayoría de las pautas médicas.
Si bien, su uso no está exento de riesgos, a pesar que su posología y toxicidad son ampliamente investigadas. La mayoría de estos estudios no son concluyentes en cuanto a las diferencias en términos de absorción y metabolización según sexo.
La enfermería sostiene un rol fundamental tanto en la administración de fármacos como en la educación para la salud, informando de la posología, riesgos, efectos tóxicos y antídotos en caso necesario con el objetivo de un uso responsable de los medicamentos.

P. #452

ÍNDICES. CUANDO LAS VARIABLES SE UNEN PARA MEJORAR LA VALORACIÓN CONTINUA

Elena Aparicio Aparicio[1], María Gloria Méndez Gómez[1], María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], María Pilar Díez Álvarez[2], Víctor Manuel Navarro Gonzalo[1], Iván Corro Trives[3]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. CAULE, Léon, España
3. Servicio de Emergencias 061 Cantabria, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Varón de 31 años que acude a urgencias por agresión y sangrado en región temporo-parietal.
Sin antecedentes de interés ni tratamiento farmacológico de manera habitual.
Anamnesis:
Paciente de 31 años que acude a urgencias traído por los servicios de urgencias extrahospitalarias por sangrado en región temporo-parietal tras una agresión con una botella. Los compañeros del soporte vital avanzado reiferen que en la escena había una gran pérdida hemática, estiman que más de un litro, y que el traslado se ha demorado por cuestiones sin carácter sanitario.
A su llegada temperatura de 37.5ºC, tensión arterial de 122/71 mmHg, frecuencia cardiaca de 130 pulsaciones por minuto y buena saturación sin oxigenoterapia complementaria. Verborreico, impresiona de desorientación. Admite consumo de un gramo de cocaína.
Exploración física: taquipneico, abdomen blando y depresible, auscultación cardiaca sin soplos ni sibilancias, normohidratado y normoperfundido. Herida incisa en zona temporal izquierda con sangrado pulsátil.
En las pruebas de laboratorio destaca una hemoglobina de 7.5g/dL.
Evolución:
En la valoración inicial se realiza un índice de shock invertido asociado a la escala de coma de Glasgow (rSIG) con un valor de 13.13 por lo que se descarta, a priori, riesgo de shock hemorrágico.
Durante su estancia en urgencias se contacta con cirugía maxilofacial para evaluación y sutura de herida sangrante. En el transcurso de este proceso la tensión arterial se mantiene en 120/69 mmHg y la frecuencia en 131 latidos por minuto pero su valor de la escala de Glasgow desciende a 12 sobre 15 por lo que su nuevo rSIG es de 10.99. Unos minutos más tarde este valor disminuye hasta 8.9 debido a una tensión sistólica de 110 mmHg, una frecuencia de 135 latidos y un Glasgow de 11 sobre 15.
De manera súbita el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria por lo que se inician maniobras de soporte vital avanzado con recuperación de la circulación tras 8 minutos de RCP y la administración de 1 adrenalina. Se contacta con los compañeros de cuidados intensivos que trasladan a su servicio para optimizar tratamiento.
Diagnóstico:
Shock hemorrágico por sección de la arteria temporal
Parada cardiorrespiratoria
Consumo tóxico de cocaína

CONCLUSIONES

El rSIG desarrollado por Kamura y Tanaka en 2018 es un gran predictor de mortalidad en pacientes con sospecha choque hemorrágico, así como de necesidad de transfusión masiva. Los autores validaron un punto de corte en <9.5 para constatar la presencia de shock al dividir la tensión arterial sistólica entre la frecuencia cardiaca y multiplicarlo por el grado de la escala de Glasgow.
Este caso presenta un reto para los profesionales de la salud debido a la posibilidad de relacionar la taquicardia con el consumo de tóxicos y no como un signo de shock hemorrágico, por lo que atendiendo solo a variables clásicas se puede enmascarar la severidad del cuadro. La valoración del paciente debe de ser integral, sin olvidar otros factores que pueden influir en su estado, y que consiguen recogerse en la anamnesis del propio sujeto y en la información aportada por los primeros intervinientes.
Este sencillo índice es un gran aliado para los profesionales de enfermería de urgencias, de aconsejado conocimiento y fácil uso puede evitar la demora de un diagnóstico y tratamiento y de desenlaces fatales.

P. #453

EL NIVEL DE CONSCIENCIA. LA RELEVANCIA DE LA QUINTA CONSTANTE

Elena Aparicio Aparicio[1], María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], María Gloria Méndez Gómez[1], María Pilar Díez Álvarez[2], Iván Corro Trives[3], Víctor Manuel Navarro Gonzalo[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. CAULE, León, España
3. Servicio de Emergencias 061 Cantabria, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Varón de 74 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de deposiciones oscuras.
Antecedentes de interés:
Hipertensión, dislipemia, portador de marcapasos, úlcus duodenal, enfermedad renal crónica grado 3b.
Tratamiento habitual: atorvastatina 40mg, bisoprolol 2.5mg, enalapril 5mg, furosemida 40mg y sintrom según pauta.
Anamnesis:
Paciente que consulta por cuadro de alteración en las deposiciones de una semana de evolución tras la toma de tratamiento antibiótico
A su llegada temperatura de 36.6ºC, tensión arterial de 129/90 mmHg, 80 latidos por minuto, normoperfundido, consciente y orientado.
Exploración física: eupneico, abdomen blando, no doloroso y tacto rectal con escaso contenido hemático.
Pruebas de laboratorio: filtrado glomerular 5mL/min, urea 600mg/dL, potasio 7.1mEq/kg, INR 9, protrombina 8.9seg y hemoglobina de 6.7g/dL.
Evolución:
Durante su estancia en urgencias el paciente comienza con cuadro de inquietud manteniendo tensiones arteriales en torno a 130/80mmHg y 80 pulsaciones por minuto. A los pocos minutos se produce una disfunción progresiva hacia el desasosiego con frecuencia cardiaca conservada y sin datos de hipotensión. Progresivamente el paciente entra en un estado de agitación y desorientación sin que exista repercusión cuantitativa en sus constantes vitales.
Se inicia tratamiento con 100mg de inhibidores de la bomba de protones en perfusión continua, 15mg de noradrenalina a dosis beta, 20mg de fitomenadiona, 100mg de cloruro de calcio y 500cc de suero balanceado.
Finalmente, el paciente presenta un cuadro de obnubilación con frecuencia cardiaca de 80 latidos y tensión arterial de 80/60mmHg por lo que se contacta con el servicio de Intensivos para traslado a su unidad.
Diagnóstico:
Hemorragia digestiva alta
Anemización grave
Shock hemorrágico
Fracaso renal agudo
Hiperpotasemia
Hipocoagulabilidad

CONCLUSIONES

La disminución del nivel de consciencia es la disfunción neurológica más frecuente a consecuencia de la disoxia. Esta puede pasar de la inquietud al coma pasando por la obnubilación o la agitación según la disfunción progrese. El estado mental es una de las tres ventanas definidas por diferentes sociedades científicas como reflejo de hipoperfusión tisular.
Resulta difícil acotar los estados mentales en relación a la hipoperfusión sistémica, si bien resultan una manifestación que se altera más precozmente que otras variables clínicas tradicionalmente más representativas de estados de hipoxia tisular.
En el presente caso debido a los antecedentes y al tratamiento habitual los signos clásicos relacionados con el shock están enmascarados por lo que exhaustiva y continua valoración neurológica será un gran predictor del plausible empeoramiento del estado del paciente. La enfermería como primera línea de atención de los usuarios de urgencias tiene la capacidad para reconocer esta condición clínica, sin menoscabo de la necesidad de una correcta formación continuada.

P. #461

DE INTOXICACIÓN POR AGUA CONTAMINADA A SÍNDROME DE HIPEREMESIS CANNABINOIDE EN URGENCIAS

Cristina Fons Palomares[1], Marta Cruzado Mercader[2], Juan Vicente Puchalt Estellés[3]

1. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España
2. Hospital Institut Pere Mata, Reus, España
3. Hospital del Vendrell, El Vendrell, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 30 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar por cuadro de vómitos biliosos de 5 días de evolución acompañados de deposiciones diarreicas (1-2 por día), hiporexia y debilidad generalizada. Explica que, hace unos días, durante una ruta de montaña ingirió agua de un pozo. A su llegada consciente y orientado, hemodinámicamente estable y afebril, coloración pálida y con mucosas semisecas. Niega alergias medicamentosas ni intolerancias alimenticias, ningún antecedente de interés.

En la exploración física, medicina nos confirma que destaca un abdomen blando y depresible con dolor a la palpación difusa sin masas ni visceromegalias; peristaltismo conservado; Blumberg negativo y puñopercusión bilateral también negativa. Sin alteraciones en la exploración neurológica.

Se trató con administración endovenosa de 4 mg de Ondansetron y 500 ml de Suero Fisiológico para hidratación, persistiendo los vómitos y la clínica nauseosa.

Realizamos Electrocardiograma, radiografía simple de abdomen y análisis sanguíneo con hemograma, bioquímica junto a una gasometría venosa. No se observaron hallazgos significativos, tampoco en la radiografía y ECG trazado basal normal.

En la analítica destaca una leve leucocitosis con 11.000 unidades sin neutrofilia ni elevación de la proteína C reactiva. La función renal y el ionograma se encuentran sin alteraciones incluido el Cloro. En la gasometría observamos leve alcalosis respiratoria pH 7,45 (7,32-7,42), pCO2 34 mmHg (41-51), HCO3- 23 mmol/L (24-28).

Dado el antecedente de la ingesta de agua contaminada se solicitó un coprocultivo que finalmente no se llegó a cursar por no presentar más deposiciones diarreicas. Ante la inquietud del paciente, se administró medio haloperidol intravenoso, que fue efectivo.

Frente a la ausencia de fiebre, neutrofilia ni elevación de reactantes de fase aguda se dudó de la primera orientación diagnóstica de intoxicación por agua contaminada.

Enfermería sospechó de consumo de tóxicos y comentamos al médico responsable. Se decidió cursar tóxicos en orina. Resultando estos positivo para cannabis.

Al consultar con el paciente nos confirmó que era consumidor habitual de dicha droga, dato que no aportó inicialmente. Nos explicó que había aumentado el consumo recientemente y que los vómitos habían surgido tras el consumo.

Finalmente se orientó el caso como un síndrome de hiperémesis cannabinoide, con tratamiento con Ondansetron 4 mg via oral cada 8 h, abundantes líquidos, dieta blanda y seguimiento por atención primaria si fuera necesario.

CONCLUSIONES

El cannabis es la droga ilegal más consumida en todo el mundo, con un elevada prevalencia de consumo entre la población joven menor de 35 años.

El consumo crónico de cannabis puede inducir la aparición del síndrome de hiperémesis cannabinoide (SHC), que fue descrito por primera vez en 2004, por Allen et al. Se caracteriza clínicamente por la presencia de vómitos incoercibles, náuseas y dolor abdominal y, en ocasiones, por la necesidad compulsiva de baños con agua caliente, desaparenciendo completamente tras el abandono del consumo. En cuanto al tratamiento, es importante garantizar restablecimiento y el control hemodinámico con reposición de líquidos y electrolitos, y el control del dolor usando desde espasmolíticos hasta llegar al de opioides. A pesar de que no se ha demostrado la eficacia de antieméticos tradicionales, se siguen utilizando. También está indicado el uso de haloperidol para los cuadros de agitación.

Se trata de una patología poco conocida, tanto por los profesionales sanitarios, como por los mismos pacientes, que cada vez es más habitual en los servicios de urgencias hospitalarios. Su duración puede variar entre los 2 y 5 días y puede estar relacionado tanto por el aumento del consumo de THC o por el reinicio de este.

P. #463

CUANDO NO TODO ES UN ICTUS: EL PAPEL DE LA HIPONATREMIA EN LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS AGUDOS

María Reinares Sánchez[1], Marina Gil Mosquera[1], Sergio De Francisco Sampedro[1], Irene García España[1], Patricia Bernaldo De Quirós[1], Gabriel Cozar López[2]

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
2. SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Aviso prehospitalario a las 18:30 horas: varón de 81 años con importante cuadro confusional. A su llegada al servicio de urgencias (SU) paciente consciente, pero desorientado en las tres esferas. Los familiares refieren cuadro clínico de 1 semana de evolución de intranquilidad, insomnio, hiporexia y que desde ayer presenta náuseas y desorientación progresiva. Iniciando hoy mareo, inestabilidad de la marcha y dificultad para emitir el lenguaje. La mañana previa habían acudido al SU por lumbalgia sin objetivar patología aguda. Tras la primera valoración se activa Código ICTUS. Escala Madrid Direct: 1.

Antecedentes personales: FA anticoagulada, HTA, EPOC, neumonectomía izquierda por cáncer de pulmón y LLC sin tratamiento. IABVD.

Exploración física: edemas bimaleolares. Tª 36,7°C, TA 138/75mm/Hg, FC 65 lpm, SatO2 basal 96%, frecuencia respiratoria 18 rpm. Resto normal.

Exploración neurológica: alteración de las funciones superiores; somnoliento, inatención, desorientado en tiempo y espacio. Obedece órdenes axiales y apendiculares simples; pero no secuenciales, ni condicionales, ni subordinadas. Lenguaje espontáneo sin bloqueos. Además, presenta lateralización bilateral a la bipedestación y afasia global.

Pruebas complementarias:

- GV: donde se objetiva parámetros dentro de la normalidad excepto un sodio de 116 mmol/L y un potasio de 2.9 mmol/L.
- Analítica: Hb 12.2, leucocitos 12900, INR 3.32, Glucosa 151, Bt1.6, Cr 0.58 FG >90, LDH 910 CK 267 Na 120, K 2.8, Mg1.9, troponina 41, NT-ProBNP 2692. PCR 2.1.
- Sedimento de orina y virus respiratorios: negativos.
- ECG: ritmo irregular a 72lpm, ausencia de ondas P, QRS 80 ms, progresión adecuada, no alteración de ST ni onda T. Eje normal.
- Rx tórax: cambios post-quirúrgicos de neumonectomía izquierda. No consolidaciones.
- TC craneal, Angio-TC y TC Multifase sin objetivar lesiones compatibles con ACV.

Diagnóstico: cuadro confusional agudo/subagudo sin focalidad neurológica en contexto de hiponatremia e hipopotasemia, con prueba de neuroimagen sin alteraciones.

Evolución: El paciente queda a cargo del SU, donde se inicia tratamiento con 100ml de suero salino hipertónico, con gasometría de control posterior, presentando mejoría del nivel de consciencia y clínica neurológica. Se decide manejar con restricción hídrica y tratamiento con sodio oral.

La hipopotasemia moderada se corrige con sueroterapia junto con suplementación oral posterior y se mantiene sin anticoagulación 24 horas debido a la sobredosificación de Acenocumarol.

CONCLUSIONES

Un porcentaje significativo de los pacientes que acuden al SU con síntomas neurológicos sugestivos de un accidente cerebrovascular presentan, en realidad, otras alteraciones subyacentes. Entre ellas, los trastornos electrolíticos son una causa frecuente, destacando la hiponatremia como la más prevalente, especialmente en población de edad avanzada.

En este caso, el paciente presentó un cuadro confusional agudo con desorientación, inestabilidad en la marcha y alteraciones del lenguaje, síntomas que inicialmente motivaron la activación del Código Ictus. Sin embargo, la ausencia de lesiones compatibles con un evento vascular en las pruebas de neuroimagen, junto con la detección de hiponatremia severa (Na: 116-120 mmol/L), permite concluir que el origen del cuadro neurológico era metabólico. La hiponatremia puede generar disfunción cerebral debido a las alteraciones del equilibrio osmótico, provocando edema cerebral y afectación del estado de conciencia, con manifestaciones que incluyen confusión, somnolencia, alteraciones en la atención y, en casos más graves, síntomas que pueden simular un ictus.

Dado que el accidente cerebrovascular es una emergencia médica que requiere una actuación inmediata, la activación del Código Ictus es una medida prudente en pacientes con síntomas neurológicos agudos cuando no se dispone de datos analíticos inmediatos. No obstante, este caso subraya la importancia de considerar la hiponatremia como un posible diagnóstico diferencial, ya que su manejo adecuado puede evitar complicaciones severas y reducir ingresos innecesarios en unidades de ictus.

P. #492

APLICACION DEL PROTOCOLO DE ANALGESIA PARA ENFERMERÍA EN PACIENTE ACCIDENTADO EN EL MEDIO NATURAL

Guillermo Gil Sus

Gerencia Urgencias Y Emergencias 061 Aragon, Zaragoza, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón que sufre traumatismo de tobillo por caída accidental practicando montañismo. Padece dolor e impotencia funcional que le impide movilizarse por lo que solicitan rescate. En entrevista telefónica se recaban datos técnicos y sanitarios. Montañero 50 años, acompañado, 75 kg, sin alergias medicamentosas, ni patologías de interés que sufre caída en aguja próxima al macizo del Balaitus a 3022 mts de altura en Pirineo de Huesca. Refiere dolor 4/10 en tobillo, niega otras lesiones, y las condiciones meteorológicas son buenas.
A nuestra llegada tras apoyo parcial en cima, valoración general de zona de rescate, montañero que se encuentra en repisa expuesta en terreno muy complejo. Accedemos a paciente observando tobillo en posición incongruente y sangrado externo. Mientras socorristas del greim aseguran zona, se inicia valoración según protocolo trauma y posterior valoración focalizada del tobillo. Paciente manifiesta “que se encuentra bien” y dolor 4/10, situación que no concuerda con la impresión sanitaria, al objetivarse aspecto de dolor e incomodidad y sensación de banalización de la situación comprometida en la que se encuentra.
Se establece plan de actuación con especialistas del greim y pilotos, comentando que impresiona de fractura compleja de tobillo, que va a ser necesario analgesiar, exponer lesión y colocar inmovilización. Se aplica protocolo de analgesia por dolor severo, canalizando vía venosa. Se administra 75 mcg de fentanilo mas ketorolaco 30 mg y se inicia retirada de bota, gestos de dolor por lo que se repite dosis de fentanilo de 75 mcg. Tras visualizar lesión se evidencia fractura luxación abierta de tobillo con exposición de porción distal del peroné. Se coloca apósito, vendaje e inmovilización con férula de vacío. Se informa a pilotos que pueden venir a recogernos mediante ciclo de grúa. Una vez asegurado el paciente y previa maniobra de evacuación se administra ketamina 25 mg. En zona de socorro se reevalúa paciente, y se comunica al medico regulador 061 situación y medias terapéuticas realizadas. Debido a la severidad de la lesión y la necesidad urgente de asistencia medica especializada se solicita a pilotos traslado en helicóptero a hospital de referencia, coordinando transferencia y prealerta con medico regulador.

CONCLUSIONES

La presencia de profesionales sanitarios es fundamental en los servicios de rescate en montaña, en Aragón médicos y enfermeros del 061 se integran con las unidades de rescate de la Guardia Civil.
Dichos profesionales además estar capacitados para prestar asistencia en terreno complejo deben coordinar la logística de las operaciones en conjunto con los especialistas de montaña y pilotos de Guardia Civil, estableciendo zonas de trabajo, solicitando recursos y derivando a los hospitales precisos a través del centro coordinador 061.
La expresión del dolor por el paciente es una manifestación subjetiva que debe ser validada por el profesional sanitario. En el contexto del rescate el dolor se incrementa en las movilizaciones. Profesionales de enfermería refuerzan en verano la unidad de rescate de montaña del 061 Aragón trabajando en coordinación con un medico regulador y bajo protocolos de actuación aprobados por el SALUD. En caso necesario pueden ser apoyados por los distintos recursos del 061 y helicópteros medicalizados del 112.
El protocolo de analgesia para dolor severo incluye como fármacos de primera linea el uso de fentanilo en combinación con ketorolaco, y la ketamina se reserva como coadyuvante de la sedoanalgesia en los procesos de movilización. La vía endovenosa es de elección por su eficacia y rapidez de acción, a la vez que permite un acceso para tratar complicaciones y efectos secundarios.
Las condiciones meteorológicas favorables favorecen la posibilidad de obtener un acceso venoso, en condiciones de frio, zona compleja o necesidad de rapidez existen alternativas como la vía intranasal.

P. #523

UNA FRÍA NOCHE DE MARZO

Natalia Alfaro García
Academia Central de la Defensa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

En un pueblo aislado del Pirineo oscense una fría tarde, entra un mensaje por radio avisando de que uno de las personas desplegadas por las altas cumbres nevadas "está todo el rato dormido, no tiene fuerzas para continuar, está mojado y ha dejado de temblar". Ante tal mensaje y las condiciones adversas que allí se encontraban (sensación térmica de -6 grados por el efecto Wind-Child), el equipo sanitario inicia los procedimientos para realizar el rescate urgente. Tras valorar la ubicación exacta del afectado nos encontramos con las siguientes dificultades: desde nuestro punto hasta el afectado tenemos que salvar un desnivel de +1200m con el camino cubierto de nieve.
Tras una reunión multidisciplinar, se decide utilizar el TOM medicalizado con una mochila de SVA respiratoria, SVA circulatoria, monitor/desfibrilador, ropa de cambio, camilla UT 2000 y colchón de vacío. Conforme íbamos ascendiendo, el TOM tenía serias dificultades para avanzar y con el principio de seguridad y control de la escena, se decidió no continuar de forma vehicular. Revalorando la escena y sabiendo que estábamos a 2kms del afectado, se inició el traslado del afectado a pie con una camilla de lona hasta nuestro encuentro para hacer una primera valoración in situ. En ese camino el principal problema fue el mantenimiento de la temperatura de la fluidoterapia, que se mantuvo siendo trasladada en el cuerpo del personal sanitario.
Después de casi 5h, nos encontramos físicamente con el paciente. Este era trasportado con la técnica del burrito (recalentamiento externo pasivo). Realizamos una entrevista y exploración, obteniendo lo siguiente:
Varón de 27 años sin antecedentes personales reseñables. Refiere haber sido intervenido de ligamento cruzado anterior hace 5 años. Se realiza una valoración primaria estructurada:
X: Se realiza un barrido de todo el cuerpo. No se observan hemorragias exanguinantes.
A: El afectado hablaba por lo que la vía aérea era permeable.
B: Para no exponer al afectado a la hipotermia, se hace una palpación del tórax por debajo de la ropa observando una respiración simétrica de 10 rpm. La valoración de la pulsioximetría en primera instancia no fue posible debido a la vasoconstricción secundaria al frío, pero no se observaba ni tiraje intercostal ni signos de dificultad respiratoria. Ligera cianosis labial.
C: Se tomaron las constantes vitales observando una TA 96/60mmHg , una FC de102 lpm en reposo, una Tª axilar de 35,4°. Se observan mucosas secas, disminución de la turgencia cutánea y relleno capilar retardado. Refiere no haber realizado ninguna micción desde medio día. Se canalizó una VVP nº 18 en miembro superior izquierdo para la administración de un dexketoprofeno y un bolo inicial de 300ml de SF 0,9%. El calentamiento de la fluidoterapia fue dificultoso, por lo que había que monitorizar con especial atención la temperatura.
D: Consciente y orientado en tiempo y espacio, pero con tendencia a la somnolencia. Pupilas simétricas y reactivas. Sin signos de focalidad neurológica. Glucemia 92 mg/dl.
E: se realizó una palpación del resto del cuerpo sin observar lesiones aparentes y se le cambió calcetines, botas y chaqueta, ya que estas estaban mojados.
Se trasladó hacia el puesto de socorro y punto caliente donde se le hizo una valoración secundaria más exhaustiva sin hallar otras alteraciones reseñables. Diagnóstico final: deshidratación moderada e hipotermia grado I.

CONCLUSIONES

El afectado se recuperó de manera satisfactoria ya en el campamento tras cambiarle de ropa, rehidratarle con líquidos calientes y realizar un descanso óptimo.
Este caso pone de manifiesto la capacidad de resiliencia y adaptación a todo tipo de terrenos y situaciones; de la dificultad de poner en práctica los protocolos y guías cuando no se dispone de los medios ni material establecidos; así con el mantenimiento de la temperatura de la fluidoterapia.

P. #540

HACIA UNA URGENCIA EFICIENTE Y DE CALIDAD: IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UNA COMISIÓN DE TRIAJE MULTIDISCIPLINAR

Sara Gutiérrez Pérez, Mercedes Pous Más, María Moreno Llopis, Immaculada Tormos Miñana, Luis García Fernández, Pilar Hernandis Serra

Hospital Universitario La Ribera, Alzira, España

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda asistencial en los servicios de urgencias (SU) ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer estrategias que mejoren la eficiencia en la atención y priorización de pacientes.
El triaje constituye una herramienta fundamental para garantizar una atención ágil, segura y que determine el nivel de urgencia y prioridad en el menor tiempo posible basándose en la gravedad clínica.
En este contexto, la creación de una comisión de trabajo multidisciplinar con un enfoque colaborativo, hace que mejore notablemente la calidad asistencial y proporciona mayor seguridad al paciente.
Con la elaboración de una guía de práctica clínica propia del servicio se garantiza una alta calidad y mejora en la atención sanitaria así como la optimización de recursos fomentando el enfoque multidisciplinar que permita estándares de calidad homogéneos y sostenibles.

OBJETIVO

1.- Establecer una comisión multidisciplinar centrada en el diseño, implementación y evaluación del triaje en el SU.
2.- Homologar el proceso en atención en el triaje mejorando la seguridad del paciente mediante protocolos efectivos basados en evidencia, teniendo como principal objetivo minimizar la espera en aquellas patologías tiempo-dependientes.
3.- Garantizar la formación continua y la actualización de competencias del personal sanitario involucrado en el triaje al tratarse de un enfoque colaborativo multidisciplinar que está en continua evaluación, revisión y modificación.

MÉTODO

La comisión de trabajo proporciona una continua revisión del funcionamiento del Triaje, sus eventos adversos y sus posibles mejoras. Atiende a las necesidades específicas de su casuística poblacional, picos de afluencia e incluso a la peculiaridad de nuestro hospital en cuanto al número y horario de los profesionales.
Se ha procedido a llevar a cabo un proyecto en tres fases:
1.- Fase inicial: Diagnóstico situacional mediante análisis de flujos de pacientes, tiempos de espera, recursos disponibles y revisión de incidentes críticos relacionados con el triaje.
2.- Fase de diseño e implementación: Creación de la comisión integrada por enfermería, personal facultativo y gestores del servicio, con reuniones periódicas con la finalidad de valorar y crear protocolos estandarizados, definir indicadores de calidad y establecer un plan formativo común para todos los profesionales del servicio a través de una guía protocolizada propia del SU.
3.- Fase de evaluación: Aplicación de herramientas de monitorización continua y análisis de indicadores clave, como tiempos de respuesta y adecuación del nivel de triaje.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En los SU es importante priorizar al paciente crítico y para ello el triaje ha de ser eficaz y resolutivo a la par que ha de estar bien dotado tanto a nivel profesional como estructural.
La creación de una comisión de Triaje en el SU ha permitido estructurar procesos de clasificación más eficaces y alineados con las necesidades de los pacientes.
Los resultados preliminares muestran una reducción significativa en los tiempos de espera para los casos más graves.
Este modelo basado en la colaboración interdisciplinar fomenta un entorno de mejora continua, adaptable a otros servicios de características similares.

CONCLUSIONES

La implementación de la comisión de triaje constituye una herramienta estratégica clave para optimizar los recursos en urgencias y fortalecer la seguridad del paciente.
Una guía propia multidisciplinar aporta a los SU una estandarización de cuidados de concluye con una mejor atención global al paciente urgente.

P. #551

HERIDA POST QUIRÚRGICA EN HEMITÓRAX IZQUIERDO DE 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN ¿CUIDÁMOS?

Miguel Martín Rodríguez[1], Clemente José Sánchez Pérez[1], María Martín Ferrero[2], Carlos Sánchez Orenes[2], José Martín Rodríguez[3]

1. Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Los Dolores, Cartagena, España
2. Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, Murcia, España
3. Hospital General Universitario Santa Lucia, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 70 años, neumectomía izquierda hace 15 años por proceso tumoral benigno, residualmente presenta una cavidad torácica lateralizada de 20 cm de profundidad, con herida cronificada de más de una década de evoluci
El paciente viene a cura semanal domingos y festivos, al servicio de urgencias de atención primaria, derivado por su Enfermera de Atención Familiar, dado que la herida es muy exudativa y requiere de cuidados diarios.
En la exploración se objetiva piel perilesional intacta y dentro de la cavidad, en todo su lecho lesiones parcheadas con dermoabrasión en unas zonas, las más externas y más al fondo de dicha ocacidad lesiones blanquecinas, nos hace suponer la presencia de biofilm y muestra signos subjetivos de infección activa con Pseudomona Aeruginosa, (exudado color verde y el olor típico
Objetivamos al mismo tiempo bajo la piel subyacente que tapiza dicha cavidad, en su cara medial, la presencia de latido cardiaco.
Afebril y con resto de parámetros vitales en rango de normalidad.
En la planificación de cuidados1 presentamos:
Etiqueta diagnóstica NANDA:
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- 00086 Riesgo de disfunción.
Resultados NOC:
- 1101 Integridad tisular. Piel.
- 0703 Severidad de la infección.
Intervenciones NIC:
- 3660 Cuidados de la herida.
- 5510 Educación sanitaria.
- 4920 Escucha activa.
El paciente muestra el plan de seguimiento de la herida de su centro de salud, para que se le haga de igual manera, pero el tratamiento que se le aplica es poco científico, ya que se le realiza una cura seca.
El procedimiento a seguir de referencia por atención primaria es el que sigue:
- Retirada de apósitos.
- Lavado con salino de la cavidad.
- Pincelar con povidona yodada.
- Nueva colocación de compresas de abdomen en número de 4 de forma alargada hacia la cavidad.
- Poner de forma externa 2 o 3 compresas más y sujetar con apósito adhesivo.

Valoramos los siguientes problemas:
1° Paciente con alta adherencia a un tratamiento ineficaz, y que rechaza cualquier tipo de intervención al respecto.
2° Riesgos sobreañadidos, pulmonares y cardiacos así como de septicemia.
Sabemos que la práctica basada en la evidencia manifiesta que:
- La infección por Pseudomona Areuginosa2 puede complicar la evolución de la herida crónica, retrasando la cicatrización y mayor riesgo de complicaciones.
- La cura seca no contribuye a la cicatrización adecuada y puede empeorar la condición de la herida.

Tratamiento recomendado3:
- Iniciar tratamiento antibiótico dirigido a Pseudomona Aeruginosa, y utilizar técnicas de cura húmeda para promover un ambiente óptimo de cicatrización.
- También se deberían usar apósitos adecuados que controlen la humedad y protejan la herida de la contaminación externa. Hidrocoloides en fibra, moduladores de proteasas, espumas de silicona, colagenasa con ácido hialurónico, alginato cálcico.
- Los apósitos pueden ser de acción prolongada para que la cura se pueda realizar cada 48 horas.
- Necesario recogida de exudado y posterior cultivo así como antibiograma.
- Exponemos dichas recomendaciones al paciente y ponemos en conocimiento de la responsable de seguridad del paciente del Área de Salud.

Seguimiento:
Se planifica con el resto del equipo el seguimiento al paciente, el paciente presenta fuga de aire a través de la herida y sospechando de una fistulización y posterior neumotórax, manteniéndose hemodinamicamente estable, se procede a traslado por nuestra parte a urgencias hospitalarias.
Discusión:
La cura seca está desaconsejada según la Enfermería basada en la evidencia moderna. Actualmente, las guías clínicas recomiendan el uso de apósitos húmedos o tecnología avanzada como apósitos hidrocoloides, hidrogeles o apósitos con plata.

CONCLUSIONES

El tratamiento actual del paciente no es el adecuado para una herida infectada crónicamente, y su manejo debe adaptarse a las mejores prácticas científicas actuales para evitar complicaciones graves.

P. #608

CERVICALGIA CON GIRO DRAMÁTICO

Naiara Sarasola Oyarzabal
Osakidetza, San Sebastián, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA
Hombre de 46 años que acude por disminución del nivel de consciencia.
ANTECEDENTES
-NAMC
- NAMQ
- No tto habitual
HISTORIA ACTUAL
Valorado en este servicio hace 24 horas por cefalea en contexto de una cervicalgia.
Se realiza anamnesis dirigida a sus hermanos.
En torno a las 10:45 uno de los hermanos ha ido al domicilio del paciente al no contestar éste al teléfono. Refiere que se lo ha encontrado desorientado, diciendo que "él ya sabía lo que tenía" y que "necesitaba descansar". Ha quedado con su hermano que en torno a las 13 pm le iba a llamar de nuevo. Al no coger en esta segunda ocasión el teléfono, se ha vuelto a acercar a casa y se ha encontrado al paciente con la mirada fija, con un discurso incoherente e inconexo motivo por el que acuden. Niegan consumo de tóxicos.
EXPLORACIÓN FÍSICA
Gaslgow 7 (O: 2 V:1 M:4). Palidez cutánea. Eupenico en reposo.
A su llegada pupilas arreactivas con nistagmo a la apertura ocular. Resto de exploración NRL no valorable.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
-ECG: Bradicardia sinusal a 37 lpm. Sin incidencias.
-Analítica sanguínea: dentro de la normalidad.
-INR 1,0. PH 7,42
-GA Lactato * 2,30 mmol/L
- Virus respiratorios: Sin virus
- Rx de tórax : Sin alteraciones PPP.
- AngioTAC cerebral:
Severa hemorragia subaracnoidea que oblitera la práctica totalidad de las cisternas basales, cisuras de Silvio bilaterales, y surcos de la convexidad frontales bilaterales e interhemisféricos. Borramiento de surcos de la convexidad de forma difusa sugestivo de edema.
Hidrocefalia tetracameral con tercer ventriculo de 15 mm de diametro. Presencia de hemorragia ventricular en tercer ventriculo y en astas occipitales de ambos ventriculos laterales. No desviación de linea media.
Se completa estudio con angioTC.
Se identifica una imagen de adición en relación con aneurisma de 7,6 x 7,7 mm dependiente de arteria comunicanteanterior. Se objetivan múltiples submilimetricos defectos de replección en carotidas internas y circulación posterior, de predominio proximal.
DIAGNÓSTICO
HSA severa con hidrocefalia y signos de edema cerebral.
Aneurisma de arteria comunicante anterior de 7,7 mm.
EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS
Se decide IOT previa a realización de pruebas complementarias dado el estado del paciente.
TRATAMIENTO
Traslado a quirófano para tratamiento endovascular de aneurisma en segmento comunicante anterior, embolización y posterior ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

La HSA es un proceso grave con un amplio espectro en su presentación clínica. Esto lleva a que sea con frecuencia mal diagnosticada, hasta en un 25-30% de los casos, con graves repercusiones. Por ello es preciso un buen conocimiento de sus formas de presentación y un alto nivel de sospecha clínica ante toda cefalea de inicio súbito con o sin otros síntomas
Ante la sospecha clínica de HSA, se debe referir inmediatamente a un centro especializado y adecuadamente dotado
La forma más común de presentación de la HSA es la cefalea. Se trata usualmente de una cefalea intensa de comienzo súbito, que alcanza su acmé en segundos o minutos. En un tercio de los casos es la única manifestación, y son aquellos en los que el diagnóstico puede pasarse por alto. Pueden asociarse síntomas como pérdida de conciencia, que predice hemorragia aneurismática26, náuseas o vómitos, focalidad neurológica o crisis comiciales. No todas las cefaleas súbitas son HSA, ni en todas las HSA la cefalea tiene las características descritas, que corresponden más específicamente a la HSA por rotura aneurismática; estas constituyen alrededor de un 85% de los casos.

P. #620

EFECTOS DE LA HIPEROXEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Laura Pastor Cabanillas[1], Cristina Horrillo García[1], Iván María Ortega Deballón[1], Federico Gordo Vidal[2]

1. Summa 112, Madrid, España
2. Hospital del Henares, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Al respirar, se proporciona abastecimiento energético al organismo, aportando oxígeno (O2) y eliminando el dióxido de carbono (CO2).
En el contexto del paciente crítico, cuando pierde la capacidad de realizar esta función por sí mismo, es habitual el uso de ventilación mecánica (VM) en sus distintas formas (invasiva y no invasiva).
Para una ventilación efectiva se deben de mantener unos niveles de oxígeno adecuados en sangre, los cuales medimos a través de la presión parcial de oxígeno (pO2). Se expresa en mmHg, siendo los valores de referencia entre 80-100. Cuando existe una elevación de sus niveles, se habla de hiperoxemia, la cual puede producir y agravar el daño pulmonar y contribuir a la aparición de fracaso multiorgánico, producción de radicales libres de oxígeno, mayor desreclutamiento alveolar y aumento de la mortalidad.

OBJETIVO

Realizar una revisión sistemática para examinar la literatura existente acerca de la hiperoxia y sus efectos sobre el paciente crítico adulto. Para ello se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué sabemos acerca de los efectos de la hiperoxia en el paciente crítico adulto?

MÉTODO

Revisión sistemática de la literatura existente sobre el tema a tratar. En primer lugar, se realizó una búsqueda de alcance a través de la siguiente búsqueda sistematizada en Pubmed. Para mejorar la síntesis de la revisión, se filtraron aquellos artículos que son de tipo revisión bibliográfica, metanalisis o ensayos clínicos: (((((“Hyperoxia”(Mesh)) OR (“hyperoxia”(Title/Abstract))) OR (“hyperoxemia”(Title/Abstract))) OR (“hyperoxaemia”)) AND (((((((“Critical Care”(Mesh)) OR “Critical Care Nursing”(Mesh)) OR “Critical Care Outcomes”(Mesh)) OR “Critical Pathways”(Mesh)) OR (“intensive care”(Title/Abstract))) OR (“ICU”(Title/Abstract))) OR (“critical care”(Title/Abstract)))) AND ((“Adult”(Mesh)) OR (“adult”(Title/Abstract))) Filters: Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se reclutaron un total de 15 artículos y se añadieron diversas guías de práctica clínica del ámbito internacional.
Las consecuencias de la hiperoxemia son diversas, pudiendo provocar:

- Hipercapnia: lo cual puede dar lugar a la depresión del impulso respiratorio.
- Vasoconstricción hiperóxica del sistema nervioso central (SNC): la hiperoxia produce una constricción en los vasos del SNC, permitiendo que llegue menos O2 al cerebro.
- Empeoramiento de la relación ventilación/perfusión (V/Q): al aumentar la presión pulmonar para compensar y evitar la perfusión de los alveolos pulmonares que estaban menos ventilados. Esto provoca un aumento del espacio muerto, dando lugar a una hipoxia relativa.
- Atelectasias: manteniendo SpO2 de 90-92%, los pacientes evidencian menos atelectasias en las pruebas radiológicas, así como un mejor destete y una recuperación más rápida de la ventilación espontanea.
- Estrés oxidativo: en el paciente crítico, su situación basal puede incluir estados inflamatorios o de shock.
- Vasoconstricción coronaria: la hiperoxia reduce el flujo sanguíneo coronario, empeorando la patología isquémica.
- Daño neurológico: la administración de O2 a concentraciones del 100%, frente al 30%, causó más daño neurológico en las primeras 24h de ingreso en UCI y una mayor mortalidad.
- Aumento de la morbilidad y la mortalidad: relacionar la hiperoxia con la mortalidad en el paciente crítico, es especialmente difícil por la interacción de los mecanismos compensatorios de las propias patologías.

CONCLUSIONES

La hiperoxemia podría ser perjudicial, mientras que la práctica de mantener unos niveles de pO2 y SpO2 fisiológicos es segura. Por ello, y debido a que la administración de oxígeno es la intervención más utilizada en todo el mundo, optimizarla presentaría importantes efectos a nivel global en los resultados de los pacientes

P. #623

PROTOCOLO ESTUDIO PHOENIX (PREVALENCIA DE HIPEROXEMIA POR OXIGENOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITLARIO)

Laura Pastor Cabanillas[1], Cristina Horrillo Gracía[1], Iván María Ortega Deballón[1], Federico Gordo Vidal[2]

1. SUMMA 112, Madrid, España
2. Hospital del Henares, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La respiración es el proceso mediante el cual los seres vivos intercambian gases con el medio externo. Al respirar se proporciona abastecimiento energético al organismo, aportando oxígeno (O2) y eliminando el dióxido de carbono (CO2).
En el contexto del paciente crítico, cuando pierde la capacidad de realizar esta función por sí mismo, es habitual el uso de ventilación mecánica (VM) en sus distintas formas (invasiva, VMI y no invasiva, VMNI).
Para una ventilación efectiva se deben de mantener unos niveles de oxígeno adecuados en sangre, los cuales medimos a través de la presión parcial de oxígeno (pO2), siendo los valores de referencia 80-100 mmHg.
Cuando existe una elevación de sus niveles, se habla de hiperoxia. Puede producir y agravar el daño pulmonar y contribuir a la aparición de fracaso multiorgánico, producción de radicales libres de oxígeno, mayor desreclutamiento alveolar en los pacientes con lesión pulmonar, y aumento de la mortalidad.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de la hiperoxemia en pacientes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (EPOC agudizado y EAP) ventilados con VMNI en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) y extrahospitalarios (SUEH), en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

MÉTODO

La metodología propuesta para esta investigación es cuantitativa, a través de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizando una revisión de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio Ventila-Madrid (n=360). De ello se deducirá, cuántos pacientes sufrieron hiperoxia durante el tratamiento ventilatorio.

CONCLUSIONES

Este estudio podría mostrar una buena aproximación de cómo es actualmente la oxigenación de los pacientes críticos con IRA (derivada de un EAP o reagudizaciones de EPOC) ventilados con VMNI en la Comunidad Autónoma de Madrid.
Además, puede expresar de manera indirecta cuánta importancia tiene para el personal sanitario unos valores de O2 elevados, por lo que puede suponer un pistoletazo de salida para la modificación o actualización de los protocolos implantados a nivel asistencial y de este modo cambiar el manejo de estas técnicas contribuyendo así a una mejora en la seguridad del paciente.
Podría abrir otras futuras líneas de investigación, tales como los niveles óptimos de oxemia (niveles de O2 en sangre) o los valores óptimos de SpO2 basados en las distintas patologías asociadas al paciente crítico.
También podría dar lugar a estudios más amplios que valorasen los niveles de O2 y de SpO2 en los pacientes críticos ingresados en las UCIs hospitalarias, así como abarcar más poblaciones de estudio (Pacientes con VMI, un rango de patologías más amplio, etc).
Por último, también podrían estudiarse los valores de distintos indicadores en relación con la hiperoxia, tales como los costes asociados, la mortalidad y la morbilidad, el tiempo medio de estancia en las UCIs, el tiempo medio necesario para el destete, etc.).
Por todo ello, este estudio puede ser de gran interés a nivel científico en el ámbito de la enfermería.

P. #632

ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Carmen Morales Ruiz, Marina López Ibernon, Silvia Gómez Pardo, José López Mellado, Cristina Giménez Velázquez, María Ángeles Arnaldos Gonzalvez

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Los términos Practica Clínica Basada en la Evidencia (PBE) y Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) hace referencia a la toma de decisiones para el cuidado de las personas basándose en la evidencia científica.
PBE y EBE tienen una evidente similitud pero ala vez algunas diferencias importantes.
PBE se aplica a todas las disciplinas que utilicen bases científicas para justificar sus practicas "hacer aquello que mediante ensayos en poblaciones objetivo han demostrado ser efectivo. Una de las piones de la PBE ha sido Florence Nightingale (1980-1910)
EBE es una evolución de la PBE especifica para la disciplina enfermera.
Hemos establecido 5 pasos para aplicar la EBE:
- Formulación de preguntas clínicas: la pregunta se estructura con ayuda del acrónimo PICO (P:paciente, I: Intervención, C:Comparacion, O: Outcome(resultado))
- Búsqueda bibliográfica. se realiza una búsqueda exhaustiva de la mejor evidencia posible.
- Lectura critica: debe servir para valorar si la información encontrada en nuestra búsqueda es de calidad y merece ser tenida en cuenta en la toma de decisiones.
- Implementación: tras analizar los hallazgos y considerarlos validos, el siguiente paso consistirá en planificar la implementación de los cambios.
- Evaluación

El uso EBE mejora la calidad de la asistencia y seguridad del paciente. En España se creo el Cuestionario de PBE (EBP_COQ_Prof) que evalúa la actitud, conocimiento, habilidades y utilización de la EBP por parte de enfermería.

OBJETIVO

Evaluar la actitud, formación y practica de la PBE de los profesionales de enfermería de los Servicio de urgencias.

MÉTODO

La población diana de este estudio trasversal serán los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias. Dentro de este grupo, la población accesible será los profesionales que se encuentran en activo y trabajando en el momento de la recogida de datos.
Este estudio se realizara respetando los principio éticos de la Declaración de Helsinki y de acuerdo con la ley orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y a la ley 14/2007, del 3 julio de Investigación Biomédica.
La medición de la PBE se realizo mediante 4 variables: actitud, formación, realización de cuidados basados en la evidencia y calidad de cuidados.
Para medir la actitud hacia la PBE se utilizo el cuestionario "Health Sciences-Evidence Based Practice questionnariere (HS-EBP)". Consta de 60 ítems, distribuidos en tres dimensiones:
1.- Creencias-actitudes.
2.- Resultados provenientes de la investigación científica:
3.- Barreras-facilitadores:

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el estudio participaron un total de 96 profesionales de enfermería del servicio de urgencias.
Un 78.10% fueron mujeres de las cuales 42.27% se encontraban en el rango de edad 30-49 años.
En cuanto al agotamiento emocional un 33.03% afirman sentir agotamiento pocas veces al año o menos y 20.21% mas pocas veces al mes.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se ha observado que aunque la actitud de los enfermeros hacia la PBE ha sido positiva, un 40% contaba con formación en este ámbito.
Son conscientes de los beneficios de la PBE, pero uno de los problemas que refieren es la falta de habilidades y conocimiento sobre el tema.
Involucrar a los profesiones en el desarrollo de protocolos junto con su experiencia clínica podría fomentar un mejor ambiente laboral y ayudar a ver la PBE como una herramienta útil.
Mejorar la formación en PBE aumentara que los profesionales trabajen con base en evidencia y realizaran una revisión critica de protocolos elevando la calidad de la atención sanitaria.
Por ultimo, crear un ambiente laboral que resalte las ventajas de involucrarse en la PBE y minimice sus desventajas como falta de tiempo.

P. #659

UNA NUEVA MIRADA: PRESENCIA DE FAMILIARES EN LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

Eva Roura Bonet, Mònica Planchart Madeo, Cristina Milla Guitart, Dolors Sabates Pujol, Laura Solano Lumbreras, Irene Corona Arias

IAS, Salt, Gerona, España

INTRODUCCIÓN

La presencia de familia en urgencias y especialmente en situación emergente ha generado un tema de debate en el ámbito sanitario.
El cuidado de enfermería en el manejo integral del individuo ha centrado gran parte de sus actividades en la incorporación, atención y satisfacción de las necesidades de la familia, de manera que estas intervenciones cobran una importancia significativa y se convierten en uno de los pilares fundamentales en el desempeño profesional.
La reanimación cardiopulmonar es considerada una situación estresante, en la cual se restringe la presencia del familiar, sin embargo en el trascurso del tiempo, las tendencias actuales del cuidado y teniendo en cuenta que una de las principales necesidades de la familia es el contacto con el ser querido y el conocimiento del estado de salud y tratamiento, la presencia del familiar durante la asistencia se convierte en una necesidad esencial.
Investigaciones recientes sugieren que la presencia de familiares podría tener efectos positivos con la experiencia del paciente sobre su bienestar emocional, pero se plantea si podría afectar en la calidad del tratamiento y las intervenciones del personal sanitario.
En nuestro centro, hasta ahora no se contemplaba el acompañamiento del usuario hasta su estabilización clínica, dado que no existe ninguna normativa clara en estas situaciones. Sin embargo, la tendencia es incorporar a los familiares en dichas situaciones

OBJETIVO

Explorar y conocer las percepciones y experiencias del personal sanitario ante la política de permitir o restringir la entrada de familiares en una situación emergente.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo mediante preguntas abiertas y anónimas dirigidas a todos los profesionales de nuestro servicio para poder identificar las preocupaciones, emociones y beneficios que se puedan generar delante esta situación.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 55% de los profesionales se sienten comodos trabajado delante de familiares, pero, de estos solo un 17% lo harían ante una situación de emergencia, coincidiendo con el personal con más años de experiencia en el servicio.
El 60% del personal lleva menos de 5 años de experiencia y el 33'3% no saben si se sentirían comodos en situaciones críticas.
Las percepciones negativas referidas en las encuestas muestran el temor que experimentan y el potencial efecto de ansiedad dentro del equipo, argumentando que se sienten observados por los familiares durante las maniobras de reanimación, también expresan las interrupciones durante la ejecución de los procedimientos.
Mientras que las percepciones positivas van desde la colaboración, tranquilidad, confort, disminución de la ansiedad por parte del usuario.

CONCLUSIONES

Los resultados de estas percepciones negativas están relacionadas con un equipo mayoritariamente joven, con pocos años de experiencia en el servicio de urgencias.
Falta de formación académica y consciencia sobre la importancia de dicha práctica.
Aunque la presencia del familiar durante la RCP ha sido evaluada, sigue siendo una práctica muy controvertida y restringida, dejando así de lado todos los beneficios que esta conlleva, por eso es necesario realizar protocolos que permitan validar esta práctica en nuestro centro y orienten al profesional ante estas situaciones
Es importante tener en cuenta las siguientes directrices que deben guiar al desarrollo del protocolo que sustente la presencia del familiar durante situaciones críticas:
. La situación crítica debe verse dirigida competentemente, bajo la guía del líder del equipo, con una actitud abierta y receptiva hacia los familiares.
. Favorecer la cohesión del equipo
. El profesional que acompaña al familiar debe, preparar a la familia, explicar las intervenciones realizadas con términos claros, responder las dudas. Debe enfatizar al familiar la importancia de no interferir con los procedimientos y explicar claramente los peligros de hacerlo.
. El equipo interdisciplinario debe estar preparado para las posibles reacciones emocionales de la familia.
. Evaluación continua de las políticas del centro.

P. #678

SÍNDROME DE BRUGADA DESENCADENADO POR FIEBRE EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA VIRAL POR GRIPE B. UN RETO DIAGNÓSTICO Y CLÍNICO

Marina Gil Mosquera, Pablo Matías Soler, Álvaro Barea Cabezas, Jonatan Estrada Carmona, Sergio Francisco Sampedro

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 38 años que acude al servicio de urgencias (SU) por disnea de cuatro días de evolución asociando fiebre de hasta 38,5°C y dolor torácico pleurítico. Refiere llevar dos semanas con un cuadro catarral por el que ha consultado en dos ocasiones en otros SU. En la primera consulta se diagnosticó de viriasis, debut DM y sospecha de Síndrome de Brugada tipo 1 no conocido. En la segunda ocasión el paciente consulta por persistencia de la disnea y la tos, en esta ocasión el patrón de Brugada típico no estaba presente en el EKG aunque persistía una elevación de V1 a V3 superior a 2mm.
Antecedentes personales (AP): NAMC, asma alérgica, no FRCV. No AP de interés en la familia.
Exploración física:
Regular estado general, alerta, consciente y orientado en las tres esferas. TA: 129/90mmHg, FC: 88lpm, SatO2 basal: 95%. Tórax estable con dolor a la palpación en hemitórax izquierdo.
AC: rítmico, no soplos.
AP: murmullo disminuido con sibilancias generalizadas.
Pruebas complementarias:
Virus respiratorios: positivo para Gripe B.
GV: pH 7,39, pCO2 37, pO2 54, HCO3 21.3, Lactato 0.9, glucosa 126, K+ 4.1, Na+ 140.
Analítica: leucocitos: 8.6, neutrófilos: 60.2%, linfocitos 1.30, glucosa 125, PCR: 6.6. Resto normal.
EKG: elevación < 1mm de V1 a V3 sin patrón típico de síndrome de Brugada tipo 1.
Diagnóstico: Neumonía viral por Gripe B. Asma agudizada.
Evolución:
Dada la sintomatología, las pruebas complementarias y la necesidad de aporte de oxígeno se decide ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) para control hemodinámico y tratamiento con antibioterapia, broncodilatadores y corticoides, mejorando progresivamente hasta mantener SatO2 basal 98%. No presenta alteraciones en el EKG y es dado de alta pendiente de estudio en Unidad de Arritmias.

CONCLUSIONES

El síndrome de Brugada es una enfermedad genética del corazón que, en general, se presenta con un patrón electrocardiográfico característico (desviación del segmento ST en las derivaciones V1 a V3) y puede manifestarse de forma episódica, especialmente en situaciones de estrés físico o febril. Si bien el síndrome es conocido principalmente por causar arritmias ventriculares y muerte súbita cardíaca, en algunos casos, se presenta como un primer episodio desencadenado por fiebre o infección.
La fiebre y el dolor torácico pueden desencadenar o modificar la expresión clínica de este síndrome, lo que puede justificar la falta de un patrón claro en el ECG en este momento. Es posible que la fiebre esté modificando temporalmente la conducción cardíaca, lo que hace que el patrón típico de Brugada no se evidencie claramente en el ECG durante el episodio, pero que aún persista un leve aumento en las derivaciones V1-V3.
Este caso subraya la importancia de considerar un diagnóstico diferencial de síndrome de Brugada en pacientes con dolor torácico, fiebre y otros factores desencadenantes como la infección viral, especialmente si existe una sospecha previa y un patrón electrocardiográfico sugestivo, aunque no típico.
En algunos estudios, alrededor de 10-15% de los casos de síndrome de Brugada descritos en adultos jóvenes han presentado episodios desencadenados por fiebre, en alguno de los casos con desaparición del patrón típico al remitir la fiebre.
La presentación del síndrome de Brugada inducida por fiebre o infecciones es raramente documentada, pero está descrita en la literatura médica. Los estudios han identificado la fiebre como un factor desencadenante común en aquellos pacientes genéticamente predispuestos, y esto resalta la importancia de monitorear a pacientes con antecedentes familiares o síntomas inexplicables de muerte súbita o arritmias ante episodios febril o infecciones.

P. #683

¿TIENEN IMPACTO LOS FÁRMACOS ANTIGRIPALES EN LA DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA Y CARDIOVASCULAR?. UN CASO DE DEBUT DIABÉTICO E INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Marina Gil Mosquera, María Concepción García Viana, Pablo Matías Soler, Raúl Perales Muñoz, María Reinares Sánchez

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 48 años que acude al servicio de urgencias (SU) por disnea. La paciente refiere cuadro catarral asociado a tos productiva de un mes de evolución siendo tratada por su MAP con acetilcisteína y tres frascos de jarabe antigripal (paracetamol, fenilefrina, maleato de clorfenamina y bromhidrato de dextrometorfano). Refiere reinicio de los Síntomas en la última semana asociado a disnea de esfuerzo, dolor costal punzante derecho, sin fiebre.
Antecedentes personales:
NAMC, asma alérgica en la infancia, sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV). No toma tratamiento habitual.
Exploración física:
HD estable, consciente, colaboradora y orientada en las 3 esferas. TA: 195/136mmHg, FC: 129lpm, SatO2 basal:92%, FR: 26rpm en reposo.
AC: taquicardia en reposo
AP: crepitantes secos en ambas bases.
Resto de la exploración normal.
Pruebas complementarias:
GV: pH 7.38, pCO2 31, pO2 60, HCO3 18.3, Na+ 131 K+ 4.4, glucosa 414, lactato 0.9.
Analítica: Leucocitos: 8.5, neutrófilos: 68.4%, PCR: 6.4, Dímero D: 5836ng/ml, troponina I: 26ng/L, creatinina 1.77, FG: 33, NT-ProBNP: 10312pg/ml
Virus respiratorios negativos. Sedimento de orina y antígenos de Legionella y Neumococo negativos.
EKG: ritmo sinusal a 130lpm. QRS estrecho, no alteraciones en la repolarización.
Ecocardioscopia: VI con función levemente deprimida (FEVI 40%), IM leve.
Diagnóstico diferencial:
- Tromboembolismo pulmonar (TEP)
- Insuficiencia cardiaca aguda (ICA)
- Neumonía
- Hipertensión maligna con insuficiencia renal aguda
- Acidosis metabólica compensada.
- Debut DM
Tras los resultados obtenidos se solicita TAC de tórax para completar estudio.
TAC: sin signos de TEP. Insuficiencia cardiaca con derrame pleural bilateral y crecimiento de cavidades izquierdas. Lesión de morfología nodular en LID.
Diagnóstico definitivo: primer episodio de Insuficiencia Cardiaca Aguda (ICA) con Debut de Diabetes Mellitus Tipo 2 y Acidosis Metabólica Compensada.
Evolución:
Durante su ingreso se mantiene con tratamiento deplectivo intravenoso con adecuada respuesta diurética, siendo posible desescalar a pautas orales quedando la paciente euvolemica al alta, se inicia tratamiento con insulina en pauta basal-bolo y antihipertensivos, siendo dada de alta a los 5 días tras buena evolución.

CONCLUSIONES

Aunque no existe una relación directa entre el jarabe antigripal y el debut de la diabetes, el consumo de ciertos componentes de medicamentos (como el paracetamol, fenilefrina, maleato de clorfenamina, y bromhidrato de dextrometorfano) puede afectar indirectamente la regulación metabólica en pacientes predispuestos a desarrollar diabetes. En este caso la Fenilefrina que es un descongestionante que puede causar aumento de la presión arterial, lo que puede contribuir a la hipertensión en pacientes susceptibles. El Maleato de clorfenamina, antihistamínico que puede causar retención de líquidos y somnolencia, lo que también puede afectar la función cardiovascular, particularmente en personas con riesgo de insuficiencia cardíaca y el Bromhidrato de dextrometorfano, un antitusígeno que generalmente no se asocia con cambios significativos en el metabolismo de la glucosa, pero el uso crónico o excesivo podría afectar el sistema nervioso central y la regulación metabólica.
Aunque no se puede afirmar que el jarabe antigripal haya sido la causa directa del debut diabético en nuestra paciente, sí puede haber contribuido a empeorar el control metabólico y cardiovascular, especialmente en un contexto de insuficiencia cardíaca e hipertensión grave. Los efectos vasoconstrictores de la fenilefrina y la retención de líquidos por la clorfenamina podrían haber desencadenado o agravado los síntomas, contribuyendo a un cuadro de hiperglucemia y acidosis metabólica compensada en una persona predispuesta.

P. #692

DESAFÍO DIAGNÓSTICO: SHOCK HIPOVOLÉMICO Y DOLOR TORÁCICO EN MIOCARDIOPATÍA DILATADA. DIFERENCIANDO ENTRE SÍNDROME AÓRTICO, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Marina Gil Mosquera, Álvaro Barea Cabezas, Pablo Matías Soler, Irene García España, Agustín Bardají Paredes

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 63 años, portador de DAI en prevención primaria por miocardiopatía dilatada (MCD), que es traído al servicio de urgencias (SU) por presentar dolor torácico punzante con inestabilidad hemodinámica. Refiere que hace 4 días presentó una descarga del DAI, por la que no consultó, y desde entonces ha presentado dolor torácico punzante en hemitórax izquierdo.
Antecedentes personales:
RAM: mórficos.
FRCV: HTA, DL y obesidad. MCD, FEVI: 25%. Portador de DAI, implantado en EEUU en prevención primaria. Fibrilación auricular (FA) paroxística. Banda gástrica. ERC.
Tratamiento habitual: Rivaroxaban, sacubitril/valsartan, espironolactona, metoprolol, sertralina y atorvastatina.
Exploración física: TA 60/40 mmHg, FC 130-140 lpm, SatO2 96% basal. Mal estado general. Taquipneico en reposo. Debilidad de pulsos en ambos miembros superiores. Palidez en mucosas, normohidratado, hipoperfundido. Somnoliento, responde a la llamada.
AC: Taquicárdia, ruidos disminuidos, sin soplos.
AP: MVC.
EE: frialdad distal en MMSS y MMII.
Pruebas complementarias:
GV: pH 7.35, pCO2 41, pO2 26, Na+ 132, K+ 3.7, Glu 63, Lac 2.0, HCO3-(c) 22.6
Analítica: Hb 15.6, leucocitos 17500 (neutrófilos 82%); INR 1.03; glucosa 55, creatinina 1.86 (TFGe 38); bilirrubina total 1.2; Na 136, K 4.2, Cl 102; NTproBNP 558, PCR 5.1, Troponina 316.
ECG: FA a 120 lpm. QRS estrecho con eje normal. Sin alteraciones de la repolarización.
Diagnóstico diferencial:
- Síndrome aórtico
- TEP
AngioTC: Sin signos de disección ni hematomas murales. Leve dilatacion aneurismatica de la aorta ascendente que mide 4,5 cm. No hay claros defectos de repleción en árbol arterial pulmonar.
Ecocardiograma transtorácico (ETT): Insuficiencia tricúspide leve-moderada. Vena cava inferior dilatada con colapso inspiratorio <50%. Resto normal.
Diagnóstico definitivo:
- Hipotensión arterial farmacológica
- Shock hipovolémico.
- Descargas inapropiadas de DAI.
- Infarto agudo de miocardio tipo 2.
Evolución:

Varón de 63 años que ingresa en Unidad Coronaria (UCOR) por hipotensión arterial severa sintomática y dolor torácico. A su llegada a la unidad presenta obnubilación, fracaso renal agudo, elevación de marcadores de daño miocárdico y datos de hipoperfusión tisular. Por ello, se inicia fluidoterapia intensiva y soporte vasoactivo. Se amplía estudio etiológico interrogando el DAI, objetivando varios episodios de taquicardia supraventricular que, por persistir con taquicardia, se interpretan como FV, recibiendo hasta tres descargas inapropiadas.
Tras el manejo inicial y reposición de volemia, presenta buena evolución, con mejoría del fracaso renal agudo, cardioversión espontánea a ritmo sinusal y remisión del dolor torácico. Una vez recuperado el nivel de consciencia, el paciente refiere haber tomado por equivocación 3 comprimidos de sacubitril/valsartán previo al inicio de la clínica.
Pese a recomendaciones de prolongar ingreso hasta recuperación de cifras de función renal, el paciente solicita alta voluntaria por motivos personales.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra un cuadro clínico complejo, en el que la presentación inicial de dolor torácico, hipotensión severa y taquicardia llevó a considerar varios diagnósticos graves, como disección aórtica, tromboembolismo pulmonar y rotura aórtica, pero estos fueron descartados mediante pruebas complementarias. El diagnóstico definitivo fue un shock hipovolémico secundario a varios factores, incluidos los efectos de descargas inapropiadas del DAI, un infarto agudo de miocardio tipo 2 y una sobredosis accidental de sacubitril/valsartán.
La intervención rápida con fluidoterapia y soporte vasopresor fue eficaz, aunque el paciente eligió alta voluntaria, que en casos de pacientes con un cuadro tan grave y multifactorial implica riesgos significativos. Aunque el paciente muestra una mejora clínica inicial, su situación subyacente es compleja y necesita seguimiento estrecho, especialmente en cuanto a la función renal, cardiovascular, y el ajuste de su tratamiento. La supervisión médica adecuada y la educación al paciente son esenciales para prevenir complicaciones graves, como recaídas hemodinámicas, descompensaciones cardíacas o renales, y eventos adversos derivados de la medicación.

P. #721

DOLOR TORÁCICO TRANSITORIO INDUCIDO POR VASOESPASMO CORONARIO EN PACIENTE CON CONSUMO DE COCAÍNA: UN CASO DIAGNÓSTICO ERRÓNEO INICIAL POR COLOCACIÓN INCORRECTA DE ELECTRODOS

Antonio Palomares González, Marina Gil Mosquera, María González Criado, Patricia Bernaldo De Quirós Plaza, Irene García España, Sergio Francisco Sampedro

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años que acude al servicio de urgencias (SU) por presentar dolor torácico opresivo continuo de dos horas de evolución, tras consumo de medio gramo aproximadamente de cocaína inhalada acompañado de alcohol. Paciente hemodinámicamente estable (HD).
Antecedentes personales:
-NAMC.
-Hábitos tóxicos: Ex consumidor de cocaína de manera ocasional durante 10 años. Último consumo antes del episodio actual hace 2 años. Consumo de alcohol ocasional. Fumador de 15 cigarros al día.
-FRCV: HTA en tratamiento.
Exploración física:
TA: 138/89mmHg; Tª: 36,9°C; FC: 95 lpm; saturación 97% basal; escala visual analógica (EVA): 4/10.
AC: Rítmico, no se auscultan soplos ni extratonos.
ABD: Blando y depresible no doloroso a la palpación.
NRL: Alerta, orientado en las 3 esferas y colaborador. Pupilas midriáticas, normorreactivas. Marcado nerviosismo.
Pruebas complementarias:
-Gasometría: ph: 7,37; Na+ 138 mEq/L, K+ 4 mEq/l, lactacto: 2,2mmol/L.
-Analítica sanguínea: normal, troponinas negativas.
-Electrocardiograma (ECG): vibrado, rítmico a 95 latidos por minuto, con una ligera elevación del segmento ST en cara anterior.
-Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos.
Dada la persistencia del dolor torácico opresivo sumado al resultado anómalo del ECG, se decide monitorización continua y avisar a Cardiología por sospecha de Síndrome Coronario Agudo (SCA).
Durante la valoración por cardiología, se percibe una mala colocación de los electrodos, por lo que se repite ECG en el que se observa ritmo sinusal a 90 latidos por minutos sin ninguna alteración en segmento ST y se repite la determinación de troponinas para seriación, siendo negativas. Realizan a pie de cama un ecocardiograma transtorácico (ETT), resultando normal.
Dado que los resultados de las pruebas complementarias son todos negativos se administra Dexketoprofeno 50mg vía intravenosa, cediendo el dolor por completo (EVA 0/10) a los pocos minutos.
Por precaución se decide mantener al paciente en observación durante 12 horas con monitorización de ECG sin presentar ningún episodio de dolor torácico, con ECG al alta sin alteraciones.

CONCLUSIONES

En este caso específico, el paciente, un hombre de 42 años con antecedentes de consumo ocasional de cocaína, presentó dolor torácico tras la inhalación de medio gramo de cocaína y consumo de alcohol. Los primeros resultados del electrocardiograma mostraron una ligera elevación del segmento ST en la cara anterior, lo que inicialmente levantó sospechas de un síndrome coronario agudo o de un posible vasoespasmo coronario, sin embargo, tras resultados analíticos, hacer un nuevo electrocardiograma de manera correcta y realización de un ecocardiograma se descarta patología cardiovascular.
El consumo de cocaína puede inducir un vasoespasmo coronario transitorio, en el cual las arterias coronarias se contraen, limitando el flujo sanguíneo hacia el corazón. Este fenómeno puede llevar a una isquemia temporal, que puede reflejarse en el ECG como elevación del segmento ST, algo que es característico en los casos de síndrome de vasoespasmo coronario.
En este caso, aunque el paciente no presentó un infarto, los cambios observados en el primer ECG podrían haber sido indicativos de un vasoespasmo coronario, que se habría resuelto una vez cesó el consumo de cocaína. Sin embargo, se determinó que los electrodos en el primer electrocardiograma no fueron colocados adecuadamente. Además, el paciente estaba sentado en un sillón, con su ropa puesta y rodeado de aparatos electrónicos, lo que pudo haber interferido con la calidad de la señal. En los electrocardiogramas posteriores, el paciente se encontraba acostado, con el pijama hospitalario puesto y sin dispositivos electrónicos cercanos.
Este caso resalta la relevancia de realizar correctamente esta técnica, especialmente en un entorno de urgencias, ya que una mala ejecución puede dar lugar a diagnósticos erróneos, lo que puede resultar perjudicial para el paciente, activar recursos innecesarios y generar costos adicionales para el hospital.

P. #743

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: USO DE MASCARILLAS DE OXÍGENO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Beatriz Nieto Miguel[1], Rebeca Santos Nieto[2], María Asunción Jorge Martín[2], Joana Alexandra Rodrígues Simao[1], Ángel Carlos Herrero Lastra[3], Alicia Pacho Gimaré[2]

1. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
2. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España
3. Universidad de Nebrija, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El manejo adecuado de la terapia de oxígeno es crucial en servicios de urgencias, donde los pacientes pueden presentar hipoxemia aguda. Las mascarillas de oxígeno, incluidas la de reservorio, las gafas nasales y la mascarilla Venturi, ofrecen diferentes niveles de soporte respiratorio.
La correcta selección y uso de estas herramientas es esencial para optimizar la oxigenación del paciente y minimizar complicaciones.
Este estudio revisa la literatura existente sobre el uso de estas mascarillas y evalúa la competencia de las enfermeras de urgencias en comparación con enfermeras de otros servicios.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y el uso de diferentes dispositivos de administración de oxígeno (mascarilla de reservorio, gafas nasales y mascarilla Venturi) en servicios de urgencias, analizando la competencia y el conocimiento del personal de enfermería en comparación con otros servicios.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos PubMed, Scielo, y Cochrane. Se obtuvieron 15 artículos publicados en los últimos 10 años que abordaban el uso de mascarillas de oxígeno en servicios de Urgencias. Se seleccionaron 3 artículos que evaluaban la efectividad de las distintas modalidades de mascarillas y la capacitación del personal de enfermería en su uso.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Mascarillas de Reservorio: Son efectivas para pacientes que requieren altas concentraciones de oxígeno (hasta un 90-100% de FIO2) y son preferidas en situaciones de emergencia como el shock y la insuficiencia respiratoria aguda.
Gafas Nasales: Son útiles para pacientes con necesidades de oxígeno más bajas (24-44% de FIO2). Son bien toleradas y permiten la comunicación y la alimentación, pero su eficacia puede ser limitada en situaciones de alta demanda de oxígeno.
Mascarilla Venturi: Permite la entrega precisa de oxígeno con un rango de FIO2 de 24-50%. Su uso requiere un conocimiento adecuado de las configuraciones para alcanzar las concentraciones deseadas.
En cuanto a la comparación de la atención de enfermería, se encontró que la enfermera de urgencias tiene un conocimiento más profundo sobre el uso de estas mascarillas en comparación con enfermeras de otras áreas, como atención primaria o geriatría. La formación y la experiencia en situaciones de emergencia parecen ser factores determinantes en el manejo adecuado de la oxigenoterapia.
Sin embargo, algunos estudios sugieren que la falta de protocolos claros y la variabilidad en la capacitación pueden llevar a un uso inadecuado de estas herramientas, especialmente en situaciones críticas. Un estudio longitudinal reveló que la adherencia a las directrices de oxigenoterapia en urgencias era del 75%, en comparación con solo el 50% en otros servicios.

CONCLUSIONES

El uso adecuado de mascarillas de oxígeno es crucial en el manejo de pacientes en servicios de urgencias.
Las mascarillas de reservorio, gafas nasales y Venturi tienen roles específicos y deben ser seleccionadas según la necesidad clínica del paciente.
La formación continua y la implementación de protocolos estandarizados pueden mejorar la competencia de la enfermera, asegurando un manejo efectivo de la oxigenoterapia.
Se recomienda realizar más estudios que evalúen la práctica clínica y la efectividad de la capacitación del personal en el uso de dispositivos de oxigenoterapia en diferentes entornos hospitalarios.

P. #769

ICTUS ISQUÉMICO Y DROGAS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Rebeca Santos Nieto[1], Mª Asunción Jorge Martín[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Alicia Pacho Gimaré[1], Mª Cristina García Sánchez[3], Laura Mª Jorge Martín[1]

1. Hospital Virgen de la Concha. GASZA, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
3. Hospital de Benavente. GASZA, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 41 años que acude al Servicio de Urgencias por episodio de parestesias en hemicuerpo derecho desde hace 6 horas y dificultad para articular palabras. Como antecedentes destaca el consumo de speed hace 24 horas y hachís hace 8 horas. Constantes a la llegada: 122/81, 82 latidos por minuto, Saturación de oxígeno (SatO2):98%.
Cuidados de enfermería:
- Posición en decúbito supino con cabecero a 30°.
- Monitorización y control de constantes vitales: tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), SatO2, temperatura (Tª) y glucemia capilar.
- Canalización de 2 vías periféricas (una calibre 18G) y realización de pruebas complementarias: analítica de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación) y electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones.

Tras la realización de tomografía axial computarizada (TAC) urgente, se objetiva ictus isquémico. Se decide fibrinólisis con Alteplasa, según peso de la paciente.
Actuación de enfermería durante la fibrinolisis
- Toma de constantes cada 15 minutos (TA, FC, SatO2) y glucemia capilar.
- Administrar el 10% de la dosis total prescrita en bolo IV durante mínimo 2 minutos.
- Nueva toma de constantes y glucemia capilar.
- Resto de la dosis en perfusión continua durante 1 hora (en bomba de infusión)
- Control intensivo del paciente:
  - Toma de constantes cada 15 minutos
  - Evitar procedimiento invasivos por riesgo de hemorragia (punciones, sondajes…)
  - Vigilar y proteger aparición de lesiones por presión, hematomas,…
- Hoja de registro Código Ictus:
  - Dosis total de Alteplasa (dosis de bolo y dosis de perfusión)
  - Hora de bolo de Alteplasa
  - Constantes pre-bolo
  - Constantes durante la fibrinolisis

CONCLUSIONES

El consumo de drogas es una causa cada vez más frecuente de ictus en adultos jóvenes.
El cannabis y sus análogos sintéticos corresponden actualmente a las sustancias ilícitas de mayor consumo a nivel mundial. Una de las múltiples alteraciones relacionada con su consumo es el ictus isquémico.
El consumo de anfetaminas induce un mayor riesgo de ictus.
La atención de enfermería en el Servicio de Urgencias constituye un pilar fundamental en la asistencia al paciente con ictus, incluyendo desde la identificación temprana de los síntomas en el triaje hasta la aplicación de medidas oportunas para aumentar la calidad de la atención a estos pacientes, disminuyendo significativamente los tiempos de espera y las posibles secuelas.

P. #787

ESTUDIO COMPARATIVO DE ACTIVIDAD ENTRE DOS UNIDADES MÓVILES DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA ESPAÑOLA

Jesús Cano López[1], Rogelio Guillamón Candel[1], Marco A. Andía Chong[2], Juan José Rodríguez Mondéjar[3][4]

1. UME Cieza. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
2. UME 2-Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
3. UME 2-Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
4. Facultad y Departamento de Enfermería UMU. IMIB Pascual Parrilla, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Las Unidades Móviles de Emergencias tienen distinta gama de actuaciones dentro de su cartera de servicios y dependiendo de su localización, dispersión y tipo de población a atender pueden presentar distinta casuística en su asistencia a la población. Todo ello hace que nos surja interés por conocer mejor qué y como lo hacemos, y por ello donde tener espacios de mejora. En general cada profesional puede pensar que es el que más trabaja o el que mejor lo hace, y quizá recogiendo y analizando datos lo más reales posible nos aporten un poco de humildad.

OBJETIVO

Objetivo principal: Analizar y comparar una muestra de la actividad asistencial desarrollada en dos UME de emergencias prehospitalarias a nivel regional
Objetivos específicos:
Detectar aspectos diferentes entre ambas unidades
Encontrar puntos de mejora si los hubiera
Aportar información de interés para conocer qué y cómo lo hacemos

MÉTODO

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y longitudinal
Muestra: pacientes atendidos en los días de guardia de los participantes en el estudio, lo que supone entre un 20 y 30% de la actividad total.
Lugar: Unidades Móviles de Emergencia (UME) de una región española en dos localidades distintas.
Fuentes de datos: base de datos realizada de lo recogido de la hoja de asistencia, que es manual al carecer de tecnología digital para los registros
Desarrollo: Se eligieron 84 variables y se realizó una hoja Excel con los datos extraídos de forma diaria en la casuística que se presentó ese día. Se codificó, homogeneizó y se procesó estadísticamente.
Estadística: PC IBM SPSS Statistic v23. Se calculó estadística descriptiva con media, DE, máximo y mínimo para variables cuantitativas, y frecuencia y porcentajes para las cualitativas. Se compararon medias con pruebas de Chi2, con nivel de confianza del 95%.
Estimaciones éticas: se obtuvo permiso de la Gerencia para la toma de datos dentro de una investigación que lleva tiempo en marcha. Así mismo se respetó la normativa de protección de datos personales según legislación vigente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N° de casos obtenidos: UME-A: 129 casos. Edad media 57,7 DE 24,8 (0-94), sexo varón 55,3%, los dos meses más activos: octubre 25 (19%), julio 26 (20%). Motivo de aviso: Inconsciencia 23 (18,7%), TIH no angioplastia 18 (14,6%). Tiempo medio en llegar al lugar del aviso 9,25 min DE8.9 (1-66). Tiempo ocupado 60,8min DE47,8(0-280). Glucemia media 146,9 mg/dl DE56 (26-307). Monitorización capnográfica en 2 pacientes media de 65 DE35,3(40-90). Hace la llamada un acompañante o el propio paciente 66 (51,2%), 34 (26,4%)
UME-B: 192 pacientes. Edad media 58,11 DE 24,5 (2-98), sexo 106 (55,8%). Los dos meses más activos: agosto 48 (25%), diciembre 33 (17%). Motivo de aviso: Inconsciencia 34 (17,7%), TIH angioplastia 32 (16,7%). Tiempo medio en llegar al lugar del aviso 14,4 min DE7,6 (0-55). T° ocupado 69,7min DE24,9(10-137). Glucemia media 136 DE57,7(20-426). Hace la llamada un acompañante o el propio paciente 106 (55,2%), hospital 43 (23,4%).
No se han encontrado diferencias estadísticas significativas a destacar.

CONCLUSIONES

Estos estudios pueden servir para conocer con datos reales los puntos fuertes y los mejorables de cada unidad, ya que se pueden establecer comparaciones.
En las dos UME se observan tiempos medios de ocupación altos lo que limita su disponibilidad en caso de emergencias "in situ" que surjan durante los traslados interhospitalarios.
Los tiempos de llegada están en isocrona, pero en la UME-B son mejorables, se aconseja profundizar en este sencillo analizando las causas intervinientes.
Las glucemias medias son altas en los pacientes atendidos en ambas unidades.
Aun siendo unidades con distinta actividad anual en la muestra obtenida se observan pocas diferencias de interés.

P. #806

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR CONSUMO DE COCAÍNA

Rebeca Santos Nieto[1], Beatriz Nieto Miguel[2], Mª Asunción Jorge Martín[1], Alicia Pacho Gimaré[1], Mª Cristina García Sánchez[3], Sonia Pinto Bartolomé[1]

1. Hospital Virgen de la Concha. GASZA, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
3. Hospital de Benavente. GASZA, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por presentar episodio de dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula de 30 minutos de evolución, tras consumo de alcohol y cocaína durante la noche, acompañado de sudoración profusa. Refiere consumo esporádico de cocaína los fines de semana. Constantes a la llegada: 150/96, 103 lpm, 21 respiraciones/minuto, saturación de oxígeno (SatO2): 97%, 36.6°C.

Se realiza electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, objetivándose una elevación del segmento ST de 3 mm en II, III y aVF, compatible con un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

Actuación de enfermería:

- Control de constantes vitales: presión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y SatO2
- Monitorización electrocardiográfica
- Canalización de vía venosa periférica.
- Extracción de analítica de sangre (bioquímica con enzimas cardiacas, hemograma y coagulación)
- Administración de medicación prescrita (tratamiento antiagregante, anticoagulante y/o antitrombótico).
- Alivio del dolor y la ansiedad.

Siguiendo las recomendaciones del protocolo Código Infarto de nuestro hospital, debido a la presentación temprana del SCACEST y a la demora en la derivación del paciente a un centro con unidad de hemodinámica, se decide iniciar tratamiento fibrinolítico con Tenecteplasa, según peso del paciente (68 kg).

Actuación de enfermería durante la fibrinolisis.

- Administración de anticoagulación intravenosa (IV) previa al tratamiento antitrombótico.
- Administración de la dosis prescrita de Tenecteplasa (35 mg = 7000 UI = 7 ml) en bolo IV único durante 10 segundos, lavando la vía venosa periférica con suero fisiológico antes y después de la administración, para evitar el contacto con otros medicamentos.
- Durante la administración del fibrinolítico, vigilar: FC, TA, FR, SatO2, arritmias, sangrado por los lugares de punción, aparición de hemorragias, estado neurológico y dolor.
- Tras la administración del fibrinolítico se observarán signos de reperfusión como desaparición del dolor, aparición de arritmias o normalización del ST (ECG a los 30, 60, 90 y 120 minutos postfibrinolisis).

Después de la administración del fibrinolítico, el paciente presenta mejoría del dolor y una leve disminución del segmento ST. El paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos hasta traslado a hospital de referencia para la realización de intervención coronaria percutánea (ICP).

CONCLUSIONES

El consumo de cocaína constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de SCACEST en jóvenes.

La administración de fibrinolíticos, junto con las intervenciones de enfermería, son esenciales para identificar el SCACEST por consumo de cocaína, reducir las complicaciones y mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

P. #843

A PROPÓSITO DE UN CASO: ABORDAJE DEL SANGRADO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN URGENCIAS

Mercedes María Moreno Salinas, Silvia Gómez Pardo, Desiré Martínez Ruiz, María Quiteria Alcazar Bechi, Carmen Morales Ruiz, José López Mellado

Hospital, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

La fístula arterial venosa es una unión de una arteria y una vena a través de una cirugía menor, con el fin de que la vena se desarrolle y sea posible el flujo de sangre a la máquina de hemodiálisis.
El sangrado del punto de punción es una de las complicaciones más frecuentes, alarmantes y difíciles de manejar para la persona en diálisis y para el personal no instruido.

OBJETIVO

Describir la hemostasia del sangrado de una fístula arteriovenosa postdiálisis de difícil manejo.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo individual de un varón de 75 años de edad con enfermedad renal crónica avanzada en programa de hemodiálisis 3 años portador de Fístula Arteriovenosa (FAV).
Al llegar a su domicilio, tras la sesión de hemodiálisis, el señor presenta sangrado de los puntos de punción de la FAV no siendo posible su control con presión directa, por lo que es remitido a urgencias en ambulancia de traslado no asistencial.
A su llegada al servicio de Urgencias es recibido y valorado por la enfermera de Triaje y posteriormente trasladado a la Sala de Curas. La enfermera responsable de la zona de Traumatología lleva a cabo las siguientes intervenciones
Se retira el vendaje hecho en el domicilio y se coloca una torunda con apósito hemostático ejerciendo la presión el propio paciente.
Tras 30 minutos de compresión se verifica la hemostasia realizada, no siendo ésta efectiva, por lo que se coloca una nueva torunda con un apósito hemostático sujetado por una pinza hemostática.
A los 45 minutos se comprueba si ha cesado el sangrado, pero continúa activo. Se informa a médico responsable y se realiza interconsulta a Nefrología que indica que se repita procedimiento, por lo que se realiza misma cura.
De nuevo, se verifica sangrado de los puntos de punción a los 60 minutos, siendo aún activo, por lo que sobre estos puntos se aplica frío local, ácido tranexámico en una torunda, un apósito hemostático y se sujeta con un brazalete hemostático ejerciendo presión durante 60 minutos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Tras 60 minutos de compresión con brazalete, la aplicación de ácido tranexámico en la torunda con un apósito hemostático, se consigue controlar el sangrado activo de difícil manejo de la Fístula radiocefálica izquierda.
Se realiza control analítico con perfil de anemia, por desconocer el volumen de pérdidas hemáticas en domicilio. Los niveles de hemoglobina resultan estables.

CONCLUSIONES

El sangrado de los puntos de punción tras la sesión de hemodiálisis es una de las complicaciones más frecuentes del acceso vascular. En la mayoría de las ocasiones, ejercer presión directa y constante sobre el punto sangrante suele ser una maniobra efectiva. No obstante, si esto es insuficiente se puede aplicar otros métodos hemostáticos con el fin de controlar el sangrado de forma efectiva.
Cabe destacar, que es de gran ayuda la labor de enfermería para su prevención rotando los puntos de punción, adaptando la dosis de heparina intradiálisis, evaluando el acceso vascular de forma periódica y llevando a cabo una educación tanto al propio paciente como a su familia instruyéndolos de la manera de actuar ante estas complicaciones.

P. #918

PREDICTORES DE NECESIDAD DE SOPORTE VASOACTIVO EN LA RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Adrián González Ruiz, María Isabel Vázquez García, Beatriz Rodríguez Esplandiú, José Luis Pérez Sánchez, Ana Pérez Benito, Ana De Santiago Alguacil

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Las guías internacionales del manejo de la parada cardiorrespiratoria (PCR) señalan la necesidad de utilizar la reposición de volumen y el soporte vasoactivo para alcanzar los objetivos de perfusión tisular dentro de las medidas de control hemodinámico en los cuidados tras la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

OBJETIVO

- Presentar el perfil epidemiológico y clínico del paciente con RCE atendido por un servicio de emergencias (SEM) de una gran ciudad.
- Analizar si existen factores predictores de la necesidad de soporte vasoactivo en la RCE.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo con base de datos prospectiva empleando los informes asistenciales y seguimientos hospitalarios de los pacientes con RCE tras PCR atendidos por un SEM de una gran ciudad en 2024.
Análisis descriptivo: Medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial para variables cuantitativas y cualitativas con T de student y chi cuadrado. Análisis curvas ROC, índice de youden y valor predictivo negativo (VPN). Intervalos de confianza 95%; p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

RCE en 214 pacientes. Varones 78%. Edad media 62,01 años (DE:16,77). PCR traumática (PCR-t): 8,9%. PCR presenciada: 37,2%. Ritmo desfibrilable en algún momento de la asistencia: 40%. Retorno a PCR tras primer RCE: 18,1%. Supervivencia a las 6 horas: 76,7%. Supervivencia a las 24 horas: 64,4%. Supervivencia a los 7 días: 39,4%.
Tensión arterial sistólica (TAS) tras RCE: 122,8 (DE:35,95). Frecuencia cardiaca (FC) tras RCE: 105,91 (DE:80,79). Medias de parámetros analíticos en primera gasometría intraparada: pH: 7,10 (DE:0,18); pCO2: 69,70 (DE:23,83); bicarbonato: 20,95 (DE:5,01); exceso de base (EB): -8,7 (DE:7,14); lactato: 8,54 (DE:4,63); potasio: 4,4 (DE:1,14); sodio: 141,03 (DE:5,57); cloro: 106,72 (DE:6,92); glucemia: 202,75 (DE:116,55); hemoglobina: 15,76 (DE: 2,77). Adrenalinas utilizadas hasta RCE: 1,86 (DE:2,15).
La administración de soporte vasoactivo se llevó a cabo en el 37,9% de los pacientes tras la RCE. En todos los casos la elección fue la noradrenalina, salvo en dos que se empleo dopamina.
Intubación orotraqueal (IOT): 92,8%. Colocación de tubo de tórax: 2,7%.
Existe significación estadística de necesidad de vasoactivos cuando se alcanza RCE en las PCR con origen traumático (p<0,001), permanencia de ritmo no desfibrilable continuamente (p=0,01), IOT (p=0,003); colocación de tubo de tórax (p=0,004); retorno a PCR tras primer RCE (p<0,001). Ocurre también con la dosis de adrenalina administrada (p=0,01; AUC>0,8) pudiendo establecer un punto de corte en 1,5 mg (VPN=0,925).
Igualmente, encontramos parámetros hemodinámicos y gasométricos con significación estadística a la hora de predecir la necesidad de vasopresores: TAS tras RCE (p<0,001), pH (p<0,001), pCO2 (p=0,031), EB (p=0,002), potasio (p=0,033); hemoglobina (p=0,021).
Grupo noradrenalina sí: TAS: 107,59 (DE:36,47); pH: 7,04 (DE:0,17); pCO2: 73,21 (DE:22,15); EB: -10,67 (DE:7,46); potasio: 4,70 (DE:1,36); hemoglobina: 15,11 (DE:3,22); adrenalinas administradas: 2,47 (DE:2,15).
Grupo noradrenalina no: TAS: 132,40 (DE:33,16); pH: 7,14 (DE:0,17); pCO2: 65,22 (DE:23,41); EB: -7,15 (DE:6,55); potasio: 4,30 (DE:0,99); hemoglobina: 16,17 (DE:2,48); adrenalinas administradas: 0,93 (DE:1,17).

CONCLUSIONES

- El paciente tipo en PCR en una gran ciudad es un varón de unos 60 años, que de inicio ya muestra profundas alteraciones metabólicas y precisa de gran soporte hemodinámico y respiratorio tras la RCE.
- Nuestro estudio muestra que podemos anticipar la necesidad de soporte vasoactivo en el paciente que sale de una PCR gracias a los datos: lesionales (origen traumático), analíticos iniciales (pH, pCO2, EB, potasio y hemoglobina) y fisiológicos tras la RCE (TAS).
- Ciertas intervenciones terapéuticas (IOT, administración de más de 1,5 mg de adrenalina, colocación de tubo de tórax), la presencia constante de ritmos no desfibrilables y la reentrada en PCR tras una primera recuperación de pulso permiten predecir la necesidad de soporte vasoactivo tras la RCE.

P. #954

UTILIDAD DEL MÉTODO FAST EN EN EL TRIAGE PARA LA DETECCIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Cinthia Castellano Díaz[1], Tanausu Ramos González[2], María Acosta Barreto[3], Claudia Sánchez González[2], Luz Marina Gutiérrez Tadeo[2], Nayra Del Pino Cabrera González[2]

1. Hospital Nuestra Señora de los Reyes, Villa Valverde, España
2. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Las Palmas De Gran Canaria, España
3. Mutua Universal, Santa Cruz De La Palma, España

HISTORIA CLÍNICA

El papel de cribado de la enfermería en el triaje hospitalario y prehospitalario hoy en dia es indiscutible. La utilización de escalas rápidas de clasificación y priorización de los pacientes fundamentalmente en aquellas patologías tiempo dependientes es indispensable.
En nuestro hospital se utiliza la escala FAST (Face/ Arm/ Speech/ Time) y FAST-ED (Eye/ Desorientación) en la valoración de los pacientes que se presentan con focalidad neurológica.
Mujer de 67 años, con hipertensión arterial bien controlada. Acude por cefalea brusca, precedida de pérdida del habla de 20 minutos de duración que recupera sólo parcialmente.
A su llegada, en la exploración Glasgow Coma Score (GCS) 15, sin otra focalidad neurológica, salvo afasia parcial o parafasias. El resto del examen médico es normal.
Se realizan pruebas complementarias, analíticas y electrocardiograma en ritmo sinusal. Dado que la paciente a su llegada presenta alteración en 2 ítem (afasia y tiempo) de la escala FAST-ED es llevada a TAC Craneal a su llegada al servicio de urgencia de forma emergente.
TAC Craneal: Abundante cuantía de HSA de distribución aneurismática con ocupación de cisterna de la base, ambos Silvios con predominio del lado derecho, vertiente anterior de la hoz interhemisférica, surcos de la convexidad frontal bilateral y temporal derecha con extensión caudal a la cisterna prepontina y espacio subaracnoideo premedular. Poligono Willis: Dos aneurismas; de la comunicante anterior y de la comunicante posterior.
Evolución: En la siguientes horas la paciente ingresa en la unidad de críticos del servicio de urgencias con deterioro neurológico progresivo (GCS 9) que requiere de intubacion orotraqueal, previo a realización de angiografía diagnóstica-terapeútica. Se procede a embolización de Arteria Cerebral Posterior derecha y queda para segundo tiempo Arteria Cerebral Anterior derecha. En su estancia hospitalaria, se objetiva hidrocefalia que precisó de drenaje ventricular externo (DVE), sangrado interventricular, así como una lesión sugestiva de lesión isquemia aguda en territorio de Arteria Cerebral Media derecha.
A día de hoy la paciente ha recibido el alta, sin focalidad neurológica y sin secuelas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico preciso del Accidente Cerebro Vascular (ACV) es prioritario dado que, en cuanto más tiempo transcurre desde el inicio del episodio a la intervención adecuada, mayor daño cerebral se genera.
Su diagnóstico radica en identificar de manera rápida y eficaz los signos y síntomas de un evento cerebrovascular para evitar y/o reducir las secuelas generadas por un evento isquémico/ hemorrágico, de lo que nace el concepto "tiempo es cerebro", el cual refleja la necesidad de identificar lo más rápido posible los signos y síntomas secundarios a un evento cerebro vascular para favorecer una actuación inmediata.
Entre las estrategias que existen para mejorar la identificación y el diagnóstico oportuno de los pacientes con ACV, numerosos estudios han resaltado la importancia del uso de escalas.
En base a la escala de Cincinnati, se desarrolla la escala FAST que enumera 5 signos y síntomas de un ACV agudo y facilita el reconocimiento precoz de esta patología.
El triaje llevado a cabo por enfermería es habitualmente el primer contacto capacitado para evaluar la situación clínica del paciente del paciente y recoger la información transmitida por el paciente, la familia o los cuidadores.
Es una herramienta fundamental, que debe ser llevada a cabo por profesionales de enfermería, bien formados que se sirvan de protocolos establecidos y escalas validadas que permitan clasificar de forma rápida, a aquellos pacientes que requieran una atención más urgente, que puedan ser tratados a la mayor brevedad posible, ayudando a disminuir la mortalidad y la morbilidad de determinadas patologías tiempo dependientes como es el ictus, que precisen de una identificación inmediata y un tratamiento adecuado.

P. #975

CRITERIOS DE POTENCIALIDAD EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

María Isabel Vázquez García, Adrián González Ruiz, Araceli Miró López, Natalia Vanesa González Puebla, Lorena Araceli Pérez Martos, Eduardo Barrero Barrero

Samur-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Emergencias (SEM), se enfrentan ante pacientes traumáticos, que por mecanismos lesionales (ML) de alta energía pudieran tratarse cómo potencialmente graves (PG) pero sin signos claros de gravedad, en muchos casos, por la precocidad de la respuesta sanitaria.
Esto hace que ante una misma situación traumática existan diferentes criterios médicos asistenciales por falta de datos objetivos de sospecha de gravedad.
Con el fin de unificar los criterios asistenciales en el manejo del paciente potencialmente grave para homogeneizar su manejo y estratificación, se desarrolla un procedimiento de actuación para clasificar la potencialidad de estos pacientes mediante criterios lesionales, fisiológicos/analíticos apoyados por el criterio médico.

OBJETIVO

Validar la efectividad de dicho procedimiento determinando qué criterios presentan este tipo de pacientes y relacionarlos con la gravedad.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo. Cohorte: adultos trasladados por un SEM como PG tras accidente de tráfico, atropello o precipitación durante 2 años.
Recogida datos prospectiva: revisión informes asistenciales y seguimiento 7 días de ingreso.
Variables epidemiológicas: edad, genero, ML
Variable exposición: ML compatible con lesión traumática PG (Crit.A), alteraciones fisiológicos y analíticos (Crit.B) y factores de riesgo asociados al traumatismo (FRAT). Tiempo de respuesta y asistencial.
Variable resultado: lesiones graves (fractura base de cráneo y pélvica, hemo/neumotórax, hemorragia abdominal y cerebral).
Análisis descriptivo: Medidas centrales y dispersión. Análisis inferencial: variables categóricas (Chi cuadrado) y cuantitativas (T Student). IC 95%. SPSS 25.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

385 pacientes. Media de edad 42,02 (DE 16,31) años, con edades entre los 18 y 94, sin diferencias significativas respecto a género. 70,4% hombres.
Media de tiempo de respuesta 9:15 (DE 4:37)min; asistencial 45:15 (DE 14:32)min y total 54:30 (DE 15)min
ML: accidente de motocicleta (37,1%), de coche (23,1%), atropello (21,3%) y precipitación (18,4%).
32,2% presentan lesiones graves. Precisan UCI 32,7% y quirófano 10,1%.
Se consideran criterios de inclusión, al menos un crit.A y B o un crit.A o B y decisión médica.
Cumplen Crit.A (50,7%), Crit.B (87,8%) y FRAT (29,4%). El 44,4% presentan al menos un criterio A y B y el 94,1% un criterio A o B.
De los Crit.B, las alteraciones más frecuentes son: Lactato ≥ a 2 mmol/l (67,8%), FC > 100 lpm (28,8%), Exceso de Bases ≤ -2 mmol/l (26%), TAS < 100 mmHg (20%), GCS 12-14 (17,7%) y FR aislada ≥ 30 rpm (9,6%).
Existe asociación estadísticamente significativa entre Grave(G) vs No Grave(NG) y:
- Edad: 44,96 años(G) vs 40,62 años(NG), p=0,021.
- Tiempo de respuesta: 10:30min(G) vs 8:36min(NG), p=0,001.
- Tiempo total: 57:44 min(G) vs 51,78min(NG) p=0,001.

No encontrando significación con el resto de variables.
Criterios A y B, el 46%(G) vs 54%(NG), p 0,725;
Crit.A, 50,45%(G) vs 49,8%(NG), p 0,913;
Crit.B, 86,3%(G) vs 13,7%(NG), p 0,535;
Criterio A y B y FRAT, 14,5%(G) vs 15,3%(NG), p 0,836;
Crit.A y FRAT, 14,5%(G) vs 14,6%(NG), p 0,991;
Crit.B y FRAT, 29%(G) vs 24,9%(NG), p 0,390
FRAT: 33,1%(G) vs 27,6%(NG), p 0,270
Lactato≥ a 2 mmol/l: 64,5%(G) vs 69,3%(NG), p 0,343
EB≤ -2 mmol/l: 21,8%(G) vs 28%(NG), p 0,195
FR ≥ a 30 rpm: 8,1%(G) vs 10,3%(NG), p 0,478
FC > 100 lpm: 25%(G) vs 30,7%(NG), p 0,253
TAS < 100 mmHg: 21,8%(G) vs 19,2%(NG), p 0,549
GCS 12,13 o 14: 16,1%(G) vs 18,4%(NG), p 0,587

CONCLUSIONES

Este nuevo procedimiento nos sirve como punto de partida para unificar criterios asistenciales y de estratificación en el paciente traumático PG, pero sin encontrar la significación esperada. Debemos seguir investigando para encontrar predictores más objetivos de potencialidad y mejorar la estratificación en este tipo de pacientes.
La edad sigue siendo un predictor de potencialidad y los tiempos asistenciales pueden influenciar en esa detección.

P. #1032

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TRIAJE DE MANCHESTER PARA LA ROTACIÓN DEL TOTAL DE ENFERMERAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mª José Albiach San Ambrosio[1], Lourdes González Moral[1], Llúcia Valentín Martín[1], Jorge Carrillo Villena[2]

1. HUIP La Fe, Valencia, España
2. Hospital Universitario i Politécnic La Fe, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El Triaje de Manchester (MTS, por sus siglas en inglés) se ha consolidado como una herramienta estándar para la clasificación de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarios, basada en una evaluación clínica estructurada.
Ante la necesidad de formar en el Sistema de Triaje de Manchester a la totalidad del personal de enfermería de la Unidad y para ello mejorar la precisión y rapidez en la toma de decisiones, se diseñó e implementó un programa de formación oficial y capacitación intensiva dirigido a 99 enfermeras.

OBJETIVO

Objetivo general:
-Conseguir la rotación de todas las enfermeras del Servicio de Urgencias del Adulto del HUIP La Fe por la zona de trabajo de Triaje.
Objetivos específicos:
1-Capacitar al 90 % del personal de enfermería de la Unidad con el curso oficial del Grupo Español de Triaje (GET) en el primer año de implementación para poder triar según el Sistema de Manchester
2- Lograr una óptima clasificación de los pacientes triados en el tiempo que establecen las guías de Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana.
3-Formar a todas las enfermeras del SUH mediante talleres, simulaciones y rotaciones tutorizadas por la zona de triaje.
4-Valorar el trabajo que se realiza en la zona de Triaje por parte de todo el personal de enfermería.

MÉTODO

El programa constó de tres fases principales:
1. Formación teórica y talleres interactivos: Se impartieron sesiones sobre los fundamentos del MTS, algoritmos clínicos y categorización de prioridades. Las clases fueron acompañadas de ejemplos prácticos y casos clínicos ilustrativos basados en guías actualizadas (Manchester Triage Group, 2023).
2. Simulaciones y prácticas tutorizadas: Los participantes realizaron simulaciones virtuales en distintos escenarios, evaluando casos bajo supervisión de tutores especializados. Este enfoque permitió reforzar el aprendizaje teórico con experiencia práctica.
3. Planificación de turnos: Se elaboró una planilla que rotó a los participantes en diferentes turnos de simulación en un entorno clínico controlado, facilitando la exposición a diversas condiciones de carga asistencial. Los diferentes grupos (turnos de enfermería) fueron rotados estratégicamente para fomentar el trabajo en equipo y la aplicación práctica del triaje.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se consiguió que el 92% del personal obtuviera la titulación oficial del GET, la formación y la rotación de todas las enfermeras por la zona de trabajo de triaje.
Tras completar el programa, se observó un incremento significativo en la precisión de la adjudicación de las prioridades y la reducción del tiempo de clasificación, según auditorias realizadas. Además, los participantes reportan mejoras en su confianza y habilidades comunicativas para priorizar pacientes.
Se establecieron nuevas conexiones y relaciones de trabajo en equipo entre el antiguo equipo cerrado de Triaje y la totalidad del equipo de enfermería.

CONCLUSIONES

La implementación de un programa intensivo de formación en MTS basado en teoría, simulaciones y prácticas tutorizadas ha demostrado ser efectiva para capacitar a 99 enfermeras en un corto periodo. Este modelo puede replicarse para mejorar la calidad del triaje en diversos entornos sanitarios (obstetricia, x ej), maximizando los recursos humanos disponibles.

P. #1036

SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO EN EL AMBITO MILITAR

Itziar Gómez Parra, José Antonio Navarro López Del Castillo, Natalia Alfaro García

Escuela Militar de Sanidad, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Militar tiene la responsabilidad de cuidar y velar por la salud de todos los miembros de las Fuerzas Armadas y, en determinadas circunstancias, también brinda atención a la población civil. A menudo, su labor se desarrolla en entornos adversos, caracterizados por condiciones hostiles y ubicaciones remotas o aisladas, donde la disponibilidad de otros profesionales sanitarios es limitada o inexistente, actuando como Soporte Vital Avanzado Enfermero.

OBJETIVO

Analizar el marco normativo y protocolos que rigen la actuación de los enfermeros de las Fuerzas Armadas Españolas a nivel de soporte vital avanzado.

MÉTODO

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica narrativa. Se hizo la consulta a las bases de datos científicas más relevantes (PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO), así como a organismos oficiales: Ministerio de Defensa de España y la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN). Se seleccionaron publicaciones académicas y científicas relacionadas con la enfermería militar en España y la legislación española vigente sobre la organización y funciones del personal sanitario militar. Idioma Español e Inglés, publicadas en los últimos 10 años.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El Ministerio de Defensa de España ha desarrollado diversas guías y protocolos específicos para los enfermeros militares, con el objetivo de regular y estandarizar su práctica clínica en distintos escenarios, en base a la normativa específica que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas. Estas guías contemplan el manejo del Trauma Grave, Anafilaxia, PCR, SCA y TCE. Además de la formación continuada que reciben en Tactical Combat Casualty Care (TCCC), Soporte vital avanzado en combate, cabe destacar, que los Enfermeros militares cuentan con una Especialidad Complementaria: "Enfermería de Urgencias y Emergencias en Operaciones" para capacitar a los enfermeros militares en los distintos tipos de escenarios en los que desarrollan su profesión.

CONCLUSIONES

La actuación de la enfermería militar en una emergencia y en determinados entornos es clave, a través de un marco normativo bien definido y protocolos específicos, los enfermeros militares están capacitados para proporcionar Soporte Vital Avanzado en las situaciones que lo requiere, pero sobre todo en las situaciones en las que no existe personal médico presente. La existencia de unas guías y protocolos estandarizados garantizan una actuación efectiva. Además, la Especialidad Complementaria de Urgencias y Emergencias en Operaciones refuerza su capacidad de respuesta ante múltiples escenarios, asegurando una respuesta óptima en situaciones de alta complejidad. En definitiva, el desarrollo de protocolos específicos, la formación continuada y especializada de los enfermeros militares contribuyen significativamente a la mejora de la atención sanitaria en el ámbito en el que desarrollan sus cometidos.

P. #1049

INGRESOS HOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS SEGÚN PRIORIDAD ASIGNADA POR EL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER

Ester De La Fuente Pérez, Begoña Navarro Lluesma, Clara I. Tortosa Rubio, Sonia Sales Vicent

Hospital De Sagunto, Sagunto, España

INTRODUCCIÓN

En nuestro servicio de Urgencias hospitalarias, disponemos de una herramienta de gestión que sigue un método de trabajo para clasificar a los usuarios de todas las edades en función de su grado de urgencia de manera reglada, reproducible y válida, asegurando que los usuarios de mayor gravedad sean atendidos en primer lugar, este es el Sistema de Triaje Manchester (STM).

Los diferentes niveles de prioridad se establecen basándose en un código de colores, de mayor a menor, por el siguiente orden: rojo (nivel 1), naranja (nivel 2), amarillo (nivel 3), verde (nivel 4) y azul (nivel 5), siendo el rojo de atención inmediata y el azul de atención no urgente.

Son los profesionales de Enfermería los responsables de esta gestión, tras recibir la formación exigida y disponer de la experiencia necesaria en el servicio, siguiendo los estándares de calidad.

OBJETIVO

El objetivo de nuestra comunicación trata de relacionar el número de ingresos hospitalarios desde el servicio de urgencias, con el nivel de prioridad asignado por el STM, comparando el nivel de urgencia con la complejidad en la resolución del problema de salud que hizo acudir al usuario a nuestro servicio, en correlación con su posterior ingreso, al precisar continuidad de cuidados, la realización de estudios complementarios, vigilancia y seguimiento del episodio.

MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo del periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024, analizando los datos de frecuencia de ingresos según la prioridad asignada desde el triaje, para valorar la relación entre las variables cuantitativas hemos aplicado el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el momento de la comunicación, seguimos cotejando los datos del periodo elegido para el estudio, extraídos de nuestro sistema informático y los proporcionados por la propia herramienta del STM, actualmente no podemos afirmar que haya evidencia específica que vincule directamente el nivel de prioridad asignado con un mayor número de ingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación comenzó en 2023, relacionando los pacientes que se clasificaban con prioridad naranja (nivel 2) e ingresaban con respecto al total de ingresos desde urgencias. Estamos continuando con el estudio haciendo extensiva esta relación con el resto de las prioridades, para determinar si el STM puede tener valor predictivo y de esta manera servir como herramienta en la gestión del servicio de urgencias, siempre con el objetivo de mejorar el circuito de atención a los usuarios de nuestro departamento y así aumentar la calidad de la atención, deseando conseguir una mayor satisfacción y procurando mejorar en todos los niveles asistenciales de su contacto con el sistema sanitario. Conscientes de los múltiples factores que influyen ante la necesidad de un ingreso urgente, seguiremos con nuestro trabajo de investigación.

P. #1054

HOMBRE DE 87 AÑOS CON DISNEA Y BRADICARDIA EXTREMA

Víctor Cabrera García[1][2], Graciela Álvarez Cuervo[1], Tamara López Martínez[1], Patricia Fernández Luengos[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Grupo Investigación Asistencia prehospitalaria y desastres (GIAPREDE), Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Un hombre de 87 años es derivado a urgencias hospitalarias por persistencia de fatiga tras valoración del equipo de atención primaria (AP): "aumento disnea después de la siesta, saturación oxígeno (Sat O2): 88%, roncus y sibilancias abundantes. Tratamiento, O2 y derivación".
Triage en urgencias: Disnea Sat O2 muy baja (nivel II: Naranja) Queja: "Traído en ambulancia con disnea súbita desde esta tarde". Sistema de triage Manchester (19:27h).
Valoración enfermera: Actividad/Reposo: autónomo, disnea; Percepción-cognición: consciente, orientado, dificultad para hablar, preocupado; Confort: Dolor si; Alergias: aspirina.
Cuidados de enfermería: Punción intravenosa; muestra de sangre venosa y arterial; oxigenoterapia (VMask 50%) y tratamiento: Furosemida 40 mg + Metilprednisolona 80mg (IV) + Salbutamol 2,5 mg (NEB) + Morfina 80 mg (IV) (19:34h).
Valoración médica: Varón sin deterioro cognitivo, índice de Barthel 100 (independiente). Enfermedades Previas: HTA, DM tipo 2 con insulina y DL. FA anticoagulada. Neumoconiosis complicada (Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria), EPOC moderado, polineuropatía tóxico-metabólica, sangrado digestivo por antiagregantes… Ingresos previos por EPOC reagudizado: marzo y diciembre 2023, Abril, Octubre y Noviembre de 2024. Plurimedicado, tratamiento con más de 10 pastillas (Trangorex 200 mg, Eliquis 2,5 mg, Emconcor 2,5 mg…).
Constantes vitales: FC 64; 160/128 TA; bradipneico y afebril. (20.03h)
El paciente se encuentra monitorizado, con bastante desasosiego, persistiendo la fatiga a pesar del tratamiento pautado y pendiente de resultados de la analítica.
A las 20:10 tras advertencias en las alarmas en el monitor (se objetivan bradicardias extremas cada vez más prolongadas) se ve al paciente mucho más desasosegado, empezando con pérdida de consciencia y obnubilación). Se quiere realizar ECG en box, pero a las 20:13 se inicia bradicardia extrema con asistolia. Se inicia maniobras de RCP intermitentes inmediatamente y se traslada al paciente al box de críticos. Nuevos cuidados de enfermería: punción intravenosa, sondaje vesical, telemetría. Se intercambia VMask por BIPAP (30%, PEEP/EPAP 10) por valores de hipercapnia en analítica. El electrocardiograma muestra un bloqueo completo (BAV) sin escape con morfología de BRI. Se coloca marcapasos transcutáneo perdiendo captura, necesitando Atropina (1mg IV) (20.20h), con respuesta parcial.
Se realiza interconsulta con Cardiología, no tardando en llegar al área de críticos, se inicia perfusión continua de Isoprenalina (1mg /250ml) con velocidad de inicio a 20 ml/h llegando a subir a 80 ml/h. Ante la situación inestable del paciente, no mejorando las frecuencias cardiacas ni su desasosiego, se decide implante de marcapasos provisional por vía yugular derecha, persistiendo bradicardias extremas periparada durante su colocación (21.00h).
A las 21.45 tras colocación de marcapasos temporal, y nuevo tratamiento (Hidrocortisona, Ipatropio, Salbutamol, Morfina) se consigue estabilización del paciente, mostrando una mejoría sustancial. Mantiene buenas diuresis por sonda vesical y es posible retirar la BIPAP sustituyendo nuevamente por VMASK 35% (para Sat O2 93-95%). La frecuencia cardiaca se mantiene en 77-80 latidos por minuto con marcapasos funcionante. Sin nuevas complicaciones, mejorando la causa respiratoria con nuevas nebulizaciones, ingresa en planta de cardiología para telemetría y control.
La causa del BAV completo pudo ser de causa metabólica y exceso de bradicardizantes, sumado a la agudización respiratoria.

CONCLUSIONES

- Los pacientes con prioridad II pueden tener un cambio brusco en el estado basal que hace necesario una monitorización continua del paciente para controlar cualquier complicación asociada.
- La presencia de camas con telemetría en la urgencia (1) consiguió advertir y tener registrada la bradicardia extrema
- El conocimiento del personal de enfermería en la identificación e interpretación de las alarmas del monitor consigue tener a los paciente controlados (2).
- Las alarmas del monitor están para ser revisadas e interpretadas, no solamente para apagarse.

P. #1059

MUJER DE 78 AÑOS CON UN ICTUS MUY DULCE

Víctor Cabrera García[1][2], Graciela Álvarez Cuervo[1], Patricia Fernández Luengos[1], Tamara López Martínez[1]

1. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España
2. Grupo Investigación Asistencia Prehospitalaria y desastres, Oviedo, España

HISTORIA CLÍNICA

Una mujer de 87 años es trasladada a urgencias en soporte vital avanzado (SVA) por sospecha de ictus hemorrágico como código ictus al hospital de referencia para esta patológica. El aviso de llamada (16:10h) fue por encontrar a la paciente por parte de la familia inconsciente en casa, la casa estaba revuelta, con cajones abiertos, heces en el pasillo, tras haberla dejado ayer a las 17.00 en condiciones normales. El SVA la encuentra en decúbito lateral con GCS 4, mirada desviada hacia la derecha con hemiparesia hemicuerpo izquierdo. Durante la intervención realiza 2 crisis convulsivas (chupeteo y movimientos del MSD) que ceden con Midazolam (5mg). Se procede a intubación orotraqueal (IOT), punción intravenosa (n°20 MSD), muestra de sangre venosa y sonda nasogástrica (n°16). Constantes vitales: 150/87 TA; 90 FC; 100% satO2; HIGH Glucemia (dos tomas…).
A la llegada al servicio de urgencias. Triaje: Cefalea I Vía aérea comprometida. Adaptada a VMI, miosis leve farmacológica, hemodinamicamente estable, se procede a revisar la historia clínica digital. EP: HTA, DM tipo 2 con insulina, neoplasia de mama, epilepsia focal, infarto de miocardio,
Se realiza angioTAC (sin signos sugestivos de lesión isquémica aguda/subaguda ni oclusiones de grandes vasos) y análisis sanguíneo completo, analítica de SVA, gases arteriales, orina y hemocultivos. Valores analítica: cetonemia 6,9; ph 7,18; 14 HCO3; 2,2 lactato; 1222 mg/dl Glucemia, asocia fallo renal. Se interconsulta con Neurología: Coma metabólico como primera posibilidad, no evidencia de patología neurológica estructural; y con UVI: dado que se trata de una paciente diabética conocida con bajo nivel de consciencia en relación a CAD se comenta con UCI de origen para derivar e ingresar a su cargo.
Tras iniciar tratamiento para regular niveles de glucosa (Insulina IV) y acidosis metabólica (bicarbonato sódico) se traslada nuevamente en SVA a hospital de origen.
Durante su ingreso en UVI se estabilizan los niveles de glucosa (590 mg/dl) así como el fallo renal (urea 65 vs 85 mg /dl; creatinina 0,88 vs 1,47 mg/dl), cetoacidosis (ph 7,30, 24,9 HCO3, 6,05 exceso de bases). Siendo una paciente estudiada por neurología por epilepsia focal tardía con posibles crisis parciales complejas y ante la persistencia de focalidad neurológica se realiza nuevo TAC craneal donde se objetiva una imagen compatible con lesión subaguda occipital derecha. Los resultados del hemocultivo salen positivos para Streptococcus agalactiae y Staphylococcus aureus, por lo que se ajusta tratamiento antibiótico. Durante su estancia en UVI se realiza electroencefalograma con signos de actividad epileptiforme en región temporal anterior y Ecocardiograma transtorácico con imagen muy dudosa a nivel de válvula mitral de endocarditis (repetir estudio en 1-2 semanas).
Tras continuar tratamiento en UVI con buena evolución clínica se traslada a planta (6 días de ingreso en UVI) para continuar cuidados.
Como juicio diagnóstico se concluyó una descompensación DM tipo cetoacidosis diabética. Como causa de esta pude ser la sepsis secundaria a la bacteriemia por SAMS y S.agalactiae, como probable foco un absceso infraumbilical drenado recientemente, con dudosa endocarditis asociada. Bajo nivel de consciencia y hemiparesia izquierda en contexto de Ictus isquémico occipital derecho.

CONCLUSIONES

- Un porcentaje de casos diagnosticados inicialmente como infartos isquémicos son de causa no cerebrovascular o stroke mimics (1).
- En un último estudio de 2025, asocian el 16,75% a convulsiones, 12,5% a causas metabólicas (2).
- El equipo de enfermería, dentro de los cuidados y tareas a realizar, debe tener buena comunicación con el equipo médico para cambios en los valores analíticos en tareas que le son propias (glucemias, cetonemias) o cambios en el estado del paciente (nuevas focalidades neurológicas, posibles convulsiones) sean valorados y tenidos en cuenta.

P. #1093

COMPARACIÓN DE LOS AVISOS PARA TRASLADO INTERHOSPITALARIO POR CORONARIOGRAFÍA O ANGIOPLASTIA Y EL CONJUNTO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS PREHOSPITALRIA EN DOS AÑOS

Juan José Rodríguez Mondéjar[1][2], Rogelio Guillamón Candel[3], Marco A Andía Chong[4], Jesús Cano López[3]

1. UME 2-Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
2. Facultad y Departamento de Enfermería de la UMU. IMIB pascual Parrilla. ENFERAVANZA, Murcia, España
3. UME Cieza. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
4. UME-2 Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Entre la cartera de servicios de algunas unidades móviles de emergencias prehospitalarias se encuentran los traslados interhospitalarios (TIH) para realización de pruebas diagnósticas, terapeúticas, o para ingresos en UCI y Urgencias hospitalarias.
Este tipo de actividad desde el punto de vista externo parece generar una dedicación en tiempo de ocupación mayor que la media de las actuaciones in situ por ejemplo. Así mismo se condiciona a cumplir unos requisitos medidos con una escala de necesidades de recursos para el transporte sanitario de pacientes críticos.
Así mismo podremos realizar un seguimiento de la calidad, consumo de recursos, tiempos empleados, etc., por ello tiene sentido llevar a la práctica este trabajo de investigación.

OBJETIVO

Conocer las características de los TIH para por o para coronariografía/angioplastia de nuestro ámbito de actuación, y compararlas con el resto de pacientes atendidos por un equipo de emergencias prehospitalarias.

MÉTODO

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal.
Temporalidad: Del 2013 y 2024.
Lugar: Unidad Móvil de Emergencias (UME) de una gerencia del 061 española
Muestra: muestra de pacientes atendidos por un equipo de una base de Emergencias en área metropolitana de una región española.
Desarrollo: Base de datos ad hoc con variables sociodemográficas y clínicas, así como datos de mediciones extraídas del registro en papel normalizado, ya que no se tienen registros informatizados en las UME.Se ha divido la muestra en dos grupos, un grupo general y un grupo que como motivo de aviso fue TIH para coronariografía versus angioplastia.
Estadística: programa IBM Statistic SPSS v23. Medias y desviación estándar para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes en cualitativas. Inferencia estadística con Chi2 aceptando significación estadística si p<0,05, nivel de confianza del 95%.
Normas éticas: se han aplicado las normas de protección de datos personales según normativa vigente, y de respeto a la intimidad del paciente.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el grupo general: 737 intervenciones, edad media 59,2 años DE24 (1-99), varón 432 (59,2%), con 35 o menos años el 17,9%, con 65 o más años 48%, tiempo medio de llegada al lugar del aviso 13,14 min DE8(0-60), tiempo ocupado 65,8 min DE26,2(0-165). Alergias 12,3%. Coma o inconsciente 37(5,3%). Monitorización continua 303 (46,8%). Anulados 5%.
Constantes vitales: FR 16,2 r/min DE5(0-42), FC 81,9 lat/m DE25,4(0-220), Saturación de oxígeno 94,2% DE14,3 (0-100), TAS 132,1 DE31,7(0-226), TAD 75,2 DE17(0-136), Glasgow 14 DE3 (3-15), glucemia 135,6 mg/dl DE58,2(18-426), Tra timpánica o cutánea 36,6°C DE0,65(33-40,2).
En el grupo de TIH por coronariografía/angioplastia: 117 avisos (21%), edad media 64,9 años DE14,1 (17-91), varón 98 (84,5%), con 35 o menos años el 0,9%, con 65 o más años 50,4%, tiempo medio de llegada al lugar del aviso 17,9 min DE12,6(0-60), tiempo ocupado 77 min DE23(22-165). Alergias 13%. Coma o inconsciente 0%. Monitorización continua 303 (46,8%). Anulados 1,7 %.
Constantes vitales: FR 15,6 r/min DE2,6(12-30), FC 77,35 lat/m DE14,6(50-136), Saturación de oxígeno 96,61% DE1,8 (92-100), TAS 131,6 DE25,5(36-180) TAD 76,8 DE12,5(42-109), Glasgow 15 DE0 (3-15), glucemia 106,8 mg/dl DE27,5(80-140), Tra timpánica o cutánea 36,4°C DE0,37(35,9-37,8).

CONCLUSIONES

Se observan como diferencias que los pacientes que precisan de TIH para coronariografía/angioplastia tienen mayor edad media, predominan los varones, constantes vitales más estables, más alergias, menos anulaciones, ocupan más tiempo al equipo sanitario, y van con monitorización continua.

P. #1142

IMPORTANCIA DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA MEDICACIÓN EN UN CUARTO DE VITALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Tomás Gil Megías, María Isabel Amorós Ruiz, Yolanda Bordería Carsí, Jorge Carrillo Villena, María José Albiach San Ambrosio, Llúcia Valentín Martín

Hospital Universitario I Politécnico La Fe, Valencia, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La primera atención hospitalaria del paciente crítico se realiza en el cuarto de vitales del servicio de urgencias (SUH), entendiendo por estado crítico la alteración de las funciones vitales que amenazan la vida y que requiere un soporte vital avanzado. Un alto porcentaje de estas patologías se consideran tiempo-dependientes, por lo tanto, la premura en la intervención sanitaria es un factor crucial para el pronóstico del paciente.
La respuesta de enfermería en cuanto a la administración de la medicación requerida debe realizarse con apremio y sin errores; para ello es determinante conocer la ubicación y organización de la medicación tanto la urgente como la auxiliar.
Se exponen las estrategias para la organización de los medicamentos urgentes y no urgentes atendiendo a su impacto en la eficiencia operativa, buscando la prevención de errores y la mejora de los resultados clínicos.

OBJETIVO

OBJETIVOS GENERALES
Avalar el conocimiento por el personal de enfermería del SU (servicio de urgencias) de nuestro hospital de la distribución y de los criterios de clasificación de la medicación del cuarto de vitales.
Asegurar la revisión sistemática de la medicación.
Disminución del tiempo de búsqueda de medicación y minimización de errores.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Optimizar las leyendas de los medicamentos.
Organizar el carro de emergencias de forma alfabética.
Describir la distribución de la medicación del carro de emergencias y
de la medicación auxiliar de los cajetines de la pared.
Asegurar la realización del protocolo de contenido y mantenimiento del cuarto de críticos

MÉTODO

Estudio no intervencionista observacional descriptivo sobre la clasificación y distribución de la medicación del cuarto de vitales.
Descripción del protocolo de contenido y mantenimiento de la medicación del cuarto de vitales.
Valoración de la necesidad de realizar el protocolo de contenido y mantenimiento y la conveniencia de conocer la distribución de la medicación por parte del personal del SU mediante encuesta ad hoc de satisfacción.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Colocación de la medicación del carro de emergencias por orden alfabético. Queda ubicada en los cajones 1 y 2:
cajón 1: cardiaca
(Adenosina, Adrenalina, Amiodarona, Atenolol, Atropina, Cl. Cálcico, Dobutamina, Dopamina, Efedrina, Fenilefrina, Gluconato Cálcico, Lidocaína 5%, Nitroglicerina, Noradrenalina, Procainamida).
cajón 2: sedantes/antídotos/metabólicos.
(Diazepam, Etomidato, Midazolam, Propofol/
Flumazenilo, Naloxona, Neostigmina,Sugammadex/
Eufilina, Sulfato de Magnesio, Bicarbonato 1M, Glucosa 33%/
Hidrocortisona, Atropina, Fenilefrina, Efedrina)
Se indica el nombre del principio activo, dosis y número de unidades en la leyenda de cada medicamento.
Se clasifica la medicación auxiliar (cajetines de la pared) siguiendo un sistema que asocia colores y sistemas orgánicos donde actúan, de manera que a cada grupo de medicamentos se le asigna un color ; obteniendo 8 grupos:
ROJO: Sistema cardiaco/circulatorio.
(Captopril, Cloruro Potásico, Digoxina, Flecainida, Furosemida, Labetalol, Nimodipino, Nitroglicerina, Uradipilo, Verapamilo).
NARANJA: Coagulación.
(Acetilsalicílico Lisina, Ácido Tranexámico, AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, Fitomediadona, Heparina,Ticagrelor, Metalyse).
VERDE: Analgesia.
AMARILLO: Sistema neurológico.
AZUL OSCURO: Sistema respiratorio.
AZUL CLARO: Esteroides.
MARRÓN: Sistema digestivo.
ROSA: Antibióticos.
Incremento en la ejecución del protocolo de contenido y mantenimiento de la medicación del cuarto de críticos.
Unanimidad por el personal de enfermería del SU tanto en la necesidad de realizar el protocolo de contenido y mantenimiento de la medicación del cuarto de críticos, como de conocer su ubicación y distribución para optimizar la respuesta ante intervenciones críticas.

CONCLUSIONES

La adecuada gestión y distribución de la medicación en el box de vitales es esencial para garantizar la seguridad y eficacia en la atención a pacientes en estado crítico.
Se ha minimizado el tiempo de búsqueda de los fármacos en el cuarto de críticos y esta se realiza de una forma más intuitiva y con una mayor seguridad entre el personal más veterano y reciente de la unidad.
La concienciación de los profesionales de enfermería del SU de la necesidad mantener y conocer la distribución de la medicación del cuarto de vitales incrementa la ejecución del protocolo de contenido y mantenimiento.

P. #1146

EVIDENCIA ACTUAL DEL SONDAJE VESICAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Rosa Gómez Sánchez, Alexander Sammel, Joan Llombart Sanchís, Javier Sánchez Alegre, Pedro Traver Fabregat, Beatriz Carceller Arjona

SAMU SES Comunidad Valenciana, Castellón, España

INTRODUCCIÓN

El sondaje vesical es un procedimiento común en el ámbito de urgencias que consiste en la inserción de un catéter urinario en la vejiga a través de la uretra para drenar la orina.
Si bien puede ser necesario en ciertas situaciones clínicas, la práctica de sondar a los pacientes en urgencias puede llevar a un uso excesivo o inapropiado, lo que plantea varios riesgos y complicaciones para ellos.

OBJETIVO

Determinar la evidencia científica existente a día de hoy sobre las indicaciones sanitarias de realización de la técnica de Sondaje Vesical (SV) en Urgencias, teniendo en cuenta las contraindicaciones para su realización y complicaciones asociadas a la misma, con el fin de mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes.

MÉTODO

Revisión sistemática de la evidencia científica publicada hasta la fecha actual relacionada con la realización de la técnica de Sondaje Vesical en el contexto del paciente en urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados indican que principalmente la disminución del estado de consciencia, la deshidratación, el sexo masculino (probablemente asociado a prostatismo) y la existencia de una neoplasia se relacionaron con el SV.
El 73% de los pacientes que recibieron un sondaje vesical en el servicio de urgencias eran ancianos ≥65 años, entre los cuales el sexo masculino duplica la probabilidad de recibir en sondaje al atenderse en un SUH, posiblemente debido a retenciones agudas de orina u otros problemas de origen prostático o vesical en el varón.
En cuanto a las infecciones del tracto urinario en pacientes mayores, son una causa de múltiples síntomas neurológicos. Y se evidencia que el SV puede complicar estos cuadros de alteración del nivel de consciencia
Por otra parte, en cuanto al manejo de la Insuficiencia Cardiaca Aguda en Urgencias, el SV se asocia a peor pronóstico a 30 días, y acaban recomendando que se debe evitar el SV en los SUH en aquellos pacientes que se encuentran conscientes y continentes.
Los porcentajes que se barajan en diferentes bibliografías actualizadas muestran resultados de hasta un 30% de sondajes podría no estar indica¬do. Y siguiendo lo indicado en el resto de la literatura, parece invariablemente clara la asociación entre SV y morbimortalidad de los pacientes.
A partir del análisis de los datos de proyectos como como el proyecto EDEN, es posible considerar el sondaje vesical como un procedimiento que empeora el pronóstico y aumenta las complicaciones y la mortalidad, especialmente ancianos y frágiles.

CONCLUSIONES

El sondaje vesical es una técnica sanitaria que, si bien es necesaria en ciertas circunstancias, presenta riesgos significativos, especialmente en el contexto de infecciones del tracto urinario (ITU).
A continuación, se resumen los puntos clave sobre el uso adecuado de sondas uretrales permanentes y las medidas para prevenir complicaciones:
Indicaciones de Sondaje Vesical:

- Retención urinaria aguda u obstrucción de la salida de la vejiga
- Necesidad de mediciones precisas de la diuresis en pacientes en estado crítico
- Uso perioperatorio para procedimientos quirúrgicos específicos
- Cicatrización de heridas sacras o perineales en pacientes incontinentes
- Inmovilización prolongada por lesiones en la columna o fracturas pélvicas
- Comodidad en cuidados al final de la vida, si es necesario.

Medidas para Prevenir Complicaciones:

- Lista concisa de indicaciones para la cateterización urinaria (Check-list)
- Evaluación diaria de la necesidad de cateterización continua
- Formación sobre la inserción y mantenimiento adecuados de las sondas urinarias
- Monitoreo y vigilancia constante del estado del catéter y la bolsa colectora para detectar signos de infección o complicaciones.

En resumen, el manejo responsable del sondaje vesical (indicaciones claras), junto con una atención cuidadosa y una formación adecuada del personal de enfermería, es esencial para optimizar su uso y minimizar complicaciones en el ámbito hospitalario

P. #1147

CÓDIGO SEPSIS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TRIAJE

Carla Sellés Añón, Sara Andrés Cuenca
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 52 años que acude a urgencias por disnea, dolor pleurítico, tos sin
expectoración y sudoración de 3 días de evolución. También comenta qué presenta oligoanuria y aumento del perímetro abdominal. Su esposa con la que vive presenta también clínica respiratoria.
A su llegada al triaje, tras su exposición de los síntomas, monitorizamos constantes del
paciente y observamos:
- Hipotensión arterial de 90/53 mmHg
- Saturación de O2 80%
- Temperatura 35.4
- Taquipnea 25 respiraciones por minuto.
- Estado mental alterado Glasgow = o < 13.

Con una puntuación de 3 en la escala QUick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) y la sospecha de infección se activa el código sepsis. El paciente es clasificado como código naranja, según triaje Manchester, para ser atendido en menos de 10 minutos.
Tras realización de pruebas complementarias se diagnostica una sepsis secundaria a neumonía adquirida en la comunidad.
Tras los resultados de las pruebas realizadas y ante la insuficiencia respiratoria, se ingresa paciente en observación de urgencias para administración de terapia de oxígeno nasal de alto flujo y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2 gramos intravenoso y Azitromicina 500 miligramos intravenoso. Además se administra sobrecarga de Suero Fisiológico 0.9% de 2000 mililitros (ml) y se realiza un sondaje vesical para control de diuresis horaria.
Tras tratamiento inicial paciente consciente y orientado, con saturación de O2 95% con terapia de oxígeno nasal de alto flujo, 100ml/hora diuresis y normotenso. Ante diagnóstico de sepsis respiratoria con fracaso renal agudo se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

CONCLUSIONES

La sepsis se caracteriza por ser tiempo dependiente, por lo que una detección precoz en triaje por parte de enfermería supone una mejora significativa de la tasa de morbimortalidad. Con el objetivo de mejorar la supervivencia de estos pacientes, el inicio de la atención desde su detección debe ser inferior a 1 hora.
Por ello es importante la activación de un "código sepsis" desde triaje por parte de la enfermería de urgencias, basándose en datos clínicos, ante sospecha de infección de al menos 2 de 3 criterios qSOFA.
Se establecerá como "minuto cero" el momento en que se realice la activación del Código Sepsis por la enfermera de triaje. La activación del código implica garantizar una atención por médico y enfermera en menos de 10 minutos y completar un paquete de medidas iniciales en menos de 1 hora. El paciente pasará de la consulta del triaje a un box de atención de urgencias de prioridad 1 o 2.

P. #1156

MOTIVOS DE AGITACIÓN Y DESORIENTACIÓN EN PACIENTES EN SERVICIOS DE URGENCIAS: UN ENFOQUE INTEGRAL EN POBLACIÓN GENERAL Y ANCIANA

Tomás Gil Megías, María Isabel Amorós Ruiz, Yolanda Bordería Carsí, Jorge Carrillo Villena, María José Albiach San Ambrosio, Llúcia Valentín Martín
Hospital Universitario I Politécnico La Fe, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

La agitación y la desorientación en servicios de urgencias son fenómenos multifactoriales que afectan a pacientes de todas las edades, con una prevalencia particularmente alta en personas mayores. Estos episodios no solo generan complicaciones clínicas, sino que también dificultan el trabajo del personal sanitario y comprometen la seguridad del entorno. En pacientes ancianos, factores como la polifarmacia, el delirium y la presencia de discapacidades sensoriales aumentan el riesgo de estas alteraciones.

OBJETIVO

Este estudio analiza las causas comunes de agitación y desorientación, con especial énfasis en la población anciana, y propone estrategias para su prevención y manejo eficaz.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de literatura en bases de datos (PubMed, Scopus y Cochrane Library) de artículos publicados entre 2015 y 2023. Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos y guías de práctica clínica que abordaran la agitación y la desorientación en servicios de urgencias. Se otorgó especial atención a los factores de riesgo y estrategias de prevención en personas mayores.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Motivos generales de agitación y desorientación:
1. Factores orgánicos:
- Desequilibrios metabólicos (hipoglucemia, hipercalcemia).
- Hipoxia e infecciones (como neumonía o sepsis).
- Delirium asociado a medicamentos (ej. anticolinérgicos, benzodiacepinas).

2. Factores psiquiátricos:
- Psicosis aguda, trastornos de ansiedad, episodios depresivos.
- Trastorno bipolar o esquizofrenia descompensados.

3. Consumo de sustancias:
- Alcohol, drogas ilícitas o abstinencia de medicamentos.

4. Factores ambientales:
- Entornos hospitalarios desconocidos, ruidos, luces brillantes y la falta de acompañamiento familiar.

Factores específicos en ancianos:
1. Delirium:
- Alta prevalencia en adultos mayores, con factores precipitantes como infecciones urinarias, deshidratación, polifarmacia y

dolor no tratado.
2. Deterioro sensorial:
• Pérdida de audición o visión que dificulta la orientación.
• Uso inadecuado o retirada de gafas, audífonos o prótesis dentales.
3. Comorbilidades crónicas:
• Enfermedades neurodegenerativas como demencia o Parkinson.

Discusión:

Prevención general:
• Uso de herramientas de detección temprana como las escalas CAM (Confusion Assessment Method) para identificar delirium y RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) para evaluar niveles de agitación.
• Diseñar entornos hospitalarios amigables, con reducción de estímulos sensoriales innecesarios (luces intensas y ruidos fuertes).
• Capacitar al personal en técnicas de desescalada verbal y manejo de agitación.

Prevención en población anciana:
1. Conservación de ayudas sensoriales:
• Garantizar que los pacientes usen sus gafas, audífonos y prótesis dentales para mejorar la orientación y reducir el estrés.
2. Evitar cambios bruscos en el entorno:
• Colocar objetos personales (como fotografías o mantas familiares) cerca del paciente para proporcionar familiaridad.
3. Atención a la hidratación y el dolor:
• Monitorear signos de deshidratación y asegurar un control adecuado del dolor sin excesiva sedación.
4. Minimización de la polifarmacia:
• Revisar medicamentos potencialmente inapropiados para adultos mayores, reduciendo el uso de fármacos anticolinérgicos y sedantes.

CONCLUSIONES

La agitación y la desorientación en servicios de urgencias, particularmente en pacientes ancianos, requieren un enfoque integral que combine la identificación temprana de factores de riesgo con intervenciones adaptadas a las necesidades específicas del paciente. En la población anciana, la atención a las ayudas sensoriales, la optimización del entorno y el control de comorbilidades son claves para mejorar la experiencia hospitalaria y reducir las complicaciones. Un enfoque multidisciplinario es esencial para garantizar la seguridad del paciente y del personal sanitario, así como para optimizar los resultados clínicos.

P. #1189

CANALIZACIÓN ECOGUIADA EN UN DISPOTIVO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO

Antonia Martínez Vázquez, Eduardo Barrero Barrero, Fernando Monforte Escobar, Sara Isabel Montero Hernández, Carlos Luis Villamor Sánchez

SAMUR-PC Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La canalización intravenosa es una técnica clave en el manejo de los pacientes en los cuidados de soporte vital avanzado (SVA). Los pacientes con accesos vasculares periféricos complejos constituyen uno de los principales y más frecuentes retos de la enfermería de urgencias y emergencias. La aplicación de la ecografía, a través de una sonda lineal, permite guiar la canalización y por tanto, disminuir la yatrogenia y preservar el capital venoso. Los estudios publicados sobre el perfil de este tipo de pacientes a nivel extrahospitalario son limitados y escasos.

OBJETIVO

Estudiar, de cara a anticipar la técnica, el perfil del paciente al que se le canaliza un acceso venoso ecoguiada en una unidad de SVA de un servicio de emergencias.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes adultos atendidos entre 2023 y 2024 en una unidad de SVA a los que se les canalizó al menos un acceso venoso periférico con técnica ecoguiada. Variables epidemiológicas y clínicas: edad, sexo, tipo de patología, resolución del aviso, existencia de preaviso, calibre del catéter, lugar de punción, extracción de muestra sanguínea para analítica, volumen infundido y administración de medicación. Variable resultado: Calibre del catéter. El dispositivo utilizado fue el ecógrafo V-SCAN. En el análisis inferencial, se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Withney, y Kruskal-Wallis. Intervalo de confianza – 95%

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 32 pacientes, 62,5% hombres y 37,5% mujeres. La mediana de edad es 56,5(DE:22,6). Respecto al grupo etario el 40,6% se encuentra entre 27-56 años y el 31,6% en el grupo de 75-90 años

El 68,4% tenían patología médica y el 31,6% restante con patología traumática. Destacan patologías cardiovasculares: 21,9%, respiratoria:9,3% e intoxicaciones por fármacos/drogas: 9,4%.

Antecedentes médicos: enfermedad endocrinometabólica/ diabetes (31,3%) y enfermedad respiratoria/EPOC (9,4%). El 21,9% no tenían patologías previas relevantes.

La práctica totalidad de los pacientes son trasladados al hospital (96,9%). De los traslados un 15,6% se realizan con preaviso.

Para la canalización ecoguiada se utilizaron catéteres con calibres de los números I número 18 y 20, de forma equitativa

(50% de cada número). La punción se realizó principalmente en antebrazo (90,6%), siendo la segunda opción la región antecubital (9,4%).
Se extrajo muestra para analítica en el 53,1% de los pacientes, con un volumen de fluidos variable con una media de 202,5(DE:203,2). En el 75% de los pacientes se administraron fármacos intravenosos.
Correlaciones
- Variables edad vs calibre del catéter se realiza la aprueba de Mann-WitneyU con una p=0,637, no hay diferencias significativas
- Edad vs patología principal se usa la prueba Krushal- Walis con una p=0,521, no hay diferencias significativas
- En las variables de calibre del catéter vs volumen infundido se realiza la prueba de Mann- WitneyU con una p=0,269, no hay diferencias significativas

CONCLUSIONES

La diferencia entre el número de pacientes con patología médica y con patología traumática puede deberse a la tendencia a canalizar un acceso intraóseo en pacientes traumáticos graves en casos de accesos venosos difíciles, en vez de hacerlo de forma ecoguiada.
Es probable que, sin el acceso a la técnica, estos pacientes hubieran llegado a Urgencias Hospitalarias sin acceso venoso y, por ello, sin haber podido realizar medidas diagnósticas (como la analítica) y/o terapéuticas (como administración de fluidos y fármacos).
La zona de punción está condicionada por el tipo de catéter disponible. La disponibilidad de catéteres más largos podría facilitar la canalización de las venas basílica y braquial a la altura media del brazo.
Crear un registro común dentro del servicio e, incluso de forma multicéntrica, podría permitir profundizar en las características de este tipo de pacientes.

P. #1195

ATENCIÓN A UN PACIENTE POR SIGNOS DE MAL ESTADO GENERAL Y DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO EN DOMICILIO: CASO CLÍNICO

Juan José Rodríguez Mondéjar[1][2], Jesús Cano López[3], Marco A Andía Chong[4], Rogelio Guillamón Candel[3]

1. UME 2-Alcantarilla. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
2. Facultad y Departamento de Enfermería de la UMU. IMIB Pascual Parrilla. ENFERAVANZA, Murcia, España
3. UME Cieza. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España
4. UME Cartagena. Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061. Región de Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El mal estado general y el dolor torácico son signos y síntomas que se presentan con cierta frecuencia en los pacientes que llaman al 112, en cualquier caso las causas pueden ser muy variadas.
Este caso real el paciente en su anamnesis dijo que le dolía el pecho y que estaba con mucha flojedad y sin ganas de comer. Así mismo manifestaba tener mareos y se alternaba con dolor de pecho que se iba y volvía sin coincidir con actividad física.
El objetivo se centra en detectar alguna causa tratable ya que tiene un informe de neoplasia pulmonar en estadío avanzado.
OBSERVACIÓN CLINICA
A la llegada del equipo de emergencias al domicilio el paciente está consciente, cansado, pálido, ahora no le duele el pecho pero si hace un rato.
El paciente es semiautónomo, 68 años, como antecedentes de síndrome ansioso depresivo, Hipertensión arterial, dislipemia tratadas farmacológicamente.
Los patrones funcionales están sin cubrir los de alimentación, movilidad, descanso-sueo, actividad-ejercicio.
Estimaciones éticas: se ha guardado el derecho a la intimidad, así como la protección de sus datos personales.
INTERVENCIONES
Toma de constantes vitales obteniendo: FC 100 l/m, FR 20 r/m, saturación de oxígeno distal 89%, presión arterial 82/48 mmHg, temperatura 35,8ºC. Glucemia capilar de 80 mg. Glasgow 15, pupilas ICNR, medias. ECG, sin alteraciones de interés. No se lleva ecógrafo.
Prioridades:
Reposición de volumen para regular presión arterial (TA). Se opta por SF 0,9% 500 ml en 20 minutos. Sin respuesta en la TA.
Se ponen drogas vasoactivas durante el traslado a dosis bajas, sin recuperación inmediata de la TA al estar a 8 minutos del Hospital de referencia.
Se realiza registro de las actuaciones en el domicilio.
En Urgencias del centro sanitario se solicita analítica y ecocardio urgente, se observa taponamiento cardiaco masivo y shock cardiogénico.
Se avisa a UCI y se realiza punción pericárdica extrayendo 1800 ml de sangre. El paciente a las 2 h vuelve a urgencias pendiente de alta a domicilio por su estado en cuidados paliativos estar

resuelto la complicación actual.

CONCLUSIONES

Paciente complejo con cuadro de taponamiento cardiaco secundario a fístula cardiopulmonar que provocó esta situación y que era de origen oncológico (no comentado inicialmente).
No respondió a tratamiento convencional de la hipotensión como causa inicial detectada, y en realidad se tuvo la fortuna de que no entrara en parada cardiorrespiratoria antes de llegar al centro sanitario, ya que estaba cercano.
Se detectó la necesidad de llevar ecógrafos en el equipamiento de las unidades móviles de emergencias.

P. #1200

CÓDIGO SEPSIS: ABORDAJE ENFERMERO DEL ENFERMO SÉPTICO EN URGENCIAS

Raúl Martínez Izquierdo, Laura Grimal Abejez, María Isabel Serrano Camacho, Julián Arias Grande, Marta Samaranch Gusi, Neus Robert Boter

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una patología tiempo dependiente, tomando especial importancia la rapidez del diagnóstico y del inicio del tratamiento. El código sepsis permite la detección de estos pacientes y el inicio precoz de su abordaje des de un punto de vista multidisciplinar.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes codificados como código sepsis, así como la complejidad y carga asistencial de los cuidados de enfermería que necesitan durante su estancia en el servicio de urgencias

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de no intervención realizado mediante la revisión sistemática de historias clínicas de los pacientes con activación de Código Sepsis en Urgencias desde abril hasta diciembre de 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se han realizado en total 210 activaciones con una media de 22 activaciones al mes, de las cuales se han excluido 3 episodios por no ser código sepsis y 7 por corresponder a edades pediátricas, quedando una muestra total de 200 pacientes. La media de edad ha sido de 67 años con una DE ±15,8. El 39% de los casos corresponde a mujeres (78) y el 61% a hombres (122).
De los pacientes activados, el 15,5% presentaban a su llegada una alteración del nivel de conciencia, la frecuencia respiratoria no se registró en 12 pacientes con activación de código sepsis.
Durante la primera atención se realizaron hemocultivos en el 93,5% de los casos (187), siendo positivos en el 40,6%.
Precisaron soporte respiratorio en forma de Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) o Cánulas Nasales de Alto Flujo (CNAF) el 10% de los pacientes (20) y tratamiento con aminas vasoactivas el 23,5%.
Durante la atención en urgencias fueron portadores de una sonda vesical (SV) el 78% de los pacientes activados (156). De estos pacientes sólo el 7% (11) eran portadores de la SV a su llegada, al 93% de los pacientes (145) se les realizó el sondaje vesical en el servicio, siendo está realizada por enfermería en 144 casos y sólo en 1 caso se tuvo que hacer interconsulta con urología por imposibilidad de realizar el sondaje. Por tanto, enfermería ha realizado el sondaje vesical del 72% de los pacientes estudiados.
En cuanto a los accesos venosos periféricos, se canalizaron en todos los casos excepto en 1, en cuyo caso el paciente era

portador de un catéter venoso central a su llegada al servicio. Se han tenido que excluir a 8 pacientes de esta variable ya que no se ha encontrado información en los documentos revisados sobre la canalización y número de CVP que se canalizaron. Al 33% de los pacientes (64) se les canalizó un único CVP. El 66% restante (127) precisaron la canalización de 2 o más CVP.
El 36% (72) de los pacientes estudiados fue portador durante su estancia en urgencias de un acceso vascular central. De estos 72 pacientes, el 31% (22) llevaban ya el acceso a la llegada al servicio. Al 19% UCI les canalizó un CVC y al 50% enfermería de Urgencias les canalizó una PICC.
El 47% (94) de los pacientes estudiados fueron atendidos en un box de semicríticos de urgencias. El 53% restante (106) fueron atendidos en un box convencional.

CONCLUSIONES

El enfermo séptico comporta una carga asistencial alta y unos cuidados de enfermería complejos, con la necesidad de la realización de múltiples técnicas, administraciones y control continuo del estado del paciente y vigilancia estricta de su estado hemodinámico. Destaca que más de la mitad de estos pacientes son atendidos en boxes convencionales, donde la ratio de enfermería por paciente es mayor (ratio 6:1) que en un box de semicríticos (ratio 4:1), dificultando la correcta atención de estos pacientes.

P. #1335

BENEFICIOS DE LA PUNCIÓN ECOGUIADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ginés Alcaraz Abril
Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 76 años, HTA Y DM tipo II, Ca de mama izquierda en estadio IV, con metástasis en útero y pulmones. Acceso venoso dificultado por los tratamientos prolongados de quimioterapia. Acude a urgencias del hospital por fiebre 38.9°C y linfedema en miembro superior izquierdo. Durante el protocolo de acogida, se observa FC:129, TA: 87/41 y taquipnea de 35. Con el objetivo de administrar el tratamiento urgente ante la sospecha de sepsis, se procede a la canalización de vía venosa periférica. Tras dos intentos de punción por el método tradicional, se decide optar por el uso del ecógrafo para mapeo de las estructuras y vasos sanguíneos localizables para la canalización venosa. Se elije el brazo derecho para evitar el afectado por el linfedema y aun así nos encontramos con un brazo edematizado y venas no palpables. Al realizar la ecografía, usando la sonda recta del ecógrafo a la altura de la fosa cubital, la imagen nos muestra el paquete vascular del brazo, donde se aprecian la vena mediana, cubital y cefálica, todas con un calibre inferior a 3mm de diámetro. Se continúa ascendiendo por la cara interna del brazo, siguiendo el trayecto de la vena basílica, hasta que, a una profundidad de 1,2 cm la basílica interna alcanza un calibre de 8mm, adecuado para la canalización de un catéter de 18 G (El calibre del catéter ha de ser máximo un tercio del diámetro del vaso).
Una vez localizado el vaso y su profundidad, se procede a la punción mediante la técnica por el método estático, realizándose de manera adecuada, resultando una canalización eficiente y posibilitando la administración rápida y efectiva del tratamiento necesario.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra los beneficios de implementar la ecografía en enfermería tanto dentro como fuera del hospital. Como justificación, se realizó un estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica en bases de datos y revistas sobre el manejo de la ecografía en enfermería, analizando protocolos hospitalarios y su aplicación en contextos intra y extrahospitalarios. Diversos estudios respaldan esta práctica, como el de María Montealegre Sanz et al., que muestra una reducción en el tiempo de las técnicas y la efectividad de la ecografía en pacientes con acceso venoso normal y difícil. Investigaciones de Miguel Ángel Rodríguez et al. y Balh A et al. indican que su uso disminuye el número de punciones y el dolor asociado a ellas. Sin embargo, de Balh A et al. destaca la necesidad de entrenar a los enfermeros a través de programas educativos. McCarthy et al. y Christopher Schott et al., demuestran que, con la formación adecuada, se logra una tasa de éxito superior en comparación con métodos tradicionales. En cuanto a la elección de la zona de punción, John Camilo García Uribe sugiere priorizar la vena cefálica y antebraquial, ya que son más accesibles y menos profundas. En

general, el uso de la ecografía reduce las complicaciones en comparación con la técnica a ciegas, mejorando así la calidad de la atención.
Los resultados sugieren que, en pacientes con acceso venoso complicado, es necesario implementar técnicas que mejoren la atención. La ecografía es una herramienta eficaz, segura, económica y accesible que permite a los profesionales localizar venas con precisión en emergencias.
En resumen, la ecografía en enfermería avanzada mejora la atención en urgencias al optimizar la toma de decisiones clínicas y asegurar una atención más rápida y precisa. Identificar barreras y competencias, junto con una formación adecuada, maximiza sus beneficios, lo que se traduce en mejores resultados de salud para pacientes críticos. Este trabajo pretende dejar una puerta abierta para que la enfermería avanzada ocupe el lugar que se merece dentro del equipo asistencial.

P. #1448

CASO CLÍNICO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Luis Vila Cornejo
Hopital Infanta Leono, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Caso Clínico: Paciente Psiquiátrico en Urgencias
La atención de pacientes psiquiátricos en los servicios de urgencias presenta una serie de desafíos complejos para los equipos médicos. Los trastornos psiquiátricos en situaciones de emergencia requieren un enfoque que combine tanto el tratamiento clínico como la gestión adecuada de la seguridad del paciente y la organización de los recursos. En este contexto, la innovación en medicina de urgencias y emergencias juega un papel crucial para mejorar la eficiencia de la atención y garantizar un manejo adecuado de los pacientes. Este trabajo analiza un caso clínico de un paciente psiquiátrico que ingresa a urgencias, donde se implementaron enfoques innovadores tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, lo que permitió una atención integral y adecuada.
Presentación del Caso
Se presenta un paciente masculino de 34 años, sin antecedentes médicos significativos, que acude al servicio de urgencias con síntomas característicos de agitación psicomotriz, alucinaciones auditivas y una marcada paranoia. El paciente manifiesta sentirse perseguido por alguien que quiere hacerle daño y muestra una alta ansiedad y defensividad hacia el personal médico. Su comportamiento se muestra errático y presenta una profunda confusión, ya que no recuerda cómo llegó al hospital. Se realiza un análisis exhaustivo para descartar intoxicaciones, con resultados negativos en las pruebas de sangre y orina, lo que apunta a un trastorno psiquiátrico como causa de su estado.
Historia Clínica y Evaluación
Al interrogar al paciente, se obtiene información relevante para la historia clínica. Refiera antecedentes de ansiedad generalizada sin un diagnóstico formal de trastornos psiquiátricos graves. No existen antecedentes familiares directos de enfermedades psiquiátricas, aunque sí se menciona la presencia de enfermedades cardiovasculares en su familia. El paciente ha estado enfrentando altos niveles de estrés tanto laboral como personal en los últimos meses, lo que ha afectado su bienestar emocional y podría haber contribuido al episodio psiquiátrico.
En la exploración física, los signos vitales del paciente son normales, pero se observa un notable nivel de inquietud, con tensión muscular evidente. No presenta déficits neurológicos focales, pero se destacan signos de agitación. A partir de la evaluación, se establece un diagnóstico preliminar de trastorno psicótico breve, posiblemente desencadenado por el estrés acumulado. Este diagnóstico es provisional y debe ser confirmado a lo largo del seguimiento clínico posterior.
Manejo Inicial e Innovador
El manejo del paciente se llevó a cabo mediante medidas que aseguraron una rápida estabilización de su estado físico y emocional. Se priorizó el uso de contención verbal y, en caso necesario, se implementaron medidas farmacológicas para controlar la agitación. Sin embargo, el equipo médico adoptó un enfoque innovador al intentar evitar el uso excesivo de

sedantes, dado el riesgo que estos conllevan en pacientes con trastornos psiquiátricos. Se optó por intervenciones terapéuticas de desescalada verbal, complementadas con una terapia cognitivo-conductual breve. El objetivo de estas técnicas fue resolver el conflicto emocional del paciente sin recurrir a un enfoque completamente farmacológico.

CONCLUSIONES

Conclusión
Este caso clínico subraya la importancia de incorporar enfoques innovadores en la medicina de urgencias y emergencias, especialmente en el manejo de trastornos psiquiátricos. La colaboración interdisciplinaria, el uso de la telemedicina y las tecnologías avanzadas han demostrado ser herramientas eficaces para mejorar la calidad del cuidado, reducir los tiempos de espera y optimizar la gestión de recursos en situaciones críticas. Este caso ejemplifica cómo un enfoque más integral y colaborativo puede transformar el tratamiento de los pacientes psiquiátricos en urgencias, ofreciendo soluciones más humanas y eficientes en contextos complejos.

P. #1486

SALVADO POR UN DESCANSO

Marina Mercado Casanovas, Abril Bajo Luna, Irene García Alonso, Carla Ripoll Fernández, Cristina Codina Boquet
Hospital de Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 55 años sin antecedentes conocidos, que es traído al servicio de urgencias (SU) a través del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) con preaviso de parada cardiorrespiratoria recuperada en un centro comercial cercano a nuestro SU.
A su llegada, el paciente se encuentra con vía aérea permeable, en respiración espontánea con oxigenoterapia (mascarilla con reservorio), pálido con enlentecimiento del relleno capilar (RC) y con un valor de 3 sobre 15 en la Escala de Coma de Glasgow (GCS).
El equipo SEM realizan la transferencia de información a nuestro equipo del SU, e indican que el paciente ha tenido una pérdida de conciencia repentina en el aparcamiento del centro comercial, siendo presenciado por dos compañeros médicos de nuestro hospital, quienes verificaron que se trataba de una parada cardiorrespiratoria (PCR) e iniciaron maniobras de resucitación cardiopumonar (RCP) y aplicaron el desfibrilador eléctrico automático (DEA). El dispositivo detectó un ritmo desfibrilable, por lo que se procedió a realizar la desfibrilación con posterior recuperación de pulso. El SEM, al tener una isocrona de 2 minutos, decide priorizar el traslado a nuestro SU.
Tras el pase de información se procede a colocar dos catéter venosos periféricos (CVP) y la monitorización contínua con el monitor de desfibrilación. Realizamos una gasometría arterial, que como dato a destacar muestra un lactato de 4.5 mmol/L. A continuación, se realiza un electrocardiograma, dónde se observa una elevación del segmento ST en las derivaciones V1 y V2 y un descenso del segmento ST en DII, DIII, AVF, V3-V6.
Tras los hallazgos, se orienta al paciente como un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y se activa el código IAM. Se contacta con el centro de tercer nivel con capacidad para realizar la angioplastia primaria, y aceptan el traslado. Se administra ácido acetilsalicílico endovenoso y heparina sódica. Se procede a la intubación orotraqueal por bajo nivel de consciencia, bajo sedoanalgesia.
Durante la angioplastia primaria se observa oclusión proximal de la arteria coronaria descendente anterior, una oclusión significativa en el segmento medio distal de la arteria circunfleja, y una suboclusión con flujo anterógrado a nivel medio de la coronaria derecha. Se coloca STENT farmacoactivo en la descendente anterior de distal a proximal. El paciente se recupera en la unidad de cuidados intensivos (UCI) coronaria con buena evolución posterio

CONCLUSIONES

El caso descrito corresponde a un IAMCEST complicado con una PCR extrahospitalaria, cuyo resultado favorable fue resultado de la rápida intervención por testigos presenciales, la RCP precoz y la activación eficiente de la cadena de supervivencia.
El reconocimiento inmediato del suceso, junto con la

desfibrilación precoz y el traslado óptimo a un centro de tercer nivel para la realización de angioplastia primaria, fueron factores determinantes en la recuperación del paciente. La presencia de elevación del segmento ST en V1-V2 y descenso en derivaciones inferiores y precordiales laterales orientaron el caso hacia un síndrome coronario agudo, con sospecha de una oclusión de la arteria descendente anterior, hallazgo que fué posteriormente confirmado en la angiografía coronaria.
El manejo integral incluyó soporte avanzado de la vía aérea debido al deterioro neurológico, tratamiento antiplaquetario y anticoagulante, así como una revascularización percutánea exitosa con la colocación de un stent farmacoactivo.
Este caso subraya la importancia de la identificación temprana del IAMCEST, la activación del código IAM y la intervención rápida mediante angioplastia primaria, estrategias fundamentales en la reducción de la mortalidad y mejora del pronóstico en pacientes con síndromes coronarios agudos.

P. #1488

NEUMOTORAX RECURRENTE: CUANDO HAY DOS SIN TRES

María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], Elena Aparicio Aparicio[1], María Gloria Méndez Gómez[1], Iván Corro Trives[2], María Pilar Díez Álvarez[3], Víctor Manuel Navarro Gonzalo[1]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Servicio de emergencias 061, Cantabria, España
3. CAULE, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo De consulta:
Mujer de 20 años que acude por dolor torácico y disnea
Anamnesis:
Paciente que refiere dolor súbito en hemitórax izquierdo desde ayer con leve mejoría tras dexketoprofeno 25 miligramos. En el día de hoy, se intensifica el dolor con los movimientos respiratorios, se asocia disnea y afonía.
Antecedentes personales: Trastorno depresivo adaptativo leve. Medicación habitual: alprazolam 0,25 mg y bromazepam 1,5 mg, desvenlafaxina 50 mg
Exploración física:
Buen estado general, afebril, normocoloreado, normoperfundido. Taquipneica a 24 respiraciones por minuto, sin aumento de trabajo respiratorio. Saturación de Oxígeno 94%
Cabeza, cuello y faringe normales, yugulares centradas y no distendidas. Disfonía. Auscultación cardiopulmonar: rítmica a 90 latidos por minuto y sin soplos; silencio auscultatorio en hemitórax izquierdo. Resto de exploración física, sin alteraciones.
Pruebas complementarias: se solicita radiografía de tórax que evidencia neumotórax izquierdo con desplazamiento mediastínico, y analítica de urgencia con coagulación, sin alteraciones.
Evolución
Se decide traslado inmediato a la observación de urgencias donde tras anestesia local y medidas de asepsia, se procede a inserción de drenaje fino torácico que se conecta a válvula de Heimlich sin aspiración. Tras la punción se objetiva mediante control radiográfico reexpansión parcial del pulmón con mediastino centrado. Finalmente, precisa de aspiración por lo que se intercambia a un drenaje cerrado convencional con tres cámaras, con succión a 10 centímetros de agua (cmH2O). Se cursa ingreso en cirugía torácica donde es dada de alta tras su resolución después de cuatro días.
Esa misma tarde acude de nuevo a urgencias por disnea y fiebre, donde tras la exploración y pruebas correspondientes, se detecta nuevo episodio de neumotórax. Se coloca drenaje pleural con aspiración a 10 cmH2O y se interconsulta a cirugía torácica que tramita ingreso de cara a actitud quirúrgica debido al hemoneumotorax. Durante la intervención se reseca bulla en lóbulo superior. Tras tres días de ingreso con resolución completa del cuadro cursa alta con seguimiento ambulatorio en consulta de especialidades.
Quince días después consulta en urgencias hospitalarias derivada desde el centro de salud por dolor torácico persistente más disnea. Ante la exploración y las pruebas complementarias

se descarta neumotórax.
Diagnóstico
1. Neumotórax espontáneo izquierdo.
2. Hemoneumotórax espontáneo tras primer episodio no resuelto

CONCLUSIONES

Conclusiones:
El neumotorax es una frecuente urgencia vital que consiste en la presencia de aire en la cavidad pleural. La magnitud de la repercusión funcional depende del tamaño del colapso, así como del estado funcional previo del paciente.
El neumotórax espontáneo se puede dividir en primario (cuando no existe enfermedad pulmonar previa, como en el caso expuesto debido a la rotura de una bulla) o secundario (debido a una enfermedad pulmonar).
El pronóstico dependerá del manejo urgente, de los cuidados al paciente y del tratamiento multidisciplinar consiguiendo un abordaje global con el objetivo de alcanzar una atención de calidad y una recuperación de la autonomía del paciente.
El personal de enfermería de urgencias tiene que estar capacitado para proporcionar cuidados especializados. Deben estar familiarizados con los dispositivos de drenaje garantizando su correcto funcionamiento y previniendo y detectando las posibles complicaciones. Entre las actividades del plan de cuidados enfermero también se incluyen el control sintomatológico (disminuir el dolor y la disnea), incentivar la fisioterapia respiratoria, sin olvidar aliviar el temor del paciente y familiares ante el suceso, así como educarlos en cuanto a los signos de alarma.

P. #1505

CORAZÓN ROTO POR UNA OMALGIA

Carla Ripoll Fernández, Cristina Codina Boquet, Abril Bajo Luna, Irene García Alonso
Hospital de Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), reflujo gastroesofágico, úlcus gástrico y tendinitis del hombro izquierdo. Consulta varias veces a nuestro servicio de urgencias por dolor en el hombro izquierdo de características mecánicas. Tras un nuevo episodio, decide avisar al sistema de emergencias médicas (SEM). A la llegada del SEM presenta hipertensión, 204/125mmHg, frecuencia cardiaca de 107lmp, leve taquipnea y SatO2 de 92%. Se le realiza un electrocardiograma (ECG) donde se aprecia una taquicardia sinusal, intervalo QRS estrecho, sin necrosis, elevación difusa del segmento ST, más pronunciada en la cara anterior donde se alcanza una elevación de 5mm y ondas T picudas. No mejora con la administración de solinitrina, con lo que se activa código IAM y es trasladado a nuestro centro tras administrar Ácido acetilsalicílico 300mg, Ticagrelor 180mg y heparina 5000 UI.
A su llegada persiste el dolor, se encuentra en situación de killip II. Realizamos una ecocardiografía donde se aprecia una acinesia del casquete apical, anterior y anteroseptal media, sugestiva de cardiopatía de estrés. Solicitamos traslado a centro terciario para valoración y tratamiento por parte de la unidad coronaria. Previo al traslado, el servicio de traumatología realiza una infiltración en el hombro derecho, quedando asintomático.
En la unidad coronaria, se realiza coronariografía que muestra el tronco común corto descendente anterior con lesión lineal a nivel ostial, arteria circunfleja con irregularidades no significativas, arteria coronaria derecha con lesión focal severa a nivel proximal y resto de vasos sin lesiones. Mediante ultrasonido vascular (IVUS) se aprecia en la arteria descendente anterior una placa calcificada sin imagen de trombo u otras complicaciones con un área luminal superior a 4.9cm2. Se le realiza ortograma que no muestra alteraciones significativas.Por estos hallazgos anteriormente se orienta como síndrome de Tako-Tsubo.
En la unidad coronaria, el paciente se mantiene estable, presentando una retrogradación parcial de la elevación del segmento ST en el ECG, sin presentar arritmias. Presenta leves signos subclínicos de insuficiencia cardiaca y tendencia a la hipertensión por lo que se administra tratamiento diurético y vasodilatador con buena respuesta. Presenta taquicardia sinusal, a la que se valorará administrar tratamiento frenador en cuanto no presente signos congestivos.
Regresa a nuestro centro, manteniéndose hemodinámicamente estable, para ingresar en la unidad de cardiología. Se mantiene monitorizado, se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS) y se valorará la administración de betabloqueantes.

CONCLUSIONES

El síndrome de Tako-Tsubo o síndrome de discinesia apical transitoria, es una enfermedad que afecta solamente al 1% de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo, siendo el estrés emocional severo el desencadenante más común. Se presenta con una clínica, no siempre típica, de dolor torácico leve a moderado e insuficiencia cardiaca. No existe un consenso para su diagnóstico, aunque se han propuesto cuatro factores fundamentales(1):
La discinesia o acinesia transitoria de segmentos apicales y medios del ventrículo izquierdo, de distribución vascular correspondiente a más de una arteria epicárdica.
Ausencia de enfermedad coronaria obstructiva o evidencia de rotura aguda de la placa en la angiografía
Anomalías en el ECG de nueva aparición como elevación del segmento ST o inversión de la onda T.
Ausencia de traumatismo craneoencefálico reciente, hemorragia subaracnoidea, feocromocitoma, miocarditis, miocardiopatía hipertrófica o aturdimiento miocárdico de origen isquémico.
Consideramos que debemos tener en cuenta otras opciones diagnósticas como el ecocardiograma ante pacientes que presenten dolor torácico para ofrecer las mejores opciones de tratamiento, así como la creación de otros protocolos y algoritmos para aquellos que presenten dolor torácico con características no típicas.

P. #1515

POTASIO DESCONTROLADO

Cristina Codina Boquet, Abril Bajo Luna, Marina Mercado Casanovas, Irene García Alonso, Carla Ripoll Fernández
Hospital de Mataró, Mataró, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 77 años, con antecedentes de poliomielitis, diabetes mellitus tipo II, trastorno bipolar tipo II, hepatopatía crónica por VHC, masa suprarrenal derecha compatible con hepatocarcinoma, TBC en 2014, perforación intestinal intervenida hace más de 30 años, en seguimiento en curas paliativas por los antecedentes mencionados anteriormente.
Es derivado a nuestro servicio de urgencias por un cuadro de desorientación en tiempo y espacio de inicio por la mañana de ese mismo día. Refieren cuadro de anorexia los últimos dos días, acompañado de deposiciones diarreicas. Sin fiebre ni ningún otro síntoma a destacar.
El paciente anteriormente a su llegada no mantiene la bipedestación, es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria y no tiene diagnóstico previo de deterioro cognitivo ni episodios de delirium anteriores.
Se realiza una analítica donde se evidencia una hiperpotasemia grave con unos niveles de potasio de 8.8 mEq/L con acidosis metabólica leve con PH de 7.288 y nivel de bicarbonato de 22.6mEq/L. Se inicia tratamiento con gluconato de calcio endovenoso y suero glucosado al 10% con 15 unidades de insulina rápida. En la analítica realizada posteriormente se evidencia una leve mejoría, aunque aún insuficiente de 7.6mEq/L, PH de 7.230 y bicarbonato de 21.4mEq/L. Se administraron 50 ml de Bicarbonato 1M, un enema e iniciamos sueroterapia. Tras estas medidas alcanzamos un nivel de 7.2mEq/L, PH de 7.308 y bicarbonato de 22.8mEq/L.
Se decide administrar salbutamol nebulizado por su acción hipokalemiante dado que el estado mental del paciente en este momento no permite la administración vía oral de otros fármacos como poliestireno sulfonato cálcico. Administramos 15 mg de salbutamol mediante aerosol, con una gran mejoría posterior de los niveles de potasio alcanzando los 6.3mEq/L. Tras estas medidas, el estado mental del paciente mejora notablemente, siendo este capaz de obedecer órdenes simples y reconocer a sus familiares.

CONCLUSIONES

En el caso de este paciente, con los antecedentes descritos, consideramos que el salbutamol es de gran ayuda como tratamiento debido a su inocuidad(1). Consideramos que aunque el salbutamol también puede administrarse vía endovenosa, la administración mediante aerosol puede evitar efectos no deseados como la taquicardia en pacientes que presentan un estado más frágil. Igualmente, se debe monitorizar mediante electrocardiograma, tanto por los efectos que pueda producir el tratamiento como por su patología en sí.

P. #1545

ROTURA CARDÍACA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

María De Los Ángeles Redondo Flórez[1], María Gloria Méndez Gómez[1], Elena Aparicio Aparicio[1], Víctor Manuel Navarro Gonzalo[1], Iván Corro Trives[2], María Pilar Díez Álvarez[3]

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Servicio de Emergencias 061, Cantabria, España
3. CAULE, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta
Mujer de 50 años que acude al Hospital Comarcal por dolor torácico.
Antecedentes de interés
Exfumadora. Bebedora social.
Antecedentes familiares
Madre con Cardiopatía Isquémica
Anamnesis
Paciente que refiere parestesias en extremidad superior izquierda desde hace dos días, malestar general, epigastralgia y dolor en zona retroesternal irradiado a la mandíbula. Cuenta febrícula ayer e hiporexia.
Constantes: temperatura 36ºC, tensión arterial sistólica 138 mmHg, tensión arterial diastólica 85 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno 98%, escala visual analógica de dolor (EVA) 2.
Exploración física: exploración pulmonar eupneica, con sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en epigastrio.
Pruebas complementarias
Laboratorio: alteración en troponina I ultrasensible 7659, PCR 10.0 mg/dl, leucocitosis 19.4
Electrocardiograma: ritmo sinusal a 88 lpm, intervalo PR 0.14 segundos , onda T negativa en V2, segmento ST descolgado en cara inferior
Radiografía de tórax y abdomen: no cardiomegalia. No hay infiltrados ni pinzamientos. Abdomen sin hallazgos.
Evolución
La paciente es trasladada al hospital de tercer nivel de referencia con sospecha de pericarditis aguda, a descartar SCASEST.
A su llegada al servicio de Urgencias, permanece hemodinámicamente estable, se monitoriza y se extrae nuevo control analítico con troponinas. Mientras permanece en el box, comienza con dolor torácico intenso y sufre parada cardiorespiratoria (PCR). Se traslada a box vital, donde se inician maniobras de soporte vital avanzado, con intubación endotraqueal con videolaringoscopio y tubo del número siete, y masaje cardíaco. En ecografía transtorácica se objetiva taponamiento cardíaco y hematoma pericárdico, con posterior pericardiocentesis parcialmente efectiva. Se avisa a servicio de Cirugía Cardiovascular que procede a esternotomía media con extracción de gran hematoma pericárdico, observándose punto de rotura de pared lateral de ventrículo izquierdo, aplicando sutura simple. La paciente recupera la circulación espontánea tras 25 minutos de reanimación. Es trasladada a la Unidad de Coronarias, donde finalmente a los 4 días, ante la gravedad y pésimo pronóstico, y de acuerdo con la familia, se limita el esfuerzo terapéutico falleciendo posteriormente.
Diagnóstico
Rotura cardíaca secundaria a Infarto Agudo de Miocardio evolucionado.
Esternotomía urgente con sutura y drenaje de hematoma.
PCR presenciada y reanimada.
Encefalopatía hipoxico-isquémica severa.
Exitus.

CONCLUSIONES

La evidencia científica existente pone de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres ante la presencia de dolor torácico asociado al infarto agudo de miocardio. Los riesgos asociados al hecho de ser fémina junto a las características del dolor torácico menos específicas, influyen en la demora en el tiempo de consulta con los servicios de urgencias y emergencias. Como consecuencia se produce un retraso en el diagnóstico que condiciona el tratamiento que normalmente será menos agresivo. Por ello, las mujeres presentan un porcentaje de fallecimiento mayor que los hombres, y un peor pronóstico tras la hospitalización.
Las mujeres muestran con frecuencia indicios (náuseas, vómitos, indigestión, dolor en la espalda o en la mandíbula…) que corresponden con el conjunto de la denominada sintomatología atípica, síntomas menos evidentes y diferentes a los descritos para los hombres.
En el caso presentado, pese a todas las maniobras de reanimación llevadas a cabo, el retraso en la consulta al sistema sanitario y consiguiente demora en el diagnóstico, supuso un desenlace funesto para la paciente.

P. #1626

IMPACTO DE LA METODOLOGA TIME EN EL CONSUMO DE MATERIALES EN LA CURA DE HERIDAS EN EL SERVICO DE URGENCIAS

Sandra Rico Carreras

Badalona Serveis Assistencial, Badalona, España

INTRODUCCIÓN

La implantación de la metodología TIME en un servicio de urgencias es un reto para enfermería. Entendiendo que un servicio de urgencias es un entorno de riesgo para nuestros pacientes con gran fragilidad, pluripatología, polifarmacia necesitan más tiempo para estabilizarse una vez tratada su fase agua. Este incremento de estadas en el servicio de urgencias nos lleva a la necesidad de contar con una herramienta para evaluar factores de riesgo y medidas de prevención.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de la metodología TIME en el Servicio de Urgencias en relación con el consumo de material de curas según cada fase del TIME.

MÉTODO

Liderazgo enfermero con la inclusión de una enfermera del servicio d urgencias en la comisión de heridas crónicas y UPP.
Participación en la elaboración y divulgación de un protocolo, formación a los profesionales de urgencias.
Creación de un cajón TIME.
Evaluación del antes y después de la implantación de la metodología del cajón TIME en el servicio de urgencias. Los periodos evaluados son 1° semestre del 2023 vs 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Disminución de la tasa de incidencia de lesiones por presión nosocomiales en el S. Urgencias (1er semestre 2023 vs 2024):
En 2023, la tasa fue 1.68 (74 casos de 11,935 pacientes).
En 2024, la tasa disminuyó a 1.42 (63 casos de 12,720 pacientes).
El valor P = 0.188 (prueba Z), indicando que la reducción observada no es estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Tendencia a la reducción de las lesiones por presión nosocomiales en el servicio de urgencias.
Aumento del consumo de material de curas para la prevención.
Continuar aplicando la metodología TIME, junto a las estrategias de prevención y monitorización para optimizar el uso de los recursos y evaluar tendencias a largo plazo.

P. #1642

CASO REAL EN MEDIO PREHOSPITALARIO: USO DE LA ECOGRAFÍA EN UNA SVAE PARA DESCARTAR UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, JUNTO CON UN ELECTROCARDIOGRAMA, EN UNA PACIENTE MUJER CARDIÓPATA CON EPIGASTRALGIA IRRADIADA AL TORAX Y CON LA PROPUESTA DIAGNÓSTICA DE COLECISTITIS AGUDA Y TRASLADO AL HOSPITAL PARA MANEJO DEFINITIVO

Octavi Rodríguez Blanco

SEM Catalunya, L'Hospitalet De Llobregat, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 50 años que llama a 112 Emergencias Catalunya indicando dolor epigástrico que irradia al torax de 2 horas de evolución que ha ido aumentando hasta hacerse muy intenso en este momento. Antecedentes de hipertensión, obesidad, cardiopatia isquémica y fumadora. La Central de Coordinación Sanitaria envia nuestro recurso SVAE (Soporte Vital Avanzado Enfermero) para la valoración en domicilio de la paciente. A nuestra llegada encontramos a la paciente sentada en el sofa, diaforetica, sin sudoración, con dolor intenso (EVA de 9/10) y con nauseas. Explica un dolor epigástrico muy intenso que irradia al torax, dolor que no cambia con los movimientos respiratorios. También explica dolor irradiado a zona lumbar. Leve taquipnea, HDM estable, saturación normal al aire ambiente. Sin signos de fallo cardíaco (no edemas en EEII ni crepitantes a l'auscultación respiratoria). No soplos ni ruidos sobreañadidos a la auscultación cardíaca.
Se realiza ECG que muestra ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización ni bloqueos AV. Se compara con último electrocardiograma disponible en historia clínica sin encontrar ningún cambio.
A la palpación abdominal muestra defensa en zona del hipocondrio derecho. Se realiza ecografía abdominal a pié de cama con un ecógrafo ultraportatil. Se observa una vesícula biliar con paredes engrosadas y imagen anecoica perivesícula. Se observa una imagen hiperecoica en el fundus de la vesícula con sombra posterior. Se orienta como una litiasis y una inflamación de la vesícula. Dolor al presionar el abdomen con la sonda ecográfica en la zona. Se administra analgesia por vía endovenosa y se traslada a urgencias bajo la sospecha diagnóstica de colecistitis aguda.

CONCLUSIONES

Las unidades SVAE formadas por un enfermero de emergencias y un Técnico de Emergencias Sanitarias (TES), pueden servir como recurso rápido para la atención urgente de alertas por dolor torácico, pudiendo descartar un evento cardíaco isquémico agudo al poder realizar un electrocardiograma y una ecografía a pié de cama. Ofreciendo, además, un tratamiento precoz para el dolor. La ecografía es una herramienta muy interesante en las unidades SVAE al ofrecer capacidad de explorar más allá de la palpación, la auscultación y el electrocardiograma. Y no limitando únicamente el uso de la ecografía para el acceso

endovenoso ecoguiado u otras técnicas de enfermería. Una formación de calidad en ecografía abdominal, cardíaca o pulmonar es fundamental para los enfermeroas/as de las unidades SVAE. El TES debe estar entrenado en el uso del ecógrafo para ofrecer soporte a la preparación del paciente y del equipo, así como durante la técnica exploratoria.

P. #1647

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EXTRACCIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO URGENCIAS HOSPITALARIAS: CONTAMINACIÓN Y DUPLICIDAD DE MUESTRAS

Sara Torres Omaña, Marta Quiñones Pérez, Sara García Alonso, María Nuria Álvarez Díez, Luis Miguel Maestro Gilmartin, Saúl Escudero Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

INTRODUCCIÓN

Entre el 15-20% de las atenciones de pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se debe a la sospecha o confirmación de un proceso infeccioso. El manejo de la sepsis incluye los estudios microbiológicos, el más predominante es la extracción de hemocultivos, que se realiza en un 14,6% de los pacientes con sospecha de infección o infección atendidos en urgencias. Entre el 30-45% de los cultivos recogidos en hospitales proceden del servicio de urgencias. Si su indicación se realiza de forma correcta los beneficios son claros: la rentabilidad incrementa, se disminuye los resultados negativos de los cultivos y se reduce la tasa de contaminación. Esta tasa debe de encontrarse en un 3%, aunque algunos estudios reflejan un porcentaje mayor, llegando hasta el 30% en los servicios de urgencias. Las guías indican que la recogida de cultivos deben de realizarse de forma previa a la terapia antibiótica.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivos conocer la tasa de contaminación de muestras recogidas en una unidad de urgencias hospitalarias y la repetición de hemocultivos en las primeras 24 horas de ingreso. Además de comprobar el momento de la administración de la antibioterapia.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico de los pacientes que presenten sospecha clínica infecciosa grave. Se incluyeron en el estudio los pacientes adultos que acudieron a urgencias que tuvieron como diagnóstico un proceso infeccioso. Se recopilaron los datos a través de las historias clínicas electrónica de dichos pacientes durante el intervalo comprendido los meses de noviembre y diciembre del 2024.

Se valoraron las variables: demográficas, nivel de urgencia asignado en triaje, constantes vitales, parámetros analíticos, recogida de hemocultivos y resultado de cultivos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Del total de la muestra el 5,02% de los pacientes estudiados presentaron un proceso infeccioso, donde el 16,85% tenían extracción hemocultivos. La tasa de contaminación de estas muestras se estableció en un 19,3%, no observándose diferencias significativas (p=0,838), frente a la contaminación presentada en las unidades de hospitalización (14,3%). Se observó en un 12,8%

la repetición de los hemocultivos en las 24 horas posteriores al ingreso. Por último, la antibioterapia se administró tras la recogida de muestras en un 77,7% frente a un 20,4%, donde se había administrado el antibiótico de forma previa a los hemocultivos.

CONCLUSIONES

La tasa de contaminación observada es elevada frente a los estándares solicitados, aunque es menor frente a la media de los servicios de urgencias. Se constató que la repetición de hemocultivos en hospitalización era menos frecuente de lo esperado. Por otro lado, la extracción de estas muestras tras la administración de antibióticos presentó una cifra sugestiva de mejora.

P. #1663

CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ENFERMEDAD DE LYME

Raquel Sánchez Castellanos, María Pilar Álvarez Díaz, Sergio Rodríguez Álvarez, Mario Pelaez García, Sergio Alonso Díaz, Sara García Alonso

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Paciente femenina de 53 años de edad, que acude al servicio de urgencias refiriendo la aparición de eritemas migratorios en diferentes partes del cuerpo. Se realiza toma de constantes vitales con alteración de la temperatura 38.5°C. Refiere sensación de cansancio, hormigueo y rigidez en el cuello de dos días de evolución.
Otros datos clínicos: No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, dislipemia, HTA.
Medicación habitual: Atorvastatina 20mg/12h. Ramipril 2.5mg/24h.
Nivel de triaje: Nivel 4 (Triaje SET) - Urgencia menor, requiere atención médica pero no es de riesgo vital inmediato.
Anamnesis: Paciente que vive en medio rural y realiza caminatas diarias con su perro por el bosque cercano a su domicilio. Niega haber notado picaduras de insectos o garrapatas. No ha presentado otros síntomas previos al cuadro actual. Se realiza exploración física con auscultación pulmonar normal y abdomen blando y depresible. Tras inspección visual, se identifica una garrapata adherida en el tobillo izquierdo.
Evolución:
Los patrones funcionales de M. Gordon que encontramos alterados por la enfermedad de Lyme se encuentran los siguientes:
Valoración de patrones funcionales:
o Patrón de percepción y manejo de la salud: Falta de conocimiento sobre prevención de picaduras de garrapata.
o Patrón nutricional-metabólico: Sin alteraciones aparentes.
o Patrón actividad-ejercicio: Realiza caminatas diarias en zonas boscosas sin medidas de protección.
o Patrón de eliminación y sueño: Sin alteraciones reportadas.
· Diagnósticos de enfermería (NANDA):
- Riesgo de infección relacionado con picadura de garrapata.
- Hipertermia relacionada con respuesta inflamatoria sistémica secundaria a infección.
- Conocimientos deficientes sobre la prevención de enfermedades transmitidas por garrapatas.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Dolor agudo.
Cuidados de enfermería:
· Extracción segura de la garrapata:
o Uso de pinzas de punta fina para sujetar la garrapata lo más cerca posible de la piel.
o Extracción con un movimiento firme y constante sin girar ni aplastar al parásito.
o Desinfección de la zona con antiséptico y monitorización de posibles signos de infección local.
· Tratamiento de la enfermedad de Lyme:

o Realización de analítica de diagnóstico.
o Administración de doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días según prescripción médica.
o Control de signos vitales, con especial atención a la temperatura corporal.
o Educación a la paciente sobre la importancia de completar el tratamiento y signos de alarma a vigilar (cefalea intensa, rigidez de cuello, trastornos de la memoria, entumecimiento, dolor, parálisis de los músculos faciales,problemas de visión, alteraciones del sueño, etc).
o Recomendaciones sobre prevención de futuras picaduras, incluyendo uso de ropa protectora y colores claros, aplicación de repelentes, revisión corporal tras caminatas y desparasitación de animales domésticos
Diagnóstico: Enfermedad de Lyme en fase temprana por picadura de garrapata en tobillo izquierdo, confirmada por evaluación clínica.

CONCLUSIONES

Paciente con manifestaciones tempranas de la enfermedad de Lyme. Se inicia antibioterapia con doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días.
Se realizan intervenciones de enfermería enfocadas en la extracción segura de la garrapata, control de signos vitales y educación sobre prevención de nuevos casos.
Se hace educación para la salud para prevenir futuras picaduras y reconocer signos y síntomas de alarma.
Se da alta con seguimiento en atención primaria.

P. #1682

ANALGESIA ADMINISTRADA POR SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERÍA. ESTUDIO RETROSPECTIVO, PRE-POSTINTERVENCIÓN

Juan Carlos Prieto Gálvez, Francisco José Cereceda Sánchez, Ana María Uréndez Ruíz, Juan José García Líndez, Natalia Martínez Cuellar, Sergio Martínez Veny
SAMU061 Baleares, Palma, España

INTRODUCCIÓN

El dolor agudo es motivo habitual de queja entre los pacientes que han sufrido un traumatismo, estudios indican una prevalencia del 70% a nivel prehospitalario, sugiriéndose que puede haber alcanzado el 90%.
Las Unidades de Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAE) son recursos asistenciales habilitados para administrar analgesia a estos pacientes de manera protocolizada y/o bajo prescripción facultativa vía telemedicina.

OBJETIVO

Los objetivos principales del estudio eran: Comprobar si la administración de analgésicos endovenosos, por Unidades de Soporte Vital Avanzado de Enfermería bajo prescripción médica, a pacientes que habían padecido un traumatismo agudo con dolor moderado/severo; producía una disminución significativa del dolor percibido. Determinar si presentaban la misma efectividad en reducir el dolor los diferentes grupos de analgésicos utilizados.

MÉTODO

Estudio observacional analítico retrospectivo unicéntrico, del tipo pre-postintervención durante los meses de enero 2019 a diciembre de 2023 en SAMU061. La población de estudio fue recolectada de manera no probabilística y casual. Los Criterios de inclusión fueron: Pacientes > 14 años que habían sufrido un traumatismo, con presencia de criterios clínicos de fractura, asistidos por una USVAE. Que dispusieran de registro de escala numérica verbal (ENV) del dolor al principio de la asistencia (ENV inicial), con una puntuación ≥ 6 puntos y con registro de esta a la llegada al centro hospitalario (ENV final). Los Criterios de exclusión fueron: Casos que no dispusieran de registro completo de la escala numérica del dolor (ENV inicial y final); que no se le hubiera administrado analgesia endovenosa. Pacientes pediátricos (Menores< 14 años); pacientes sin registro del tiempo de asistencia (hora de transferencia hospitalaria – hora inicio asistencia). Para efectuar las inferencias estadísticas debido a la diversidad de tratamientos administrados, fueron agruparon en 4 categorías según la familia de principios activos y las combinaciones efectuadas durante la asistencia: Analgésicos (Paracetamol, Metamizol, Dexketoprofeno), Mórficos/estupefacientes (Cl. Mórfico, Fentanilo, Dolantina), Mórficos más analgésicos y Mórficos más Benzodiacepinas (Diazepam, Midazolam) Análisis de los datos: análisis descriptivo de las variables cuantitativas se efectuó con media (x), desviación típica (DE). Las inferencias estadísticas efectuadas fueron con pruebas no paramétricas. Las

asociaciones entre variables fueron evaluadas usando test de hipótesis con un nivel de significación P<0.05

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el periodo de estudio fueron atendidos 592 pacientes, finalmente, se evaluaron los datos de 164 pacientes atendidos por las 2 unidades de SVAE participantes. El valor de la escala numérica verbal (ENV) inicial fue de x = 8,48 ± 1.04 puntos, mientras que la obtenida en la ENV final fue de x = 4,09 ± 2.32 puntos; con una reducción entre los dos valores de x = 4,39 ± 2.39 puntos en total, con una diferencia significativa entre ambos valores (p < 0.001), los tratamientos con mórficos y/o la combinación de estos con analgésicos menores o benzodiacepinas, presentaron superioridad frente a analgésicos menores (p=0.014).
El análisis univariado entre los 4 grupos de fármacos administrados y la diferencia obtenida en la ENV por medio del contraste de Kruskal-Wallis (H) indicaron diferencia significativa entre los tratamientos agrupados (H(3)= 10.557, p=0.014) y entre los dos recursos implicados (H(1)=7.70, p=0.006), mientras que no sugirió diferencias entre los grupos de tratamientos y el sexo de los pacientes (H(1)=0.456, p=0.499). No se registraron eventos adversos durante la asistencia que se procuró a los pacientes.

CONCLUSIONES

La administración de analgesia por personal de enfermería bajo prescripción facultativa a distancia en el medio extrahospitalario, reduce significativamente el dolor en pacientes traumatizados, siendo una opción eficaz y segura de la cual se pueden beneficiar los pacientes que padecen dolor moderado/severo. Los mórficos solos o combinados han demostrado poseer un mayor efecto analgésico frente a analgésicos menores

P. #1738

POLITRAUMATISMO EN CICLISTAS Y LA PRIORIZACIÓN OPORTUNA PARA UN MEJOR PRONÓSTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA HOSPITAL COMARCAL

Leire Delgado Arriola, Naiara Zabarte Ajuria, Itzal Gallastegui Ayastuy, Leire Altube Urkia, Mikel Garay Alberdi
Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragon, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años acude a urgencias en SVB tras sufrir un accidente de trafico. Yendo en bicicleta ha colisionado contra un autobús que iba delante que ha frenado bruscamente provocando el lanzamiento del ciclista a unos metros. Iba a una velocidad menos de 40 km/h.
A la llegada de los técnicos del SVB, sufre perdida de conciencia que recupera.
A su llegada a nuestro servicio de urgencias, portador de tablero rígido, collarín cervical e inmovilizador de cabeza.
Refiere que llevaba casco que se le ha retirado en el lugar de la colisión.
A su llegada a nuestro servicio consciente y orientado, con constantes vitales estables.
Se ubica en sala de reanimación. Se canalizan 2 vvp para muestra de analítica sanguínea y monitorizamos. Se realiza bodytac con contraste yodado sin incidencias.
Se toma muestra para pruebas cruzadas y se repite hemograma.
Se coloca sonda vesical foley, sin incidencias.
Resultado tac-abdomino pélvico:
Traumatología:
TAC: Linea de fractura que atraviesa ambas laminas de C6 y base de la apófisis espinosa, y linea de fractura en el proceso transverso izquierdo de C6 a nivel del aspecto anterior del foramen transverso.
Linea de fractura en apófisis transversa derecha de C7 que se extiende anteriormente a través del pedículo hasta el proceso traverso. No se observan otras lineas de fractura
Fuerza y sensibilidad de EESS conservada.
Plan: Mantener inmovilización con collarín cervical.
Cirugía:
EF abdomen ligeramente distendido, blando y depreisble, doloroso eh hemiabdomen izq.
Hemoperitoneo de predominio periesplénico, con lesión esplénica grado V por la presencia de pequeño sangrado activo en hematoma esplénico así como hacia peritoneo.
Lineas de fractura en arcos costales posteriores izquierdos del 1° al 9° (doble fractura en 9° arco)
Mínima lengüeta de neumomediastino y de neumotórax bilateral.
Mínimo derrame pleural izquierdo.
Hablo con rayos sangrado activo en laceración de polo superior, bazo conservado e hilio ok.
Se explica a paciente y familiares actitud y posibles complicaciones que entienden y aceptan.
En sala de reanimación presenta hipotensión arterial, iniciamos transfusión de sangre urgente.
Se revalora situación y se decide IQ urgente (en nuestro hospital comarcal) y traslado posterior a UCI.

Posterior, en la UCI buena evolución del proceso. Se decide traslado a planta posterior alta con collarín cervical semirrígido.

CONCLUSIONES

La importancia de una correcta evaluación que se ha de hacer en primera instancia para un abordaje integral y completo del paciente politraumatizado es crucial. No obstante, éste, de forma general precisará mayores intervenciones que muchas veces quedarán reservadas al ámbito hospitalario y en nuestro caso al ser un hospital comarcal saber actuar con los recursos disponibles de manera idónea es crucial para velar por la seguridad del paciente.

P. #1751

QUEMADURAS POR CONGELACIÓN EN NEPAL. EN URGENCIAS TAMBIÉN CURAMOS

Aitor Fortes Carrasco, Ester Rodríguez Roig, Adela Zambrana Osorio, Eduardo Orriols Narvaez, Glòria Clarasso Ruifernandez, Oriol Martínez Rodríguez

Pius Hospital de Valls, Valls, España

HISTORIA CLÍNICA

Con el presente trabajo presentamos nuestra experiencia de seguimiento de
curas de un paciente con quemaduras en los dedos por congelación, aunque
nuestro hospital no sea centro de referencia en esta patología, con el fin de
conseguir una mayor divulgación de esta patología entre los profesionales para
el adecuado tratamiento de la misma.
Acude a nuestro servicio de urgencias varón de 36 años el cual sufrió el 12 de
noviembre de 2024 una quemadura por congelación que le afectó a los cinco
dedos de ambas manos. Dicha quemadura se produjo mientras realizaba un
ascenso en escalada por encima de 6000 metros de altura en las montañas de
Katmandú, Nepal.
De inicio en la primera valoración en el hospital de Katmandú presenta
quemadura por congelación en la mano derecha del dedo pulgar y meñique
grado uno, del dedo medio y anular de grado dos y del dedo índice grado tres.
Por lo que hace la mano izquierda, presenta quemadura del dedo índice, anular
y meñique de grado dos, y el pulgar y el medio de grado uno.
El tratamiento inicial lo recibió en el hospital regional del país, donde empezó
con Ileoprost (prostaciclina) por 5 días, antiagregante plaquetario, fibrinolítico e
inhibidor de la adhesión linfocitaria al endotelio. Posteriormente, añadieron
antibiótico profiláctico con cefalexina, ácido acetilsalicílico (AAS) y la respectiva
cura que era tratado con silvederma y cura oclusiva.
Pasados 15 días en Katmandú, llega a la clínica Quirón Salud de Barcelona el
día 20 de noviembre, con signos de necrosis en los dedos de las manos, con
limitación para realizar la flexión de los dedos, es decir agarre, con un relleno
capilar mayor a dos segundos. Sin embargo, refiere presentar sensibilidad y se
palpa pulso radial bilateral.
En Quirón Salud continúa con ileoprost, cambia antibiótico a clindamicina,
heparina de bajo peso molecular (HBPM) y AAS. Se le realizan

curas tópicas
con silvederma y desbridamiento con bisturí y pinzas de las flictenas hasta el
día 29 de noviembre. Se le da de alta con tratamiento conservador a largo
plazo de cara a minimizar la pérdida de tejido viable. Al alta le recetan
analgesia, AAS, HBPM y seguir con las curas con silvederma en su centro de
referencia en Valls, Tarragona. Además de seguimiento con cirugía vascular de
Quirón Salud cada semana.
A nuestro centro en el hospital comarcal de Valls acudió para continuar con el
tratamiento ambulatorio. Realizamos limpieza con agua y jabón de clorhexidina,
retiramos el tejido desvitalizado de las falanges y aplicamos silvederma y
oclusión con gasa y venda por orden médica de la Quirón. Además, en las
siguientes curas le añadieron al tratamiento la pentoxifilina para mejorar el flujo
sanguíneo y reducir el dolor y los calambres de las manos.
La evolución de la lesión ha sido muy buena, quedando mayormente afectada
la falange distal del segundo dedo de la mano derecha que presenta actualmente necrosis. Desde cirugía vascular son optimistas con la evolución y por el momento, no se plantean de momento realizar una amputación de la falange
distal todo y que no lo descartan en un futuro en caso de que no evolucione
favorablemente.

CONCLUSIONES

En conclusión, en el caso del paciente aquí reportado se observó que
clínicamente las lesiones se delimitaron con el paso de los días a pesar de que
las lesiones de grado tres han requerido de mayor seguimiento y todavía se
está barajando la opción de amputación, ya que todavía hay la escara
necrótica.
El Ileoprost ha mostrado resultados beneficios a la hora de reducir las secuelas
y morbilidades posteriores. Además, el tratamiento novedoso con la
pentoxifilina si confirman los resultados beneficiosos de algunos estudios
supondría una mejora en el tratamiento de las quemaduras por congelaciones.

P. #1757

KUSSMAUL. EL ÉXITO DE LOS PEQUEÑOS DETALLES

Bárbara Galán Gómez, Elena Aparicio Aparicio, Fernando Sainz Bárcena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 46 años que acude al servicio de urgencias por disnea.
ANTECEDENTES DE INTERÉS: Diabetes tipo 1, asma.
ANAMNESIS: Paciente de 46 años que acude al servicio de urgencias por disnea súbita sin otra sintomatología asociada. A su llegada temperatura de 36,2°C, tensión arterial 123/74 mm/Hg, frecuencia cardíaca, 93 latidos por minuto, saturación de oxígeno 99%, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto. Se cataloga a la paciente con un nivel II de triaje SET.
Exploración física: auscultación cardíaca anodina, auscultación pulmonar sin alteraciones pero con una respiración profunda y forzada (patrón respiratorio de Kussmaul), abdomen blando sin dolor a la palpación. Bien perfundida.
Pruebas de laboratorio: glucemia en sangre 476mg/dl , cuerpos cetónicos en sangre 3.5 mmol/L, pH venoso 6.4mmol/L, cetonuria en orina 57mg/dl.
EVOLUCIÓN:
Se decide dejar en evolución a la fémina en la sala de observación de urgencias con monitorización cardíaca y de saturación de oxígeno, así como con una estrecha evaluación horaria de la glucemia y cuerpos cetónicos en sangre. Se comienza con tratamiento para la hiperglucemia con 500 ml de suero fisiológico endovenoso cada 4 horas, así como una perfusión continua de 25 unidades internacionales de insulina rápida diluidos en 250 ml de suero fisiológico a una velocidad de 60 ml/h, también endovenosa.
Dentro de los patrones funcionales de M. Gordon que nos podemos encontrar alterados en cuadro de cetoacidosis diabética se encuentran los siguientes, con sus correspondientes diagnósticos de enfermería NANDA:
Patrón 2: Nutricional y metabólico.
·Riesgo de nivel de glucemia inestable.
·Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico.
·Riesgo de desequilibrio electrolítico.
Patrón 3: Eliminación.
·Deterioro de la eliminación urinaria.
·Deterioro del intercambio de gases.
Patrón 4: Actividad/ejercicio.
·Patrón respiratorio ineficaz.
·Deterioro de la ventilación espontánea.
Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto.
·Ansiedad.
DIAGNÓSTICO: Cetoacidosis diabética en paciente diabética tipo 1.

CONCLUSIONES

La cetoacidosis diabética (CAD) es una descompensación metabólica aguda de la diabetes, producida por un déficit relativo o absoluto de insulina. Una afección que pone en riesgo

la vida. La CAD es causada cuando la producción de insulina en el cuerpo es tan baja que la glucosa en sangre no puede llegar a las células para utilizarlo como fuente de enegía. El hígado produce una gran cantidad de glucosa y la grasa se descompone demasiado rápido para que el cuerpo la procese. Por lo tanto, es de resaltar la importancia de la enfermería de urgencias a la hora de detectar síntomas atípicos o poco comunes de la cetoacidosis diabética, así como la formación sobre el correcto tratamiento y cuidados, para llevar a cabo una atención de excelencia.

En el caso que nos compete es de resaltar la importancia que tiene la enfermería como responsable de llevar a cabo un triaje eficaz, para el inicio temprano de las medidas terapéuticas óptimas.

P. #1759

ELECTROLÍTICAMENTE HABLANDO

Bárbara Galán Gómez, Elena Aparicio Aparicio, Fernando Sainz Bárcena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

MOITIVO DE CONSULTA: Varón de 60 años que acude al servicio de urgencias por malestar general y calambres en miembros superiores.

ANTECEDENTES DE INTERÉS: Hipertensión arterial, Enfermedad de Crohn, asma, exfumador desde hace dos años, consumo ocasional de alcohol.

ANAMNESIS: Paciente de 60 años que acude al servicio de urgencias por malestar general y calambres en miembros superiores sin otra sintomatología. Niega sensación febril, disnea, dolor abdominal u otra clínica acompañante.

A su llegada temperatura 36°C, tensión arterial 170/100 mmHg, frecuencia cardíaca 92 latidos por minuto.

Exploración física: Hidratado, bien perfundido. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneico en reposo. Auscultación torácica con tonos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, no doloroso a la palpación.

Electrocardiograma con ritmo sinusal, segmento QT de 0,6 segundos.

Pruebas de laboratorio: Calcio total 5.5 mg/dl, Magnesio en suero 0.9 mg/dl, Calcio iónico venoso 0.74 mmol/L.

EVOLUCIÓN: Se decide traslado al área de observación de urgencias para monitorización cardíaca estrecha y tratamiento con calcio endovenoso y magnesio vía oral. Se administra Cloruro Cálcico, Magnesio Boi 404,85 mg y fitometadiona 10mg endovenosa. Tras 12 horas de ajustada observación se realiza nueva gasometría venosa en la que se objetiva un calcio total 8.9 mg/dl, Magnesio en suero 1.6 mg/dl y calcio iónico 1.15 mmol/L. En el electrocardiograma se observa una disminución progresiva del segmento QT hasta ser de 0.3 segundos sin otro tipo de alteraciones.

El individuo fue valorado por el servicio de Digestivo quien le diagnosticó de un síndrome de malabsorción secundario a su Enfermedad de Crohn, lo que provocó la hipocalcemia y la hipomagnesemia. Se fue de alta tras 24 horas con cita preferente con dicho servicio para realizar un seguimiento.

DIAGNÓSTICO: Hipocalcemia e hipomagnesemia severas sintomáticas con repercusión hemodinámica.

CONCLUSIONES

La hipocalcemia es una afección en la que los niveles de calcio en sangre son anormalmente bajos. Este desequilibrio electrolítico puede tener implicaciones importantes en la función muscular, nerviosa y ósea. La detección y el manejo oportuno de la hipocalcemia son esenciales para prevenir complicaciones graves.

La hipomagnesemia es un trastorno electrolítico caracterizado por niveles anormalmente bajos de magnesio en sangre. Este mineral es esencial para numerosas funciones corporales, incluyendo la actividad muscular, la transmisión nerviosa, la

síntesis de proteinas y la regulación del ritmo cardíaco.
Por tanto, el rol de la enfermera juega un papel esencial en la detección precoz de alteraciones electrocardiográficas, así como en la garantía de una correcta administración del tratamiento para anticiparse a las posibles complicaciones graves desencadenadas por dichas alteraciones electrolíticas.

P. #1760

ENFERMERÍA COMO ROL DECISIVO EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Bárbara Galán Gómez, Elena Aparicio Aparicio, Fernando Sainz Bárcena

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA:
Varón de 68 años que acude al servicio de urgencias por disnea de reposo y desaturación.
ANTECEDENTES DE INTERES:
Hipertensión arterial, dislipemia, fumador activo, EPOC GOLD 4.
TRATAMIENTO HABITUAL:
Adiro 100mg, rosuvastatina 5mg, trixeo aerospher, omeprazol 20mg.
ANAMNESIS:
Paciente de 68 años que acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos sin aumento de la tos ni dolor torácico asociado.
A su llegada temperatura de 37,5°C, tensión arterial de 118/73 mmHg, Frecuencia de 97 latidos por minuto y Saturación de oxígeno basal de 70% y frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto.
Exploración física: Auscultación cardíaca rítmica. Auscultación pulmonar con hipoventilación global. Abdomen globuloso no doloroso a la palpación.
Mal perfundido, no edemas en extremidades, sin signos de flebitis.
Pruebas de laboratorio: pH arterial 7.32, pCO2 88 mmHg, pO2 52mmHg, saturación de oxígeno arterial 82%.
Pruebas radiológicas: se objetivan secreciones en base pulmonar derecha sin una clara condensación.
EVOLUCIÓN:
Se decide traslado al área de observación de urgencias para implementación de tratamiento broncodilatador e inicio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Se coloca una interfase buconasal AF541 Philips Respironics mediana y se programan parámetros de BIPAP con IPAP de 21, EPAP de 7 y una FiO2 al 60%. Se administran 80mg de metilprednisolona endovenosa, broncodilatadores nebulizados y 1 gramo de paracetamol.
Tras una buena adaptación con VMNI se decide realizar nueva gasometría arterial una hora después, donde se evidencia un pH 7.42, pCO2 68mmHG, pO2 80 y saturación del 96%.
El sujeto permanece en evolución durante 24 horas con monitorización cardíaca estrecha, sin detectarse alteraciones y con saturaciones de oxígeno mantenidas entre 94% y 96%. La tolerancia a la BIPAP se mantiene estable sin variaciones en los parámetros.
Es dado de alta con cita preferente en el servicio de Neumología.
DIAGNÓSTICO:
Insuficiencia respiratoria global con necesidad de VMNI.

CONCLUSIONES

La VMNI es una modalidad de apoyo a la ventilación espontánea del paciente o soporte ventilatorio que no precisa técnicas

invasivas de intubación orotraqueal ni ningún otro dispositivo que cree una vía artificial para ventilar al paciente, sino que lo hace a través de un dispositivo externo o ointerfase.
La enfermería correctamente cualificada en este tratamiento es garante de una correcta colocación, disposición y adhesión terapéutica a la VMNI por ser el personal que, a pie de cama, asegura unos cuidados de excelencia y una correcta calidad asistencial. Por tanto, se hace necesaria una formación continuada por parte de los profesionales de enfermería, para generar una adecuada seguridad clínica.

P. #1795

ABORDAJE INTEGRAL DE UNA QUEMADURA QUÍMICA OCULAR POR SOSA CÁUSTICA

Larraitz Tejedor Palacios, Mikel Garay Alberdi, Naiara Zabarte Ajuria, Itzal Gallastegui Ayastuy, Leire Altube Urkia, Leire Delgado Arriola

Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragón, España

HISTORIA CLÍNICA

Varon 34 años acude al servicio de urgencias por su propio pie el 03/02/2025 por accidente laboral por caída en una piscina con sustancias alcalinas, aleaciones de zinc y sosa cáustica.
Ha estado en inmersión completa segundos de duración con quemadura completa en ambos ojos e ingestión de liquido, que ha escupido.
A su llegada presenta urticaria generalizada, sin flictenas observables. Se observa quemadura en ambas córneas. Se aplica gel frío en ambas piernas y antebrazos.
Se encuentra muy ansioso.
Se realiza traslado a sala de reanimación, se canaliza vvp de calibre 18 para extracción sanguínea y se administra analgesia, antihemético, corticoides y STP 1000ml ev.
Tras llegada de anestesia se decide iniciar IOT sobre las 13:09h.
Se coloca pomada ocular tras IOT decidido por Oftalmología.
Se inicia perfusión de remifentanilo y propofol.
Se coloca SV.
Tras situación clínica, se decide traslado al H.Cruces.
Se realiza ingreso en unidad de grandes quemados para control evolutivo.
Se realiza hoja de IC a oftalmología para valoración, colocan Mb amniótica corneal AO + anillo de simbléfaron AO + rollito de Mb amniótica subtarsal inferior AO y pautan tratamiento. Seguimiento diario.
Se comenta el caso con digestivo, que recomiendan gastroscopia, realizada el 4/02, en la cual se descarta afectación esofágica.
Se extuba al paciente el 4/02 sin incidencias.
El 6/02 se decide alta a planta de hospitalización a cargo de oftalmología.

CONCLUSIONES

La quemadura química representa una verdadera emergencia oftalmológica, donde las medidas tomadas inicialmente son cruciales para el resultado visual final del paciente.
Nuestro paciente presentó una quemadura química grave con una afectación visual grave y finalmente una ceguera.
El mal uso de la soda cáustica puede tener graves riesgos y consecuencias para la salud. la irritación ocular, las quemaduras en la piel, la inhalación de vapores y la ingestión accidental son algunos de los peligros asociados con este producto químico corrosivo. es fundamental tomar las precauciones adecuadas al manipular la soda cáustica, como usar equipo de protección personal, manipularla adecuadamente y almacenarla de manera segura.

P. #1856

ROLL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN URGENCIAS

Jaime Encinas De Blas, Ester Resani Martínez, Elisabeth Granado Romero, Moises López Calle

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

INTRODUCCIÓN

La incorporación de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en urgencias mejora la experiencia del paciente y reduce los tiempos de primera atención y permanencia. De tal manera que enfermeras con formación y experiencia actuando bajo protocolos consensuados resuelven motivos de consulta de baja complejidad. Además, mediante dichos protocolos los EPA administran analgesia y antieméticos de forma autónoma, mejorando la gestión del dolor y la experiencia del paciente. El equipo de EPA combina funciones asistenciales y de gestión. Esto fortalece la profesión enfermera al dotarla de nuevas competencias y autonomía en la toma de decisiones.

Justificación

El aumento en la demanda de urgencias, la falta de facultativos y la deficiente educación sanitaria han obligado a replantear estrategias para mejorar la atención. La figura del EPA cobra relevancia debido a su liderazgo y especialización, permitiendo una respuesta más eficiente. El objetivo de este trabajo es demostrar que los EPA en urgencias contribuyen a reducir tiempos de estancia y mejorar la atención. Se analizaron datos de un año de implementación, en el que se resolvieron 527 casos de manera autónoma. Los servicios de urgencias suelen enfrentar sobrecarga y largas esperas, afectando la calidad de la atención. La incorporación de EPA optimiza los flujos de trabajo, ya que su formación les permite realizar evaluaciones y tratamientos antes reservados a los médicos, agilizando los procesos y mejorando los resultados clínicos.

Descripción

En 2017, se creó el perfil de Enfermera Coordinadora o Referente del Circuito de Consultas de Urgencias, con el objetivo de reducir tiempos de espera y mejorar la organización de pacientes. Sus funciones incluían: - Apoyo en triaje y organización de consultas - Adelanto de pruebas complementarias - Administración anticipada de analgésicos/antitérmicos - Curas de heridas y seguimiento de pacientes psiquiátricos

Este perfil evolución hacia la figura del EPA en urgencias. En 2021, se identificó que ciertos motivos de consulta podían resolverse sin intervención médica, por lo que se creó un equipo de enfermeros con alta capacidad asistencial y de gestión. En 2023, se implementó un circuito digital para gestionar de manera autónoma casos de baja complejidad, abordando: - Curas simples y complejas - Retirada de suturas/grapas - Manejo de drenajes y sistemas VAC/PICCO - Problemas con SV, SNG o PEG

El equipo actual de cuatro EPA garantiza presencia en todos los turnos. Su labor no solo es asistencial, sino también de gestión, manteniendo funciones clave de la Enfermera Coordinadora de Urgencias. Desde 2018, y revisado en 2023, existe un protocolo que permite a los EPA administrar analgesia y antieméticos antes de la valoración médica, optimizando la gestión del dolor. Este protocolo, avalado por la dirección médica y de enfermería, mejora la experiencia del paciente y su percepción de la atención recibida.

Discusión

La implementación de EPA en urgencias es una estrategia efectiva para mejorar la eficiencia y calidad asistencial. Su capacidad para realizar evaluaciones y diagnósticos rápidos acelera la toma de decisiones, reduciendo tiempos de espera y liberando a los médicos para atender casos más complejos. Los pacientes que son atendidos por EPA reportan mayor satisfacción, debido a la rapidez y calidad del servicio. El papel del EPA se sustenta en la necesidad de optimizar los recursos sanitarios. Al asumir la gestión de casos de baja complejidad, se alivia la carga del personal médico. En conclusión, la incorporación de Enfermeros de Práctica Avanzada en urgencias ofrece beneficios significativos para los pacientes y el sistema de salud, representando una solución viable y necesaria para enfrentar los desafíos actuales y futuros.

P. #1879

INTRODUCCIÓN A LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE AVANZADO

Antonio Aznar Bernal[1][2], Paloma Echevarría Pérez[2], Sergio López Alonso[2]

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
2. Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El triaje avanzado es aquel en el que "el personal de enfermería continúa el proceso asistencial protocolizado, anticipando la ejecución de intervenciones delegadas." Otra definición sugiere que se trata de "una serie de maniobras diagnósticas y terapéuticas previamente protocolizadas que inicia el personal de triaje, agilizan el proceso diagnóstico-terapéutico y aumentan el confort de los pacientes y familiares". Esto sugiere que el rol de la enfermera no se limita a la evaluación y gestión del tiempo de atención del paciente, propia de un triaje básico, sino que incluyen competencias mucho más complejas y tradicionalmente atribuidas al personal médico. Al ser el triaje avanzado un término emergente y, debido a la falta de evidencia de su implantación en los centros hospitalarios, resulta complejo determinar qué funciones están incluidas y cuáles no; por lo que su identificación permitiría establecer modelos de triaje avanzado ante determinadas situaciones con su posterior implementación.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es identificar y describir aquellas intervenciones y procedimientos que están considerados como propios de un Triaje Avanzado en enfermería y comparar los beneficios obtenidos con respecto al Triaje Básico.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica, con búsqueda en la base de datos Medline, mediante el uso de lenguaje simple y términos MeSH tales como Triage, Nurse, Nurse Practitioner, Drug Prescription, Pain Management, Clinical Laboratory Techniques, Diagnosis, y Advanced Nursing Practice, durante los meses de Abril y Mayo de 2023. Se incluyeron todos aquellos estudios en los que existiese un protocolo establecido en triaje en los que el profesional no sólo se limitase a la evaluación del paciente sino también a comenzar otras acciones tales como la solicitud de pruebas diagnósticas o la prescripción; se incluyeron aquellos artículos publicados entre 2018 y 2023, en castellano y en inglés. Se excluyeron todos aquellos artículos en los que la enfermera no fuese la profesional encargada de llevar a cargo esas técnicas. La búsqueda sugirió 104 artículos de los que 14 finalmente, cumplieron con los requisitos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los resultados se sintetizaron en diferentes categorías de análisis mediante el programa MaxQda. Se identificaron como procedimientos de Triaje Avanzado la petición de pruebas diagnósticas (radiografías, analíticas de sangre y orina, electrocardiogramas y glucemia capilar), la prescripción de fármacos (analgésicos, antipiréticos), el diagnóstico clínico (en protocolos de sepsis) y la identificación y manejo del soporte vital avanzado. En cuanto a los beneficios obtenidos, el triaje avanzado proporciona una disminución del tiempo total de estancia en urgencias, ayuda a priorizar a los pacientes más graves, aumenta el confort y la satisfacción del paciente, reduce el retraso en diagnosis y la administración del tratamiento y el estrés relacionado con los tiempos de espera.

CONCLUSIONES

Las técnicas y procedimientos descritos se repiten en varios protocolos consultados que responden a la descripción de triaje avanzado, lo que sugiere que dichas técnicas podrían constituir gran parte del triaje avanzado.

P. #1889

VOLTERETA TRAUMÁTICA EN CENTRO DE CAMAS ELÁSTICAS

Esther Arias Moya, Andrés Mira Galmes, Sergio Martínez Veny, Manuel Navarrete Navarrete, Erica Hernández Calvo, Cinta Del Rocío Coronel Escobar

SAMU 061 BALEARS, Palma De Mallorca, España

HISTORIA CLÍNICA

ctiva centro coordinador a SVAE por caída desde propia altura en centro recreativo de colchonetas. El paciente presenta dolor cervical, pero se puede mover.
A nuestra llegada, paciente de 35 años en decúbito supino, consciente y orientado.
A; Vía aérea permeable
B: Respiración simétrica, eupnea.
C: Pulso radial conservado, rítmico y fuerte. Relleno capilar < 2seg
D: Glasgow 15, pupilas reactivas isocóricas medias
E: Refiere un Eva de 7 ubicado en zona dorsocervical. Moviliza 4 extremidades y refiere que quiere levantarse.
Se realiza monitorización del paciente presentando FR: 14 rpm, SPO2: 98% en aire ambiente, FC:75 lpm en ritmo sinusal, TA: 112/69 mmHg, Glucemia: 130 mg/dl Tª: 36°C.
Testigos informan que le han visto dar una voltereta y posteriormente ha presentado la clínica por la que nos activan.
Se explica al paciente que se le inmoviliza con collarín cervical y se canaliza VVP para la administración de analgesia previo a la movilización.
Se avisa a centro coordinador transmitiendo información con método IDEAS. Paciente sin alergias medicamentosas ni AP de interés, niega tomar medicación. Desde Centro coordinador el médico regulador prescribe fentanest 75 mcg ev previo a la inmovilización. Tras administración de analgesia el paciente refiere mejoría de Eva a 5. Se procede a trasladar al paciente con tablero espinal y araña a la camilla con colchón de vacío.
El paciente refiere que continúa con Eva mantenido en 5 con sensación nauseosa y desde centro coordinador el médico regulador preescribe 75 mcg más y ondansetron ev.
Se realiza traslado al hospital de destino sin incidencias.

CONCLUSIONES

Tras pruebas complementarias en hospital de destino el paciente que previamente refería que quería levantarse e ir a la ambulancia presenta en los resultados del TAC: Fractura estallido del margen anterior del cuerpo vertebral de T3 con acuñamiento anterior, sin afectación del muro posterior /canal medular.

P. #1891

MANEJO PREHOSPITALARIO DE HEMATEMESIS MASIVA EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PORTAL

Andrés Mira Galmes, Esther Arias Moya, Sandra Donoso Mayoral, Jaime Amengual Colom, Carmen González Triguero, Andreu Mascaro Galmes

SAMU 061 BALEARS, Palma De Mallorca, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 34 años de origen alemán, residente, llama a urgencias médicas por cuadro de astenia, mal estar general y vómitos persistentes de dos días de evolución, entrevista telefónica complicada por barrera idiomática.
Antecedentes Personales:
Esofagitis por reflujo.
Hipertensión portal.
Abuso crónico de alcohol.
Ingreso 6 meses antes por distensión abdominal e ictericia, con gastroscopia sin evidencia de varices esofágicas.
Se activa soporte vital básico para valoración y posible traslado hospitalario. A la llegada del recurso en el domicilio, paciente en la cama, muy débil, apenas habla y al lado presenta un cubo con sangre (≈200cc) comenta que son vómitos Tras toma de constantes paciente taquipneico, taquicárdico, con mal aspecto general e hipoglucémico. Equipo asistencial llama a la central coordinadora de urgencias médicas (CCUM) y pide recurso avanzado.
El médico de CCUM al no disponer de ningún soporte vital avanzado (SVA), activa soporte vital avanzado de enfermería (SVAE) para nueva valoración y posible tratamiento.
A la llegada de la SVAE se realiza nueva valoración:
A: Vía aérea amenazada, inconsciente.
B: FR 30 rpm, SpO_2 92% con trabajo respiratorio.
C: FC 130 lpm, TA 87/37mmHg, índice de shock 1,49. Mala perfusión, piel fría, pálida e ictérica.
D: Escala AVDN: No responde. Pupilas isocóricas, midriáticas y reactivas. Hipoglucemia (LOW). T° 35°C.
E: Abdomen distendido, edemas en MMII con fóvea.
Tras valoración primaria se coloca cánula orofaríngea y se administra oxigeno 100% con mascarilla reservorio. Paciente con malos accesos vasculares en extremidades superiores, se coloca acceso vascular de gran calibre en yugular externa derecha, obteniendo una gasometría venosa (pH 7, pCO2 22.6, HCO3 5,6, Htc <10, cHgb sin valor, BE -22,8, Lactato 19,10, Glucosa <20)
Tras los procedimientos se llama al médico de CCUM para informar del estado del paciente. Se decide activar vehículo de intervención rápida (VIR) e iniciar tratamiento endovenoso:
Suero fisiológico (500cc).
Omeprazol (80 mg IV).
Ondansetrón (8 mg IV).
Glucosa (10g + 10g IV).
A los 15 min de la llamada llega el VIR y se decide aislar la vía aérea con intubación orotraqueal por bajo nivel de consciencia. Durante la intubación se intenta una segunda vía periférica sin éxito, pero si se consigue una segunda muestra para una segunda gasometría.
Tras la persistencia de hipotensión arterial y taquicardia, se

administra una segunda carga de 500cc SF. Los niveles de glucemia previamente corregidos (120mg/dl) vuelven a descender a 44mg/dl y se repite administración de 20g de glucosa IV. Tras estabilización, se decide medicalizar SVAE para traslado hospitalario más cercano con preaviso.
Durante el traslado, paciente presenta hematemesis masiva con posterior parada cardiorrespiratoria (actividad eléctrica sin pulso). Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) con la administración de 1mg de adrenalina. Tras 2 minutos, paciente recupera circulación espontánea y acto seguido se inicia perfusión de noradrenalina + administración de bicarbonato 1M.
Desenlace: A la llegada a urgencias se transfiere paciente en la sala de RCP y se realiza transfusión masiva junto a gastroscopia de urgencia, diagnosticando varices esofágicas sangrantes. Se procede a la colocación de hemoclips, adrenalina y spray coagulante.
Paciente sufre fallo multiorgánico y es éxitus tras 3 días en UCI.

CONCLUSIONES

La gestión rápida ante un gran sangrado es crucial para la supervivencia del paciente.
La estabilización inicial en el ámbito prehospitalario puede impactar en el pronóstico, aunque en este caso, la gravedad del cuadro llevó a un desenlace fatal.
La activación temprana de recursos avanzados es esencial ante pacientes con riesgo de descompensación grave.

P. #1895

GESTIÓN ENFERMERA DEL TRIAJE DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO: DERIVACIÓN AL CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Angèlica Varon Álvarez, Belén Fernández Torron, Cristina Llamas Medina, Aroa López Martínez, Marina Torres Farran, Verónica Cope Aranda

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La derivación sin visita médica al Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) ha sido clave para optimizar la atención en urgencias hospitalarias. Tras la pandemia de COVID-19, entre 2022 y 2024, se observó un aumento de estas derivaciones debido a la sobrecarga hospitalaria, resaltando la importancia de la atención primaria para casos menos complejos. La enfermera de urgencias, mediante el triaje, clasifica y deriva a los pacientes adecuadamente, liberando recursos hospitalarios para los casos graves.

OBJETIVO

1. Describir el flujo de derivación al CUAP realizado por la enfermera de urgencias en un hospital terciario.
2. Analizar la evolución de las derivaciones entre 2022-2024 en comparación con 2019-2021.
3. Describir el perfil demográfico de los paciente derivados.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico, que revisó las derivaciones realizadas por enfermería entre 2022 y 2024, comparándolas con los datos de 2019-2021. También se analizó el perfil demográfico de los pacientes derivados.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el período 2022-2024 se derivaron 17.564 pacientes. En 2022 hubo 6812 derivaciones, disminuyendo a 5909 (5'1%) en 2023 y 4843 (4'2%) en 2024. Este descenso coincide con un aumento en la actividad de los CUAP, lo que sugiere una mayor familarización de la población con estos centros. En cambio, si analizamos el período 2019-2021, el flujo de derivación fue de 8641 pacientes, con una disminución en 2020. Esta disminución se dió en gran parte por la situación pandémica. El perfil de los pacientes derivados fue principalmente, adultos jóvenes 20-40 años, con 8341 (47'5%) de pacientes derivados en esta franja. Prevalece el género femenino, con un 55'9% de los pacientes y entre los motivos de urgencia de baja complejidad con mayor prevalencia destaqcan el síndrome catarral y los vómitos con o sin fiebre y /o diarreas.

CONCLUSIONES

El aumento en el flujo de derivaciones al CUAP ha sido una estrategia eficiente para liberar recursos hospitalarios. La disminución reciente refleja un mayor uso de los CUAP, indicando

que la población está optando por estos centros para urgencias menores y a su vez que el papel de la enfermera de urgencias ha sido esencial para optimizar los flujos, mejorando la eficacia del sistema de salud.

P. #1937

EL 555, MUCHO MÁS QUE UN NÚMERO

Míriam Fàbrega Planas, Guadalupe González Márquez, Carmina Viana Colomer, Alba Cabanyes Roca, Sandra Gutiérrez Vila, Mireia Nierga Coromina

Hospital d'Olot, Olot, España

INTRODUCCIÓN

Nuestro hospital es un Hospital Comarcal catalogado de nivel CAT-1 tiene una superficie de más de 27.000m2, con capacidad de dar servicio a 60.000 personas.
Diariamente nuestro Hospital da cobertura a unas 13 intervenciones programadas, 95 urgencias, 373 visitas en CCEE, 26 sesiones a Hospital de Día, 175 pruebas radiológicas, 1 parto, 150 sesiones RHB y 40 estancias pacientes sociosanitarios (datos del 2022)
En él , trabajan casi 600 profesionales.
Siendo conocedores de la importancia de tener un equipo de intervención rápida (EIR) para atender los paros cardiorrespiratorios que se den en el centro, se formó una comisión que es la que se encarga de los protocolos internos sobre la atención a los paros.
Uno de los recursos para que la atención sea rápida y conocida por todos los profesionales del centro es un teléfono (555) que llevan en cada turno, todos los días del año, un médico, un enfermero y un celador del servicio de urgencias
En todos los teléfonos del hospital, hay un recordatorio que pone 555 ATURADA CARDIORESPIRATÒRIA .
En el protocolo de cómo activar este teléfono, hay un link que te lleva a un vídeo dónde de manera explícita te lo muestra
Así cómo otro link para que todo el personal, tanto el que da la atención a la parada, cómo el que activa el teléfono, sepa cómo se actúa.

OBJETIVO

- dar cobertura a todas las personas que se encuentran cada día dentro del hospital en el caso que sufran un PCR
- ser lo más rápidos y eficientes posible
- tener unas líneas de funcionamiento que no dependan de las personas que formen parte del equipo de intervención rápida sino de un protocolo bien definido.
- Que todos los profesionales conozcan cómo se activa el EIR. Y qué tiene que hacer mientras llega y cómo se transfiere el paciente. .

MÉTODO

- Reuniones periódicas de la comisión
- Crear y renovar los protocolos según el ILCOR
- Dejar en la intranet los vídeos de la activación del 555 y de cómo se actúa
- Conocer en cada turno cual es el EIR preguntando entre los profesionales quienes llevan el tlf y apuntándolo en una pizarra diariamente en el pase de parte del personal de guardia del servicio de urgencias
- Dotando carros de RCP distribuidos por todo el hospital;

concretamente nuestro Hospital dispone de 17 carros distribuidos en las 4 Unidades de Hospitalización, Hospital de Día, Quirófano, Intervención Ambulatoria, Urgencias, Salud Laboral, CCEE (x2), cafetería, Rx, Sala de Partos, Hemodiálisis, RHB.
- Todos con la misma composición exceptuando el de Hemodiálisis, urgencias y sala de partos, a causa de las particularidades de los pacientes de estos servicios.
- Dotando una mochila, parecida a SVA, ubicada en el servicio de urgencias para el personal de EIR cuando hay activación del 555

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En ocasiones son equivocaciones al pulsar la tecla que lleva el número predeterminado del 555, otras veces son pérdidas transitorias de conocimiento, convulsiones, y diversas sintomatologías que se pueden confundir con paros.

CONCLUSIONES

Cómo comisión de RCP intrahospitalaria, podemos decir que el tlf 555 funciona, siempre se da cobertura a cualquier llamada, aunque en un % elevado, no se trate de paros cardiorrespiratorios cómo tal.
Hay que destacar que al ser todos los carros idénticos, nos ayuda a una atención más rápida y eficaz
Nos obliga al personal de urgencias a hacer simulaciones periódicas para mantener la agilidad y dar la mejor respuesta posible a los PCR del centro.

P. #1940

CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS POR UN PROBABLE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Raquel Sánchez Castellanos, Sergio Rodríguez Álvarez, Mario Pelaez García, M Pilar Díez Álvarez, Cristina Rodrigo Ortego, Sara Torres Omaña

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:
Mujer de 58 años, hipertensa, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y tabaquismo activo (10 paquetes/año), que llega al servicio de urgencias por disnea, dolor torácico agudo y taquicardia. La paciente refiere que los síntomas comenzaron hace aproximadamente 2 horas tras un largo viaje en avión. Se encuentra muy ansiosa por la intensidad del dolor y la disnea.
Anamnesis: la paciente no tenía antecedentes de tromboembolismo venoso ni había sido diagnosticada con trastornos de la coagulación. Además, no había recibido tratamiento anticoagulante ni profilaxis para la inmovilización en el vuelo.
Refirió que durante el viaje estuvo sentada durante varias horas.
Se encuentra consciente y orientada, pero refiere un dolor torácico punzante, localizado en el lado derecho del pecho, que se intensifica con la respiración. La saturación de oxígeno es de 85%, la presión arterial de 145/90 mmHg, y la frecuencia cardíaca de 110 lpm. Auscultación pulmonar: estertores bilaterales.
Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias.
Evolución y Cuidados de Enfermería en Urgencias:
1. Atención inmediata:
- Se administra oxígeno al 100% a través de una mascarilla con reservorio, ya que presenta hipoxemia significativa.
- Se canaliza vía venosa periférica para la administración de sueros y fármacos anticoagulantes.
- Se realiza una monitorización continua de los signos vitales, saturación de oxígeno y electrocardiograma, observándose signos de taquicardia sinusal y un ligero desprendimiento del segmento ST.
2. Diagnóstico por imágenes:
- Se solicita una tomografía computarizada (TAC) de tórax con contraste, que confirma el diagnóstico de Tromboembolia Pulmonar Masiva en la arteria pulmonar principal, con áreas de isquemia en ambos pulmones.
3. Tratamiento farmacológico:
- Se inicia tratamiento con heparina intravenosa (inicialmente en bolo seguido de infusión continua), conforme al protocolo para el manejo de TEP.
- Se administra analgésicos intravenosos para el control del dolor torácico y ansiolíticos para controlar la ansiedad.
4. Manejo del shock y la insuficiencia respiratoria:
- Dado el cuadro hemodinámico, se inicia dobutamina intravenosa
para mejorar la función cardíaca y mantener la presión arterial.
- Se ajusta la ventilación mecánica si la saturación de oxígeno sigue siendo inadecuada, y se evalúa la necesidad de sedación para comodidad del paciente.
5. Educación al paciente:

- Se informa a la paciente sobre la naturaleza de la TEP.
- Se explica el tratamiento en curso y sus posibles efectos secundarios
- Se le proporciona información sobre signos de alarma.

6. Seguimiento y coordinación:
- Se activa el seguimiento especializado en Unidad de Cuidados Intensivos para la monitorización de la paciente.
- Se coordina con el servicio de hematología para revisar la necesidad de un tratamiento trombolítico.

Patrones Funcionales de M. Gordon Alterados:
1. Percepción y Manejo de la Salud: Ansiedad
2. Nutrición y Metabolismo: Riesgo de malnutrición
3. Eliminación: Riesgo de insuficiencia renal aguda
4. Actividad y Ejercicio: Intolerancia a la actividad
5. Cognitivo – perceptual: Dolor agudo.
9. Adaptación al Estrés: Estrés agudo
10. Seguridad: Riesgo de lesión por caída

CONCLUSIONES

Conclusiones:
El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una de las urgencias más críticas, ya que puede evolucionar rápidamente hacia un shock cardiogénico o un paro cardiorrespiratorio. La intervención temprana y adecuada, como la administración de oxígeno, heparina intravenosa y monitorización hemodinámica, es crucial para la supervivencia del paciente. En este caso, el diagnóstico temprano y la rápida actuación en urgencias, junto con el manejo farmacológico, han sido fundamentales para estabilizar al paciente.
El papel de enfermería en urgencias es esencial no solo en la monitorización continua de los signos vitales y la administración de tratamientos, sino también en la educación al paciente sobre la importancia de la prevención. La cooperación con el equipo multidisciplinario garantiza que el tratamiento sea lo más efectivo posible.

P. #1952

CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA SARNA

Raquel Sánchez Castellanos, Mario Peláez García, M Pilar Díez Álvarez, Sergio Rodríguez Álvarez, Ángela Vidal Blanco, Victoria Veledo García

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta:
Paciente de 30 años acude a urgencias por prurito intenso y erupciones cutáneas en diversas partes del cuerpo, especialmente en los espacios interdigitales de las manos, muñecas y abdomen. El paciente refiere que el picor ha aumentado en las noches, lo que le ha dificultado el sueño.
Anamnesis:
El paciente menciona que ha estado en contacto reciente con un familiar que presenta síntomas similares. No tiene antecedentes médicos relevantes, no está bajo tratamiento farmacológico y no presenta alergias conocidas. Al examen físico, se observan pápulas eritematosas y costras en las áreas afectadas, así como excoriaciones por rascado. Se realiza un diagnóstico presuntivo de sarna, y se solicita un raspado cutáneo para confirmar la presencia del ácaro Sarcoptes scabiei.
Evolución:
Tras la confirmación del diagnóstico mediante el raspado, se inicia el tratamiento con permetrina al 5% en crema, que se aplica en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo, dejando actuar durante 8-14 horas antes de enjuagar. Se instruye al paciente sobre la importancia de tratar a todos los miembros de la familia y de lavar la ropa de cama y prendas en agua caliente para evitar reinfestaciones. En la consulta de seguimiento a los 7 días, el paciente reporta una disminución significativa del prurito y mejora en la apariencia de la piel, aunque se observan algunas lesiones residuales que se están curando.
Cuidados de Enfermería:
1. Educación al Paciente: Se proporciona información sobre la sarna, su transmisión y la importancia de seguir el tratamiento completo. Se enfatiza la necesidad de tratar a todos los contactos cercanos y de realizar una limpieza exhaustiva del hogar.
2. Aplicación del Tratamiento: Se asiste al paciente en la correcta aplicación de la crema de permetrina, asegurando que cubra todas las áreas afectadas y se evite el contacto con los ojos y mucosas.
3. Control del Prurito: Se pueden recomendar antihistamínicos orales para ayudar a controlar el picor, así como el uso de lociones calmantes para aliviar la irritación.
4. Seguimiento: Se programa una cita de seguimiento para evaluar la respuesta al tratamiento y realizar un control de posibles efectos adversos. Se debe estar atento a signos de reinfestación o complicaciones como infecciones secundarias.
5. Prevención: Se instruye al paciente sobre medidas preventivas, como evitar el contacto físico cercano con personas no tratadas y la importancia de la higiene personal y del entorno.
Patrones Funcionales de M. Gordon Alterados:
1. Patrón de Percepción y Manejo de la Salud:
- El paciente presenta ansiedad y preocupación por la infestación

y el prurito, lo que afecta su percepción de salud y bienestar.
4. Patrón de Actividad-Ejercicio:
- El paciente puede experimentar limitaciones en su actividad diaria debido al prurito y la incomodidad, afectando su capacidad para realizar tareas cotidianas.
5. Patrón de Sueño y Descanso:
- El prurito nocturno interfiere con el sueño.
7. Patrón de Rol y Relaciones:
- La sarna puede afectar las relaciones interpersonales debido a la estigmatización asociada con la infestación, lo que puede llevar a aislamiento social.

Diagnósticos NANDA:
1. Prurito
2. Ansiedad
3. Alteración del Sueño
4. Riesgo de Infección
5. Alteración en la Imagen Corporal

CONCLUSIONES

Conclusiones:
La sarna es una infestación cutánea que puede causar un gran malestar, pero con un diagnóstico y tratamiento adecuados, la evolución es generalmente favorable. La educación del paciente y la implementación de medidas de prevención son fundamentales para evitar la propagación de la enfermedad. La atención de enfermería juega un papel crucial en el manejo de la sarna, no solo en la aplicación del tratamiento, sino también en el apoyo emocional y la educación sobre la enfermedad.

P. #1955

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL DEBUT DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Paula Constante Pérez[1], Elisa Felipe Carreras[1], Vanessa Palomares García[2], Noelia Navamuel Castillo[1], Cristina Benito López[1], Patricia Leal Campillo[1]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales afectan el pensamiento, comportamiento y emociones, interfiriendo en la relación del individuo con su entorno y pudiendo generar situaciones de riesgo.
La atención psiquiátrica de urgencias ha cobrado mayor relevancia en salud pública, especialmente durante la pandemia, debido al impacto del miedo y la soledad en la ansiedad y el estrés, tanto en personas sin patologías previas como en aquellas con antecedentes psiquiátricos.
Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son, a menudo, el primer punto de contacto para pacientes con trastornos mentales y conductas suicidas, desempeñando un papel clave en su detección, prevención y tratamiento.

OBJETIVO

- Determinar la proporción de pacientes con y sin antecedentes psiquiátricos atendidos en nuestro servicio de urgencias hospitalario (SUH) antes y después de la pandemia COVID-19, identificando la evolución en el debut de patologías psiquiátricas.
- Analizar la relación entre la presencia de antecedentes psiquiátricos y los distintos motivos de consulta en nuestro SUH.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica.
Se recogieron datos de los años 2019 y 2023 y de enero a octubre de 2024, con intención de cotejar los datos registrados pre y post pandemia COVID 19.
Se incluyeron aquellos pacientes clasificados desde triaje con los motivos de consulta: “Intento de autolisis”, “Alteración psiquiátrica sin especificar”, “Ansiedad y nerviosismo” y “Falta de ánimo y depresión”.
Las variables clínicas estudiadas fueron la presencia de antecedentes de patología psiquiátrica, así como la presencia de intentos de autolisis.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizó la existencia de antecedentes en los pacientes atendidos en urgencias para identificar aquellos que debutan con un primer episodio de patología psiquiátrica en nuestro SUH.
En 2019, el 55% de los pacientes (1509) presentaba antecedentes

documentados y el 45% (1239) no tenía. En 2023, los pacientes con antecedentes aumentaron al 58% (1806) y los sin antecedentes disminuyeron al 42% (1282). En 2024, la proporción de pacientes con antecedentes bajó al 53% (1352), mientras que aquellos sin antecedentes aumentaron al 47% (1188).
Se analizó la presencia de antecedentes según el motivo de consulta. Para "intento autolítico", la proporción de pacientes con antecedentes se mantuvo estable (2019: 59%, 2023: 58%, 2024: 57%), al igual que aquellos sin antecedentes (2019: 41%, 2023: 42%, 2024: 43%). En "alteraciones psiquiátricas sin especificar", el 70% tenía antecedentes y el 30% no, sin cambios significativos. En el caso de "ansiedad y nerviosismo", entre el 53-58% debutó sin antecedentes. Y en "falta de ánimo y depresión", los pacientes con antecedentes disminuyeron del 62% (2019) al 57% (2024), mientras que los sin antecedentes aumentaron del 38% al 43%.
Por otra parte, para el motivo de consulta "intento de autolisis", el 88-89% de los pacientes carecía de antecedentes de autolisis y debutó con su primer episodio, mientras que solo un 11-12% tenía registros previos, manteniéndose estable a lo largo del tiempo.

CONCLUSIONES

El análisis muestra una variabilidad en la proporción de pacientes con antecedentes psiquiátricos atendidos en nuestro SUH. En 2023, aumentó el porcentaje de pacientes con antecedentes, mientras que en 2024 se observó un incremento en aquellos que debutan con un primer episodio. Esta tendencia varía según el motivo de consulta, destacando una mayor ausencia de antecedentes en casos de ansiedad y nerviosismo. Además, los intentos de autolisis han aumentado entre 2019 y 2024, siendo en la mayoría de los casos el primer episodio del paciente.
Estos hallazgos subrayan la importancia de identificar y manejar a los pacientes que debutan con patología psiquiátrica, reforzando estrategias de detección y atención temprana en urgencias.

P. #1956

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL PRE Y POST COVID 19

Patricia Leal Campillo[1], Paula Constante Pérez[1], Vanesa Palomares García[2], Cristina Benito López[1], Noelia Navamuel Castillo[1], Elisa Felipe Carreras[1]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo.
Según la Organización Mundial de la Salud 1 de cada 8 personas en el mundo padece un trastorno mental.
Los servicios de urgencias hospitalarias juegan un papel fundamental en la identificación, intervención y manejo de estas patologías.

OBJETIVO

Describir el perfil demográfico de los pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica y conocer la tendencia en este tipo de asistencias pre y post pandemia COVID 19.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica.
Se recogieron datos de los años 2019 y 2023 y de enero a octubre de 2024, con intención de cotejar los datos registrados pre y post pandemia COVID 19.
Se incluyeron aquellos pacientes clasificados desde triaje con los motivos de consulta: "Intento de autolisis", "Alteración psiquiátrica sin especificar", "Ansiedad y nerviosismo" y "Falta de ánimo y depresión".
Las variables demográficas analizadas fueron edad y sexo de los pacientes incluidos en la muestra.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El número de asistencias totales en nuestro SUH en 2019 fue de 140.226 urgencias, de las cuales 2.748 pacientes presentaron motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica, éstos representan el 1,59% de los pacientes atendidos en la unidad este periodo de tiempo.
En 2023 el número de pacientes atendidos en el SUH fue de 140.670 urgencias, representando los pacientes con estos motivos de consulta un 2,19% del total.
Durante los meses estudiados de 2024 el número de urgencias en nuestro SUH fue de 112.915, representando un 2,24% del total

estos pacientes estudiados.
El análisis de la variable demográfica sexo de los pacientes con patología psiquiátrica, atendidos en nuestro SUH, muestran un predominio de mujeres atendidas respecto a los hombres durante los años estudiados.
En el año 2019 el 55% de los pacientes atendidos en urgencias fueron mujeres.
En 2023 el porcentaje de mujeres atendidas aumentó al 59%, manteniéndose en este valor durante periodo estudiado del año 2024.
También hay variaciones importantes en los datos analizados desglosados por grupos etarios.
En 2019 el grupo etario con mayor número de atenciones fue el de 36 a 45 años, seguido por el grupo de 15 a 25 años, el de 26 a 35 años y el de 46 a 55 años, en cuarto lugar.
En 2023, se observó un aumento general en el número de atenciones. Este incremento fue particularmente notable en los grupos de 15 a 25 años y de 26 a 35 años.
En los meses estudiados de 2024, el grupo de 15 a 25 años siguió siendo uno de los más atendidos, mientras que el grupo de 36 a 45 años continuó disminuyendo.
En cuanto a las medidas de tendencia central, la media de edad de los pacientes fue disminuyendo ligeramente en los tres años analizados: de 42 años en 2019 a 41 años en 2023, y finalmente a 40 años en 2024.

CONCLUSIONES

- Los porcentajes de mujeres y hombres atendidos en nuestro SUH por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica durante los años estudiados mostraron una tendencia constante en el predominio de mujeres.
- La media de edad de los pacientes atendidos en nuestra unidad por estos motivos de consulta ha ido disminuyendo en los años estudiados.
- La tendencia en el número de asistencias a pacientes con estos motivos de consulta ha ido en aumento, aumentando el porcentaje de este tipo de urgencias respecto del número global de asistencias.

P. #2015

EFICIENCIA EN LA EMERGENCIA: ANÁLISIS DEL SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA EN GRANADA

Ángela Jiménez García[1][2], Pedro Jesús Milla Ortega[1][2], Nicolás Benítez Muñoz[1], Genoveva Pérez Romero[1][2]

1. Servicio Andaluz de Salud (SAS), Granada, España
2. IBS- Granada, Granada, España

INTRODUCCIÓN

La sobrecarga en urgencias extrahospitalarias aumenta debido al envejecimiento poblacional y la mayor complejidad asistencial. Para responder a esta demanda sin comprometer la calidad, se han implementado Unidades de Soporte Vital Avanzado con Enfermería (SVAE), donde enfermeras especializadas asumen un rol clave en la gestión de emergencias.
Estas unidades han mejorado la atención prehospitalaria, pero su implementación en España es desigual. Actualmente, hay 90 unidades activas, con una media de siete por comunidad, pero su distribución afecta la equidad. Solo el 23 % de las comunidades permite la administración autónoma de medicamentos, limitando su eficacia.
Este estudio analiza la actividad y el perfil de los pacientes atendidos por los Equipos Móviles de Cuidados Avanzados (EMCA) en Granada, evaluando su impacto en la optimización del sistema de emergencias.

OBJETIVO

1. Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos por la unidad de SVAE.
2. Comparar la actividad sanitaria desde su implantación en 2020 hasta 2024.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y analítico con diseño transversal-retrospectivo. Se analizaron 6622 demandas asistenciales gestionadas por enfermeras de práctica avanzada en el Distrito Sanitario Granada entre diciembre de 2020 y marzo de 2024.
Los datos, obtenidos del Centro de Emergencias Sanitarias (CES) 061, incluyeron variables como edad, sexo, prioridad asistencial y resultado de la demanda. Se realizó un análisis descriptivo mediante técnicas estadísticas. El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas de bioética del Sistema Sanitario Público Andaluz.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el período de estudio, se registraron 6622 demandas asistenciales, con un incremento progresivo en el número de llamadas diarias: 4.03 en 2021, 5.1 en 2022, 6.3 en 2023 y 8.8 en 2024.
En cuanto al perfil sociodemográfico, predominó la atención a mujeres, aumentando del 58.35 % en 2020-2022 al 60.99 % en 2024, mientras que la proporción de hombres se redujo. La edad media de los pacientes bajó a menos de 70 años en 2023 y 2024.

Respecto a la prioridad de las atenciones, la mayoría correspondieron a prioridades 2 y 3, es decir, casos que requieren atención médica sin ser urgencias extremas. Se observó una mejora en la resolución de casos en el lugar y en acto único, aumentando del 60.77 % en 2020-2022 al 66.42 % en 2024, lo que indica una mayor eficiencia del equipo.

CONCLUSIONES

El análisis confirma la importancia de las unidades de SVAE en la atención extrahospitalaria, ayudando a descongestionar los servicios de urgencias y mejorando la eficiencia asistencial. La demanda ha aumentado y la tasa de resolución in situ ha mejorado, demostrando el impacto positivo de estos equipos.
Desde una perspectiva sociodemográfica, la mayor parte de los pacientes son de edad avanzada y mujeres, coincidiendo con estudios previos sobre el uso de los servicios sanitarios en España. Además, el predominio de demandas de prioridad 3 y 2 resalta la necesidad de recursos adecuados para emergencias de mediana complejidad.
No obstante, persisten desigualdades en la dotación y regulación del SVAE a nivel nacional. La falta de criterios unificados de activación y la limitada autonomía enfermera en la administración de medicamentos afectan la eficacia de estos equipos. Se recomienda avanzar hacia una mayor homogeneización del SVAE, promoviendo:
Protocolos comunes en todas las comunidades.
Mayor autonomía enfermera en la toma de decisiones.
Digitalización de registros asistenciales con lenguaje estandarizado como NANDA, NIC y NOC.
En conclusión, las unidades de SVAE han demostrado ser un recurso clave en la atención prehospitalaria, mejorando la calidad asistencial y optimizando los recursos sanitarios. Su expansión y estandarización podrían ser soluciones efectivas para responder a la creciente demanda en los servicios de urgencias, garantizando una atención equitativa y accesible para toda la población.

P. #2044

DESTINO FINAL DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS PRE Y POST COVID-19

Elisa Felipe Carreras[1], Patricial Leal Campillo[1], Vanesa Palomares García[2], Cristina Benito López[1], Noelia Navamuel Castillo[1], Paula Constante Pérez[1]

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España
2. Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son aquellos que afectan a la conducta del individuo, alterando su capacidad para relacionarse con su entorno.
Debido a los cambios acontecidos en nuestra sociedad tras la pandemia Covid19 es importante evaluar la tendencia en el número de asistencias de estos pacientes determinando su destino final tras la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalarias (SUH).

OBJETIVO

Analizar la distribución del destino final de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias hospitalario (SUH) por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica en el contexto pre y post pandemia Covid 19.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel por motivos de consulta relacionados con patología psiquiátrica.
Se recogieron datos de los años 2019 y 2023 y de enero a octubre de 2024, con intención de cotejar los datos registrados pre y post pandemia Covid19.
Se incluyeron aquellos pacientes clasificados desde triaje con los motivos de consulta: "Intento de autolisis", "Alteración psiquiátrica sin especificar", "Ansiedad y nerviosismo" y "Falta de ánimo y depresión".
Se estudio la variable destino final para este tipo de pacientes y se consideraron cuatro posibles destinos: ingreso (incluyendo traslados), alta médica, fuga y alta voluntaria. Aquellos pacientes sin destino se consideraron como altas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Las altas médicas representaron un mayor porcentaje con un 70-72% de los casos totales estudiados, seguidas por los ingresos (15-17%) y altas voluntarias (2%), manteniéndose estos porcentajes estables tanto en el año 2019 como en el 2023 y hasta octubre del 2024.
Adicionalmente, se estudió de manera específica el destino final en función de los motivos de consulta previamente mencionados. Las altas médicas representaron el mayor porcentaje en todos los grupos, destacando especialmente en los pacientes con

diagnóstico de “ansiedad y nerviosismo” y “falta de ánimo y depresión”, con porcentajes de aproximadamente 80% y 70% respectivamente. Por otro lado, los pacientes con “alteración psiquiátrica sin especificar” registraron mayor porcentaje de fugas, con un 6% en 2019 y 2023, y un 3% en el periodo analizado en 2024.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que las altas médicas fueron el destino más frecuente, seguidas de ingresos hospitalarios y altas voluntarias, sin cambios significativos entre 2019, 2023 y 2024.
En cuanto a los motivos de consulta, los de “ansiedad y nerviosismo” y “falta de ánimo y depresión” presentaron mayor tasa de altas médicas. En cambio, los pacientes con “alteración psiquiátrica sin especificar” registraron más fugas..
Estos datos reflejan estabilidad en la distribución de los destinos finales de estos pacientes en los últimos años, lo que podría indicar una tendencia mantenida en la gestión de la patología psiquiátrica en urgencias.
No obstante, es necesario investigar los factores que influyen en estos resultados, identificar áreas de mejora y evaluar intervenciones específicas. Estudios futuros podrían profundizar en la caracterización de los pacientes y explorar estrategias más efectivas para optimizar la atención.

P. #2097

IMPACTO DE RAYO: MANEJO MULTISISTÉMICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Sergio Rodríguez Álvarez, Raquel Sánchez Castellanos, Mario Peláez García, María Del Pilar Díez Álvarez, Alba Díez Tomás, David Rodríguez Álvarez

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta
Hombre de 38 años, excursionista, que durante una ruta de senderismo en alta montaña sufre el impacto de un rayo. La descarga eléctrica entra por su brazo derecho y sale por la pierna izquierda. Debido a la intensidad del impacto, el paciente cae bruscamente al suelo, golpeándose la cabeza contra una roca, lo que provoca una herida lacerante en la región occipital con sangrado moderado. Debido a la dificultad del acceso, tarda aproximadamente una hora en ser trasladado al servicio de urgencias.
Anamnesis
Paciente sin antecedentes médicos relevantes. Se presenta consciente, aunque desorientado inicialmente tras el impacto. Refiere dolor intenso en las zonas de entrada y salida del rayo, además de sensación de debilidad generalizada. A la exploración, se observan quemaduras de segundo grado en el brazo derecho y la pierna izquierda. Además, presenta una herida en la cabeza con bordes irregulares y sangrado controlado. Constantes: tensión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, temperatura 36.5°C. No presenta déficit motor, pero manifiesta hormigueo en las extremidades. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.
Evolución y Cuidados de Enfermería en Urgencias
Atención inmediata:
- Se estabiliza al paciente en posición supina y se administra oxígeno.
- Se realiza monitorización cardíaca debido al riesgo de arritmias post descarga eléctrica.
- Se inicia sueroterapia para prevenir rabdomiólisis y fallo renal.
- Se cubren las quemaduras con apósitos estériles y se administra analgesia intravenosa.
- Se limpia la herida con suero fisiológico y se controla el sangrado mediante compresión y vendaje.
- Se realiza evaluación neurológica con escala de Glasgow para descartar traumatismo craneoencefálico.
- Se realiza escáner de urgencia sin resultados significativos.

Manejo del dolor y vigilancia de complicaciones:
- Evaluación del dolor con escala Eva 7.
- Monitorización de signos de disfunción neurológica, alteraciones cardíacas o insuficiencia renal.
- Control de la función renal mediante análisis de orina y creatinina sérica.
- Observación de signos de alarma neurológica como alteración del estado de conciencia, vómitos o cefalea intensa.

Manejo de quemaduras y herida de la cabeza.
- Aplicación de antibióticos tópicos para prevenir infecciones.
- Evaluación de signos de necrosis tisular en las zonas afectadas.

- Control de temperatura corporal para prevenir hipotermia secundaria a la quemadura.
- Valoración de la herida que no precisa sutura y se administra la profilaxis antitetánica previa comprobación calendario vacunal.

Educación al paciente:
- Explicación sobre el riesgo de complicaciones posteriores, como alteraciones cardíacas o neuropatías tardías.
- Información sobre la importancia de la hidratación.

Seguimiento:
- Monitorización en urgencias por al menos 24 horas para evaluar complicaciones cardíacas o neurológicas.
- Evaluación posterior de la evolución de las quemaduras, la herida craneal y la función neuromuscular.

Patrones funcionales alterados y diagnósticos según M.Gordon:
Cognitivo-perceptual
- Riesgo de alteración del estado de conciencia relacionado con traumatismo craneoencefálico y descarga eléctrica.

Actividad y ejercicio
- Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad y parestesias.

Nutricional-metabólico
- Alteración en la integridad cutánea relacionado con quemaduras y la herida

Eliminación
- Riesgo de insuficiencia renal relacionado con rabdomiólisis.

CONCLUSIONES

Las lesiones por impacto de rayo pueden causar daño multisistémico y requieren una intervención rápida y eficaz en el servicio de urgencias para minimizar complicaciones. El papel del personal de enfermería es crucial en todas las etapas de la atención, desde la estabilización inicial hasta el seguimiento posterior. La enfermería en urgencias no solo se encarga del manejo del dolor y las intervenciones clínicas inmediatas, sino que también desempeña un rol fundamental en la educación del paciente, la prevención de complicaciones y el posterior seguimiento.

P. #2103

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRASPLANTADO EN URGENCIAS

Silvia Ascunce Guerrero, María Del Carmen Ros Madoz, Marta Jiménez Hernández
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN

Navarra es la segunda comunidad en donación de órganos.
Se realizan en nuestra comunidad un total de 1308 trasplantes renales, 329 trasplantes cardiacos y 635 trasplantes de hígado.
Este procedimiento mejora la calidad de vida de los pacientes, pero les conlleva a modificar su estilo de vida. En busca de mantener su nueva situación, para el resto de su vida.
Los equipos interdisciplinares, tienen como objetivo un cambio en los hábitos de cuidado del paciente, de forma prolongada. Y la enfermería juega un papel fundamental. Se insta al paciente a un autocuidado de calidad, para evitar los efectos no deseados como el rechazo. Por todo ello es importante crear protocolos de atención y de cuidados para los pacientes trasplantados.

OBJETIVO

Profundizar en el estudio de los protocolos de actuación del paciente trasplantado en los servicios de urgencias.
Conocer planes de cuidado de enfermería de los pacientes trasplantados en urgencias.

MÉTODO

Revisión sistemática de la bibliográfica de las distintas bases PubMed, Cinahl, Scopus.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La documentación encontrada nos ha llevado a observar que existen distintos protocolos médicos para la atención de los pacientes trasplantados. Documentación que guía la práctica clínica y mejora la atención y abordaje del tratamiento de dichos pacientes.
La atención de los pacientes comienza desde el triage, donde se determina su prioridad de atención. La catalogación de dicha prioridad es determinada por enfermería. Los pacientes trasplantados, por su inmunosupresión requieren unos cuidados específicos.
En el ámbito de la enfermería se ha comprobado la ausencia de guías específicas para el cuidado de dicho pacientes en los servicios de urgencias.
Por el contrario se han encontrado distintos diagnósticos de enfermería comunes en el cuidado que son: riesgo de infección por inmunosupresión, riesgo de dolor, riesgo de ansiedad, riesgo de conocimientos deficientes y riesgo de ansiedad familiar.
Establecer unas guías de cuidado protocolizadas puede ayudar al manejo de estos pacientes en los servicios de urgencias. Donde en muchas ocasiones el personal es nuevo o existe mucha rotación. Dando lugar a un cuidado individualizado. Con el que se pretende el bienestar y seguridad en el trato de los pacientes.

CONCLUSIONES

El triage nos ayuda a proporcionar una atención de calidad a nuestros pacientes inmunodeprimidos
Necesidad de planes estandarizados de cuidado para enfermería para evitar las complicaciones específicas que pueden tener estos pacientes.
Y la integración de estas nuevas guías o planes de cuidados en la formación y práctica diaria de los profesionales de enfermería.

P. #2114

DE LA MESA A LA SALA DE URGENCIAS: INTOXICACIÓN POR TOXINAS MARINAS

Sergio Rodríguez Álvarez[1], Mario Peláez García[1], María Del Pilar Díez Álvarez[1], Raquel Sánchez Castellanos[1], David Rodríguez Álvarez[1], Pablo Rodríguez Calabozo[2]

1. Hospital Universitario de León, León, España
2. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta
Mujer de 42 años, que acude al servicio de urgencias tras presentar síntomas gastrointestinales y neurológicos severos. Refiere haber consumido ostras crudas en un restaurante de mariscos hace aproximadamente seis horas. Posteriormente, desarrolla náuseas, vómitos, diarrea, debilidad generalizada y parestesias en labios y extremidades. Además, presenta dificultad para coordinar movimientos y disartria progresiva.
Anamnesis
Paciente sin antecedentes médicos relevantes. Se encuentra consciente, pero desorientada en tiempo y espacio. Refiere sensación de adormecimiento en cara y extremidades, además de un leve dolor abdominal. A la exploración, se observan signos de deshidratación moderada con mucosas secas y taquicardia leve. Constantes: tensiones arterial: 100/65 mmHg, frecuencia cardiaca: 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.8°C. No se evidencian signos de distress respiratorio ni alteraciones cardiopulmonares en la auscultación.
Evolución y Cuidados de Enfermería en Urgencias
- Atención inmediata: Canalización de vía intravenosa y administración de sueroterapia controlada para corrección de deshidratación. Monitorización cardiorrespiratoria y vigilancia neurológica ante el riesgo de deterioro progresivo. Administración de antieméticos intravenosos para controlar los vómitos y prevenir descompensación hidroelectrolítica. Evaluación del reflejo nauseoso y deglutorio ante el riesgo de broncoaspiración. Manejo del dolor abdominal con analgésicos.
- Manejo de síntomas neurológicos y prevención de complicaciones: Evaluación neurológica frecuente con escala de Glasgow para descartar deterioro del estado de conciencia. Control de la función respiratoria ante el riesgo de parálisis muscular progresiva. Vigilancia de signos de intoxicación severa, como insuficiencia respiratoria o hipotensión severa. Administración de carbón activado si se considera una ingesta reciente y si el paciente está consciente y sin compromiso del reflejo deglutorio.
- Educación al paciente: Explicación sobre la posible intoxicación por toxinas marinas, como la saxitoxina, presente en mariscos contaminados. Recomendaciones sobre signos de alarma que requieren atención médica inmediata.
- Seguimiento: Observación en urgencias durante al menos 12-24 horas para evaluar evolución de los síntomas neurológicos y cardiorrespiratorios. Evaluación de electrólitos y función renal para descartar complicaciones metabólicas.

Patrones funcionales de salud y diagnósticos de enfermería:

- Percepción y manejo de la salud: Déficit de conocimientos sobre intoxicación alimentaria, relacionado con el consumo de mariscos en mal estado.
- Nutricional-metabólico Riesgo de desequilibrio de líquidos y electrolitos relacionado con vómitos y diarrea. Deshidratación moderada relacionado con pérdida excesiva de líquidos.
- Eliminación: Diarrea relacionada con intoxicación alimentaria, manifestado por deposiciones líquidas frecuentes.
- Actividad y ejercicio: Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad y parestesias.
- Cognitivo-perceptual Riesgo de alteración del estado de conciencia relacionado con intoxicación por saxitoxina. Alteración sensorial (parestesias) relacionada con afectación neuromuscular.
- Adaptación- tolerancia al estrés: Ansiedad relacionada con la incertidumbre sobre su evolución.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Intoxicación por toxinas marinas (saxitoxina) con compromiso neurológico y gastrointestinal y riesgo de insuficiencia respiratoria.

CONCLUSIONES

La intoxicación por consumo de mariscos contaminados con biotoxinas marina, como la saxitoxina, es una urgencia médica que requiere de una rápida y eficaz atención en urgencias para evitar la progresión de los síntomas. El personal de enfermería juega un papel fundamental en la estabilización inicial, administrando fluidos intravenosos para corregir la deshidratación, controlando los vómitos y vigilando de cerca la evolución neurológica y respiratoria. Además, su labor es clave en la prevención de complicaciones, asegurando una monitorización continua de signos vitales y estado de conciencia para detectar cualquier deterioro a tiempo. Además la enfermería debe hacer hincapié en la identificación de síntomas de alarma que requieran atención médica urgente. A través de un seguimiento adecuado y un enfoque integral, la enfermería contribuye significativamente a la recuperación del paciente y a la prevención de futuras intoxicaciones, reforzando la importancia de su intervención en la atención de urgencias.

P. #2167

CUANDO EL AMOR SE ROMPE: MANEJO ENFERMERO DE UNA ROTURA DE CUERPOS CAVERNOSOS

Mario Peláez García, María Del Pilar Díez Álvarez, Sergio Rodríguez Álvarez, Raquel Sánchez Castellanos, Clara Solis González, David Rodríguez Álvarez

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS

Varón de 31 años, con únicos antecedentes de apendicectomía, que acude a urgencias por dolor intenso en la región genital, hematoma expansivo en pene y escroto, sensación de desmayo, hipotensión severa y dificultad para orinar. El cuadro se desencadena tras un traumatismo coital durante la actividad sexual, acompañado de un chasquido audible, pérdida inmediata de la erección y edema progresivo, lo que sugiere una rotura de cuerpos cavernosos con hemorragia interna significativa. El paciente llega en shock hipovolémico, evidenciado por hipotensión de 85/47mmHg, taquicardia con frecuencia cardiaca 123 latidos por minuto, relleno capilar lento con más de 3 segundos y diaforesis intensa. Además, se confirma un estado de acidosis metabólica por su pH de 7.22, HCO3 de 15mEq/L y un ácido láctico de 4,8mmol/L. Su hemoglobina es de 6,6g/dL. Presenta una vía aérea permeable, sin compromiso respiratorio, pero con taquipnea compensatoria de 34 respiraciones por minuto. Se encuentra consciente, orientado y poco colaborador.

Neurológicamente, mantiene un Glasgow de 14/15 con leve enlentecimiento secundario a hipoperfusión cerebral. Se observa un hematoma escrotal extenso con equimosis en berenjena y signos de sangrado interno. Presenta un nivel de ansiedad notable por riesgo de la pérdida de su función eréctil.

MANEJO EN URGENCIAS

Se inicia sueroterapia intravenosa controlada, ya sea Ringer Lactato o Suero

Fisiológico 0.9%, con monitorización constante de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en sangre. Debido a su baja hemoglobina, se administra transfusión de dos concentrados de glóbulos rojos. Se coloca sonda vesical para valorar función renal y prevenir retención urinaria. Para el control del dolor, se administra 50 microgramos de Fentanilo intravenoso, evitando AINES por su potencial efecto anticoagulante. El paciente presenta ansiedad extrema por el riesgo de disfunción eréctil, por lo que se proporciona información clara y se coordina seguimiento con psicología clínica. Para confirmar el diagnóstico de rotura de cuerpos cavernosos más hematoma circundante se realiza una EcoDoppler peneana, y en caso de duda, se podría realizar a mayores la resonancia magnética. A continuación, se realizaría una intervención quirúrgica inmediata, cuyo principal objetivo es la prevención de fibrosis y disfunción eréctil permanente.

Los patrones de salud de M. Gordon que se encuentran alterados en este caso clínico

son los siguientes:

1. Percepción-manejo de la salud:

- Ansiedad relacionada con la función sexual.

2. Nutricional-metabólico:
- Hipovolemia severa relacionada con hemorragia interna, manifestada por hipotensión, taquicardia y acidosis metabólica.
- Riesgo de alteración de la temperatura corporal.
3. Eliminación:
- Oliguria por hipoperfusión renal.
4. Autopercepción-autoconcepto:
- Miedo a secuelas sexuales permanentes.
5. Sexualidad-reproducción:
- Deterioro de la función sexual aguda manifestado por disfunción eréctil traumática.
6. Afrontamiento-tolerancia al estrés:
- Estrés postraumático relacionado con el evento traumático

CONCLUSIONES

El paciente desarrolló un shock hipovolémico grave secundario a una rotura de cuerpos cavernosos, requiriendo sueroterapia controlada, control del dolor y cirugía de urgencia para evitar secuelas funcionales. La rápida actuación en urgencias permitió estabilizar al paciente y evitar complicaciones mayores.
En el manejo de la rotura de cuerpos cavernosos con shock hipovolémico, el rol de enfermería es esencial para garantizar una intervención rápida y eficaz que minimice complicaciones y optimice la recuperación del paciente. La intervención oportuna y coordinada del equipo de enfermería en urgencias no solo garantiza la estabilidad inicial del paciente, sino que también favorece una recuperación funcional óptima, destacando su papel imprescindible en la atención integral de esta emergencia urológica.

P. #2171

NO ES DRÁCULA, PERO DUELE: ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN MORDEDURAS DE MURCIÉLAGO

María Del Pilar Díez Álvarez, Sergio Rodríguez Álvarez, Mario Pelaez García, Raquel Sánchez Castellanos, Susana González García, Noemi Romero Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta
Triaje SET: nivel IV: MORDEDURA DE ANIMAL NO VENENOSO
Varón de 37 años, espeleólogo, que durante una expedición en una cueva sufre una mordedura de murciélago en el segundo dedo de la mano derecha. Debido a la dificultad de la salida, tarda aproximadamente tres horas en abandonar la cueva.
Anamnesis
Paciente sin antecedentes de vacunación antirrábica. No realizó un lavado adecuado de la herida. Se encuentra consciente y orientado, con leve dolor, eritema e inflamación en el dedo afectado. Presenta ansiedad por el riesgo de infección y rabia. Está normoperfundido, con constantes estables. La auscultación pulmonar es normal. El abdomen es blando y depresible, sin presencia de masas ni megalias.
Evolución y Cuidados de Enfermería en Urgencias
Atención inmediata: Lavado exhaustivo con agua y jabón durante 15 minutos para reducir la carga viral y se aplica antiséptico. No se sutura la herida para evitar sobreinfecciones.
Profilaxis de la rabia: Vacunación postexposición con administración del fármaco antirrábico en los días 0, 3, 7, 14 y 28. Se infiltra inmunoglobulina antirrábica humana alrededor de la herida en dosis de 20IU/Kg, administrando el sobrante por vía intramuscular en deltoides.
Manejo del dolor y vigilancia de infección: Se evalúa el dolor con escala Eva 3 y se administra paracetamol intravenoso. Se realiza inspección de la herida para identificar signos de infección.
Educación al paciente: Información sobre la transmisión de la rabia y la importancia de completar el esquema de vacunación. Se informa sobre signos de alarma como enrojecimiento severo, secreción purulenta, parestesias, cefalea o fiebre.
Seguimiento: Se activa vigilancia epidemiológica y coordinación con el sistema de salud pública. Seguimiento por atención primaria en 48h.
Patrones funcionales alterados según M. Gordon y diagnósticos de enfermería NANDA
Percepción y manejo de la salud:
Déficit de conocimientos relacionado con la prevención de la rabia manifestado por preguntas constantes sobre el tratamiento.
Cognitivo-perceptual:
Dolor agudo relacionado con herida por mordedura.
Ansiedad relacionada con la incertidumbre sobre el manejo de la mordedura manifestado por expresión verbal de miedo y preocupación.
Actividad y ejercicio:
Deterioro de la integridad tisular relacionado con la lesión en el segundo dedo de la mano derecha manifestado por inflamación y eritema.
Diagnóstico:

Herida por mordedura de murciélago con riesgo de infección por rabia

CONCLUSIONES

La rabia es una enfermedad viral grave con una letalidad cercana al 100% una vez que aparecen los síntomas. Es causada por el virus de la rabia "Rhabdoviridae", y se transmite principalmente a través de la saliva de animales infectados o contacto con mucosas. Su período de incubación varía entre semanas y meses, dependiendo de la localización de la herida y la carga viral.
Los síntomas iniciales incluyen fiebre, cefalea, malestar general y parestesias en la zona de la mordedura. Posteriormente, evoluciona a manifestaciones neurológicas como hidrofobia, aerofobia, espasmos musculares y encefalitis progresiva, conduciendo a parálisis y muerte.
En España, la rabia se considera erradicada en perros desde 1978. La principal fuente de riesgo en la actualidad son los murciélagos insectívoros, en los cuales se ha detectado el virus en algunos ejemplares.
El manejo inmediato y adecuado de la mordedura de murciélago es crucial para prevenir la rabia. La enfermería de urgencias desempeña un papel fundamental, garantizando una respuesta rápida, segura y efectiva. Su labor abarca desde la atención de la herida hasta la administración de la profilaxis, educación del paciente y coordinación con salud pública. La formación en el manejo de zoonosis es esencial para mejorar la calidad del cuidado y prevenir complicaciones graves.

P. #2198

COMÍ ATÚN Y AHORA ESTOY ROJO: ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN LA INTOXICACIÓN ESCOMBROIDE

María Del Pilar Díez Álvarez, Mario Pelaez García, Raquel Sánchez Castellanos, Sergio Rodríguez Álvarez, Noemi Romero Rodríguez, Cristina Rodrigo Ortego

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta:
Nivel de triaje SET: Nivel III: alergia sin especificar
Paciente femenina de 26 años, acude al servicio de urgencias por presentar rubor facial, prurito generalizado, cefalea, náuseas, palpitaciones, sensación de calor intenso y leve mareo, aproximadamente 30 minutos después de una comida en un restaurante.
Anamnesis: La paciente refiere que los síntomas comenzaron súbitamente al terminar de comer. Niega antecedentes de alergias alimentarias previas. No presenta antecedentes personales de interés. No ha tomado nuevos medicamentos ni ha tenido cambios en sus hábitos. Dentro de los alimentos ingeridos refiere haber comido atún fresco a la plancha. A su llegada a urgencias, la paciente presenta eritema generalizado, urticaria en tronco y extremidades, Fc 110, PA 128/79 mmHg Fr18, Saturación: 98%, afebril. No presencia de edema facial, no edema en úvula, no dificultad respiratoria, auscultación pulmonar normal, abdomen blando y depresible, no masas ni megalias.
Evolución:
Se sospecha inicialmente de una alergia al pescado, pero tras la anamnesis se determina que se trata de una intoxicación escombroide, causada por el consumo de atún que no ha seguido la cadena de frio adecuada.
Cuidados de enfermería en urgencias según los patrones afectados de M. Gordon:
Nutricional-metabólico: Se mantiene dieta absoluta hasta mejoría de síntomas. Se administran dexcloferinamida 5 mg intravenoso, y metilprednisolona 40 mg intravenoso, según prescripción médica, para el control de la sintomatología.
Eliminación: Presenta despeño diarreico a las 2 horas de la ingestión del alimento.
Actividad y ejercicio: Taquicardia sinusal que no requiere tratamiento
Cognitivo-perceptual: Cefalea leve-moderada asociada a la liberación de histamina. Se administra paracetamol 1 g intravenoso para el control del dolor, según prescripción médica.
Autopercepción y autoconcepto: Ansiedad moderada por los síntomas experimentados.
Afrontamiento y tolerancia al estrés: Preocupación por posible reacción alérgica severa. Se brindan medidas de apoyo emocional.
Diagnósticos de enfermería (NANDA):
Riesgo de reacción alérgica relacionado con la ingestión de histamina presente en el pescado.
Alteración del confort (prurito y cefalea) relacionado con la toxicidad histamínica.
Ansiedad relacionada con la aparición súbita de síntomas.

Diagnóstico médico: Intoxicación escombroide secundaria a la ingesta de atún con acumulación de histamina por alteración en la cadena de frío.

CONCLUSIONES

la intoxicación escombroide suele ser confundida con una alergia alimentaria debido a la similitud en los síntomas. Sin embargo, la histamina no está presente de forma natural en los peces, sino que se produce después de su muerte cuando sus mecanismos de defensa contra la proliferación bacteriana se inhiben al no proteger la cadena de frío en la conservación del pescado. El atún contiene una alta concentración de histidina, la cual se convierte en histamina por acción de la enzima histidina descarboxilasa presente en las bacterias de sus branquias y tubo digestivo. Estas bacterias proliferan a temperaturas entre 20 y 30 °C, por lo que el pescado debe conservarse a 0 °C o menos para evitar su crecimiento. La conversión de histidina en histamina ocurre en etapas tempranas de la descomposición, aun cuando el pescado parece estar en buen estado, sin cambios evidentes en olor o coloración. La cocción no destruye la histamina acumulada previamente, y mantiene el riesgo de intoxicación. Es importante diferenciar esta intoxicación de una reacción alérgica en la paciente, ya que el problema radica en el manejo y conservación del pescado, no hay activación del sistema inmunológico de la paciente, sino una respuesta a la histamina ingerida.
Se mantuvo en observación durante 6h con la administración de tratamiento con antihistamínicos y corticoides, con resolución progresiva de los síntomas y después ser dada de alta del servicio de urgencias.

P. #2199

FRACTURA FACIAL: MÁS QUE UN GOLPE EN LA BOCA

Mario Peláez García, Sergio Rodríguez Álvarez, Raquel Sánchez Castellanos, María Del Pilar Díez Álvarez, David Rodríguez Álvarez, Alba Díez Tomás

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS
Varón de 28 años, deportista profesional, sufre un traumatismo facial con otro
compañero del mismo equipo durante un partido de fútbol a alta velocidad e intensidad. Debido al fuerte impacto, el paciente pierde el conocimiento durante un minuto y treinta segundos, refiere no acordarse de nada hasta que sube a la ambulancia y se realiza el traslado a través de soporte vital básico al servicio de urgencias. Paciente sin enfermedades crónicas previas. Sin alergias conocidas ni antecedentes quirúrgicos. Refiere no ser consumidor de tabaco, pero sí de alcohol de forma ocasional. A su llegada a urgencias, se encuentra consciente, colaborador y desorientado en tiempo y espacio. Presenta dolor intenso en la cara, dificultad para hablar y tragar, inflamación severa en el área maxilofacial y dificultad respiratoria debido a la inflamación con saturación de oxígeno de 91%. Se encuentra normoperfundido, con ligera hipotensión de 92/61mmHg y frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto. La auscultación pulmonar es normal, el abdomen blando y depresible. El paciente muestra una notable ansiedad y preocupación por el futuro de su imagen facial y por su dificultad a la hora de sus comidas.
MANEJO EN URGENCIAS
Se inicia monitorización de constantes, colocando al paciente en posición semi-Fowler para disminuir la dificultad respiratoria, así como la administración de oxígeno suplementario con gafas nasales según prescripción médica. Se realiza lavado exhaustivo con suero fisiológico para disminuir el riesgo de infección, así como la aspiración de secreciones para evitar la dificultad respiratoria provocada por la inflamación. Se evalúa el dolor con la escala Eva con puntuación de 9 sobre 10 y se administra Paracetamol 1gramo intravenoso y a continuación 1/2 ampolla de dolantina intravenosa. Para confirmar el diagnóstico se realiza una ortopantomografía frontal observando la
rotura maxilar superior e inferior y el desplazamiento de tres piezas dentales. Se brinda educación e información clara al paciente y a sus familiares sobre el estado de salud y los pasos a seguir para la intervención quirúrgica y su tratamiento, coordinándose de inmediato con cirugía maxilofacial para su intervención en el quirófano.
Dentro de los patrones funcionales de M.Gordon que encontramos alterados en un traumatismo facial se encuentran los siguientes, junto con sus respectivos diagnósticos de enfermería NANDA:
1. Percepción y manejo de la salud:
- Ansiedad relacionada con incertidumbre sobre su recuperación y actividad deportiva.
2. Nutricional-metabólico:
- Dificultad para la ingesta de alimentos por fractura mandibular. Se indica nutrición parenteral hasta la intervención quirúrgica.
- Riesgo de aspiración relacionado con la alteración de la

deglución.
3. Cognitivo-perceptual:
- Dolor agudo relacionado con el traumatismo facial y las fracturas maxilares.
4. Actividad y Ejercicio
- Dificultad respiratoria relacionada con la inflamación facial que afecta la vía aérea superior.

CONCLUSIONES

El traumatismo facial severo con fractura del maxilar superior e inferior representa una emergencia médica debido al alto riesgo de compromiso de la vía aérea, hemorragia significativa y posible afectación neurológica. El pronóstico depende de la severidad de la fractura, el tiempo de atención y la calidad del tratamiento quirúrgico, requiriendo una respuesta rápida, un enfoque multidisciplinario y un plan de cuidados integral para minimizar complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. La enfermería tiene un rol central en el manejo de emergencias maxilofaciales, garantizando una intervención eficaz y humanizada. La formación continua en técnicas de soporte vital, manejo del dolor, y estrategias para abordar la ansiedad de los pacientes son esenciales para mejorar los resultados clínicos y asegurar una recuperación óptima.

P. #2216

GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS. CAMINANDO HACIA LA PRÁCTICA AVANZADA

Núria Fuertes Izquierdo, Berta Aymerich Ferrer, Laura Rodríguez Vázquez, Olga Maneja Juvanteny, Júlia Bronsoms Masferrer
Hospital Universitario Dr Josep Trueta Girona, Girona, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias enfrentan una crisis estructural debido al aumento de la demanda asistencial, la falta de acceso a atención primaria y la escasez de personal sanitario. Esta sobrecarga afecta a la eficiencia del sistema y a los tiempos de espera, generando un impacto negativo en la atención del paciente.
Diferentes modelos de atención han surgido como estrategias para optimizar la gestión de los pacientes en urgencias. Entre ellos, el Triaje Avanzado (TA) o consulta enfermera de resolución autónoma, liderado por enfermería se ha consolidado como una alternativa eficaz para mejorar el flujo de pacientes y optimizar los recursos disponibles.

OBJETIVO

Determinar el impacto del triaje avanzado enfermero en la resolución de pacientes con niveles de prioridad media y baja en un servicio de urgencias hospitalario, evaluando la estancia hospitalaria media de los pacientes atendidos por la enfermera de triaje avanzado, comparando los tiempos de atención y resolución de los pacientes clasificados como nivel 4 y analizando la proporción de casos resueltos de manera autónoma por enfermería sin derivación a consulta médica.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo en un servicio de urgencias entre el 18 de noviembre y el 31 de diciembre del 2024 analizando la actividad del triaje avanzado enfermero y su impacto en la estancia hospitalaria de los pacientes adultos clasificados por el Modelo Andorrano de Triatge (MAT) 3,4 y 5. Las variables analizadas fueron, el tiempo medio de estancia hospitalaria, el número de casos atendidos y resueltos de forma autónoma sin derivación médica y la proporción de pacientes derivados a la consulta médica tras evaluación y atención primera por parte de enfermería.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los pacientes atendidos en triaje avanzado tuvieron una estancia media de 2 horas, 47 minutos y 12 segundos, lo que representa una disminución significativa en comparación con la estancia media de pacientes clasificados como menos urgentes (4 horas y 24 minutos). La diferencia observada sugiere que el triaje avanzado agiliza la resolución de los casos de menor gravedad, permitiendo una gestión más eficiente del tiempo y los recursos. La capacidad resolutiva de enfermería en una consulta de lunes a viernes, de 10:00 a 17:00 h, se reflejó en los siguientes datos: 68

pacientes fueron gestionados y resueltos de manera autónoma por enfermería, sin requerir intervención médica; 45 pacientes fueron derivados a consulta médica tras una primera valoración enfermera; y 67 pacientes no cumplían los criterios para ser atendidos en triaje avanzado, por lo que fueron redirigidos a otro circuito asistencial.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio confirman que la implementación del triaje avanzado enfermero no solo reduce la estancia hospitalaria de los pacientes con menor nivel de urgencia, sino que también permite una resolución eficiente de los casos de nivel 4 Y 5 sin necesidad de intervención médica. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica internacional, que subraya que los modelos de atención liderados por enfermería mejoran indicadores clave en los servicios de urgencias, incluyendo la reducción de tiempos de espera, la optimización del flujo de pacientes y la utilización eficiente de los recursos. En conclusión, la gestión de la demanda aguda de forma autónoma por parte de enfermería, forma parte de una estrategia efectiva y sostenible para mejorar la eficiencia de los servicios de urgencias. En este contexto, el Triaje Avanzado enfermero puede considerarse una estrategia alineada con modelos de EPA (enfermería de Práctica Avanzada), ya que otorga a la enfermería mayor autonomía en la resolución de casos de menor complejidad, optimizando el flujo de pacientes reduciendo la sobrecarga asistencial en emergencias al asumir responsabilidades avanzadas en la gestión de pacientes con patologías de baja o media complejidad.

P. #2224

TRAUMATISMO SEVERO DE MIEMBROS INFERIORES CON AMPUTACIÓN PARCIAL BILATERAL POR CAÍDA DE BIDÓN DE AGUA: ENFÓQUE ENFERMERO

Mario Peláez García, Raquel Sánchez Castellanos, María Del Pilar Díez Álvarez, Sergio Rodríguez Álvarez, David Rodríguez Álvarez, Clara Solis González

Hospital Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS

Varón de 52 años que ingresa a urgencias tras un accidente laboral en el que un bidón de agua de dos toneladas cae sobre sus miembros inferiores. El traumatismo severo genera pérdida total de sensibilidad en ambas piernas, signos de shock hipovolémico y un alto riesgo de insuficiencia renal aguda debido a rabdomiólisis. A su llegada a urgencias, presenta hipotensión de 79/41 mmHg, taquicardia de 118 latidos por minuto, y extremidades inferiores frías, pálidas y con ausencia de pulso distal. El paciente reporta pérdida total de sensibilidad en las piernas, lo que sugiere un compromiso neurológico severo.

El examen físico revela fracturas cerradas en ambos miembros inferiores, con hemorragia activa en el área afectada. Se confirma isquemia grave en ambos miembros inferiores debido a la ausencia de pulso distal. Los análisis de laboratorio indican rabdomiólisis, con mioglobina elevada en orina e hiperkalemia. Las pruebas de imagen (TAC y EcoDoppler) muestran necrosis muscular extensa, fracturas conminutas y compromiso vascular severo.

MANEJO EN URGENCIAS

En el contexto de shock hipovolémico, se inicia inmediatamente la administración de sueroterapia controlada intravenosos (suero fisiológico y Ringer Lactato) para estabilizar la hemodinamia. Se administra analgesia intravenosa (fentanilo) para controlar el dolor intenso y se evalúa constantemente la función renal debido al riesgo de insuficiencia renal aguda.

A medida que el paciente es estabilizado hemodinámicamente, se realizan los estudios diagnósticos necesarios. El manejo de la rabdomiólisis se intensifica mediante la administración de líquidos intravenosos para evitar insuficiencia renal. La función renal se monitorea rigurosamente, y la diuresis se evalúa de forma estricta.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Percepción y Manejo de la Salud:

- Ansiedad relacionada con cambios en la salud física y emocional debido a la pérdida de miembros inferiores y el trauma físico.

Nutricional – Metabólico:

- Riesgo de desnutrición relacionado con la incapacidad de alimentarse adecuadamente debido a la pérdida de función de las extremidades inferiores.

Eliminación:

- Riesgo de insuficiencia renal aguda relacionado con rabdomiólisis y hiperkalemia.

Cognitivo – Perceptual:

- Dolor agudo relacionado con el traumatismo de las

extremidades inferiores y las fracturas conminutas.
Actividad – Ejercicio:
- Deterioro de la movilidad física relacionado con la amputación parcial de los miembros inferiores y la pérdida de función muscular.

Autopercepción – Autoconcepto:
- Alteración en la imagen corporal relacionada con la amputación de los miembros inferiores.

CONCLUSIONES

El manejo enfermero en este caso se centra en el control de las heridas, la estabilización hemodinámica, la monitorización de la función renal y el manejo del dolor. La rápida administración de líquidos intravenosos es crucial para la estabilización del paciente. La monitorización constante de la función renal, junto con el manejo de la rabdomiólisis y la hiperkalemia, es esencial para prevenir la insuficiencia renal aguda.
También, es fundamental el apoyo emocional al paciente, quien enfrenta una transformación significativa en su vida debido a la amputación. El seguimiento psicológico será vital para abordar la ansiedad y el impacto emocional. El equipo de enfermería debe estar preparado para abordar tanto las necesidades físicas como emocionales, brindando el apoyo necesario.
Este caso subraya la importancia de una intervención rápida y efectiva en situaciones traumáticas graves y resalta el rol clave de la enfermería en la monitorización, el manejo del dolor, la prevención de complicaciones y el soporte emocional durante la recuperación en urgencias.

P. #2230

FRACTURA DE PELVIS Y SHOCK: LA GASOMETRÍA NO MIENTE

María Del Pilar Díez Álvarez, Raquel Sánchez Castellanos, Sergio Rodríguez Álvarez, Mario Pelaez García, María Álvarez Argüeso, Raquel Vivas Ordas

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

HISTORIA CLÍNICA

Triaje SET: Nivel II: traumatismo de otras partes especificadas, incluso múltiples.
Paciente masculino de 41 años trasladado en SVA tras sufrir una caída desde una muralla a unos 14m de altura, considerándose de alta energía (caída de don Juan). Al ingreso, paciente con bajo nivel de consciencia, dificultad respiratoria y signos evidentes de traumatismo abdominal.
Anamnesis:
Historia clínica sin antecedentes de interés. Según SVA y evaluación de la biomecánica del traumatismo, se objetiva fractura inestable de pelvis con abdomen distendido y posible hemorragia activa, por lo cual se coloca cinturón pélvico para estabilización y control de la hemorragia. Fractura de fémur derecho que inmovilizan con férula de vacío. Saturacion 85% con mascarilla de oxígeno a alto flujo, presión arterial 80/50 mmHg, frecuencia cardíaca 130 lpm, frecuencia respiratoria 22 rpm.
Evaluación XABCD en BOX de críticos:
X (Hemorragias exanguinantes): Cinturón pélvico ya puesto por SVA, no se reevalúa para evitar agravar lesiones. Realización de ECO FAST con presencia de sangrado.
A (Vía aérea): Se procede a intubación por compromiso del estado de conciencia y protección de la vía aérea.
B (Respiración): Hipoxia detectada en gasometría previa a la intubación.
C (Circulación): monitorización del estado hemodinámico. Gasometría arterial: PO2: 71 mmHg, pCO2: 30 mmHg, HCO3-: 19 mEq/L, lactato 6.8 mmol/L, pH 7.21, calcio iónico 0.95 mmol/L, hemoglobina 7.5 g/dL.
Administración de hemoderivados y bolos controlados de Ringer Lactato, ácido tranexámico, administración de gluconato de calcio al 10%
D (Déficit neurológico): Glasgow 8/9, pupilas isocóricas y reactivas.
E (Exposición): Erosiones superficiales en miembros inferiores, temperatura 35.5°C. Se cubre con manta térmica para prevención de la hipotermia.
Evolución
Patrones alterados según M. Gordon y Diagnósticos de Enfermería NANDA:
Patrón de Percepción y Manejo de la Salud:
Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la salud relacionado con politraumatismo grave y shock hemorrágico.
Patrón Nutricional-Metabólico:
Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con hemorragia activa.
Diagnóstico: Alteración del equilibrio electrolítico relacionado con hipocalcemia secundaria a hemodilución y transfusión

masiva.
Patrón de Eliminación:
Diagnóstico: Riesgo de insuficiencia renal aguda secundaria a hipoperfusión tisular prolongada.
Patrón de Actividad y Ejercicio:
Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con fracturas múltiples y trauma severo.
Diagnóstico: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con traumatismo abdominal y shock hemorrágico.
Patrón Cognitivo-Perceptual:
Diagnóstico: Disminución del nivel de conciencia relacionado con shock hemorrágico.
Patrón de Adaptación y Tolerancia al Estrés:
Diagnóstico: Ansiedad de la familia relacionada con la condición crítica del paciente.
Diagnóstico: politraumatismo grave con shock hemorrágico severo, evidenciado por la pentada del shock
Evaluación de la Pentada del Shock:
Hipotensión: Presente (80/50 mmHg).
Taquicardia: Presente (130 lpm).
Acidosis metabólica: Confirmada por gasometría.
Hipoxia: Confirmada con gasometría y baja saturación de oxígeno.
Hiperlactatemia: Indicativa de hipoxia tisular severa.

CONCLUSIONES

Un politraumatismo grave con shock hemorrágico, evidenciado por la pentada del shock. En este contexto, la gasometría arterial es un método analítico rápido y fiable, ya que permite obtener resultados en dos minutos, proporcionando información clave sobre el estado ácido-base, oxigenación, perfusión tisular y equilibrio electrolítico. La detección precoz de la hipoxia, acidosis metabólica, hiperlactatemia e hipocalcemia permite un abordaje terapéutico inmediato, guiando la reanimación con hemoderivados, ventilación mecánica y corrección de alteraciones electrolíticas.
El papel de la enfermera de urgencias es fundamental en la atención del paciente crítico, asegurando una respuesta rápida y eficaz en la reanimación inicial, el control del shock y la estabilización del politraumatismo grave. La formación especializada en urgencias y emergencias permite a los profesionales de enfermería actuar de manera precisa ante el shock hemorrágico, optimizando el manejo del paciente y mejorando su pronóstico.

AT12
TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

#108

USO DE LOS DISPOSITIVOS ELECTRONICOS DE CONTROL EN SUCESOS REALES, EXPERIENCIA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

Esteban Gacimartin Maroto[1], María Ángeles Jurado Sánchez[1], Juan José Giménez Mediavilla[1], Miguel Ángel García Berdud[2], José María Cedron Sastre[2]

1. SAMUR-Protección CIVIL, Madrid, España
2. Policia Municipal Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 el Cuerpo de Policía Local, incorporó los Dispositivos Electrónicos de Control (DEC), con el objetivo de minimizar el contacto cuerpo a cuerpo entre policía y sujeto agresor, evitando lesiones tanto a unos como a otros.
Previamente se desarrolló un procedimiento de actuación conjunta para todas aquellas actuaciones en las que ese dispositivo fuera utilizado.
Un procedimiento que indicaba la activación de una unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) cuando uno de estos DEC fuera utilizado, en virtud de valorar y asegurar los siguientes aspectos:
- Posibles lesiones traumáticas producto de una caída al suelo desde su propia altura.
- Monitorización de ECG.
- Evaluación neurológica.
- Retirada de los pequeños arpones del DEC y cura local.
- Todas aquellas actuaciones asistenciales que, a juicio de la dotación de SVA, se consideren necesarias.

OBJETIVO

Es el objetivo fundamental de este estudio el análisis de los los casos en los que se ha utilizado un DEC en circunstancias reales, incidiendo de forma especial en dos aspectos:
- Evaluar las alteraciones fitopatológicas y las lesiones que pudieran haber ocurrido en aquellas personas que fueron objeto de la descarga de un DEC.
- Verificar que el procedimiento de actuación conjunta es válido y fue aplicado correctamente.

MÉTODO

Estudio descriptivo de la muestra de aquellas personas objeto de la descarga del DEC, a través de la consulta de los informes asistenciales de las unidades de SVA del SEM.
Informes de los profesores que impartieron las clases de DEC, en las exposiciones voluntarias de los alumnos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- En ese periodo de 4 años, el SEM fue activado en 28 ocasiones por la Policía por un posible uso del DEC. En 18 de ellas (64,28% de activaciones) se realizó un disparo del dispositivo. En 2 de esas 18, fue necesario realizar más de un disparo. En el 35,72 % solo se usó el DEC de manera disuasoria.
- El origen de la activación de estos dispositivos fue: 16 de esas personas presentaban brotes psicóticos, estado muy agitado y/o agresivo. En otros 4 casos la causa fue una agitación y agresividad en el entorno de una intoxicación por drogas.
- A todas, se les practicó una valoración clínica que incluía un ECG.
- En ninguno de los 18 casos, hubo alteración hemodinámica, respiratoria o electrocardiográfica alguna. Tampoco constan lesiones traumáticas.
- Las únicas lesiones encontradas consistieron en unas heridas leves en la zona del impacto de pequeño arpón. Lesiones que no sobrepasaron en ningún caso en nivel dérmico.
- Además, se asistió a más de 250 exposiciones voluntarias de los alumnos de Policía, en 60 ediciones formativas. Tampoco se detectó, síntoma o signo alguno diferente de la pequeña herida del impacto.

CONCLUSIONES

- Al hilo de los resultados y ausencia de lesiones, signos y síntomas hemodinámicos y electrocardiográficos, en este importante número de activaciones, el corto tiempo de exposición a la corriente eléctrica de los DEC en la zona de impacto, es la causa de esa ausencia de problemas fisiológicos.
- Que las zonas de impacto en lugares anatómicos de menor riesgo de lesiones pudiera incidir en este aspecto. En los sucesos reales, no se encontró ningún impacto fuera de la zona aconsejada.
- Se observó que el procedimiento se ha seguido de una forma estricta, objetivándose un mínimo uso de los dispositivos en este periodo.

#544

PERSONAS SORDAS COMO PRIMEROS RESPONDIENTES EFECTIVOS EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA. ADAPTACIÓN DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Esteban Herrera Sánchez, Sara Isabel Montero Hernández, Almudena Lozano Pertegás, Daniel Fernández Castro, Francisco José Gómez-Mascaraque Pérez, Alberto Hernández Tejedor

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

En España viven 1.230.000 personas con diversa discapacidad auditiva, alrededor de 100.000 con sordera profunda según Instituto Nacional de Estadística (INE), que se enfrentan a diario con diferentes barreras de comunicación.
Siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo de Reanimación (ERC), el equipo de formación a la ciudadanía de un Servicio de Emergencias pretende superar esas barreras y proporcionar una educación adaptada.
En el Congreso CERCP 2023 (Salamanca) se presentó una comunicación oral titulada: "Adaptación de la formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) a la comunidad sorda o con grave discapacidad auditiva", que analizó la metodología pedagógica en la formación en RCP para los sordos; así como el empleo de metrónomos, y desfibriladores por parte de los sordos. Se realizó un estudio inicial prospectivo, con 25 personas del colectivo de sordos.

OBJETIVO

Describir la primera experiencia en formación sobre (RCP) de ciudadanos con discapacidad auditiva y/o personas sordas, así como detectar dificultades y adaptación de los formadores para este colectivo.
Determinar el grado de adquisición de competencias y capacidades de aprendizaje para realizar la técnica básica de (RCP) por parte del colectivo de personas sordas.
Comparar los resultados obtenidos para este colectivo con un grupo control de personas normoyentes.

MÉTODO

Impartición de actividad formativa a colectivo de adultos sordos, pertenecientes a la Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid (FESORCAM) que reciben formación en RCP básica con ayuda de Interprete de lengua de signos (ILS), y a colectivo de personas normoyentes (sin discapacidad auditiva).
Se realiza una encuesta en la que se recogen datos sociodemográficos de los participantes (edad, género y nivel de estudios) y resultados de aprendizaje en una práctica individualizada de dos minutos de duración con metrónomo: frecuencia de compresiones, profundidad de compresiones, liberación torácica y fracción de compresión por QCPR.
Se emplearon maniquíes de RCP, de la empresa Laerdal, Modelo Little Anne QCPR Light, en tamaño adulto. Así como, la aplicación de software de Laerdal, para QCPR.
Análisis descriptivo con variables centrales y de dispersión. Asociación mediante Chi cuadrado (variables categóricas) y t de Student. Significación en: $p<0,05$.
El análisis estadístico se realizó con el software de IBM para análisis estadístico, SPSS Versión 26.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Participan 33 sordos y 35 normoyentes. Edad media 47±22 vs 42±12 años ($p=0,16$), mujeres 39% vs 77% ($p<0,01$), estudios universitarios en el 3% vs 71% ($p<0,001$).
Tras la formación la prueba muestra, para ambos grupos respectivamente, 112±13 vs 112±6 compresiones/minuto ($p=0,91$), profundidad de compresión de 64,6±15,1 vs 68,7±9,6 mm ($p=0,18$), liberación torácica del 75% vs 82% ($p=0,38$) y fracción de compresión del 97% vs 93% ($p=0,24$). La puntuación global ofrecida por el dispositivo fue de 77±27 puntos en el grupo de sordos y 89±21 puntos en el grupo de normoyentes ($p=0,06$).

CONCLUSIONES

Con una formación adaptada, las personas sordas pueden adquirir las competencias y capacidades de aprendizaje adecuadas para la realización de RCP básica.
Los resultados de aprendizaje son similares (Sordos-Nornoyentes), con la limitación en la muestra de diferentes niveles académicos.
Para conseguir todo esto, se debería:
Dotar de herramientas eficaces de alerta y RCP transteléfonica para la comunidad sorda,
Incluir en las formaciones a los sordos de dispositivos como: metrónomos luminosos, y desfibriladores con indicadores visuales y/o pictogramas.
Reducir el contenido teórico en aras de mayores contenidos prácticos, introduciendo la metodología pedagógica de la consecución de habilidades por pasos.
Emplear un Intérprete en Lengua de Signos, durante las formaciones.

#1025

INTEGRACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

María Isabel Camarero Estevez, Juan Ortega Palomares, Alberto Sánchez López, Marta Bello Ferrera, Ricardo Garzón Sánchez

SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (SUEH) funcionan en sus distintos niveles como un engranaje. El trabajo del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) es continuado a nivel asistencial por los Soportes Vitales Avanzados (SVA) y Básicos (SVB), y estos a su vez con el apoyo en las transferencias en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). En este último paso el Técnico Experto sanitario (TES) realiza una labor clave facilitando las transferencias, coordinándose con el CCU y apoyando en los Centro Hospitalarios como experto en el Transporte Urgente.
Justificación: Debido a la importancia de la operatividad de los recursos en los SUEH, con la finalidad de agilizar y optimizar el proceso de trasferencia de pacientes, por parte de los recursos un SUEH, se incorpora en los SUH un Técnico en Emergencias Sanitarias representado, que ayuda en la coordinación con el Hospital, los dispositivos del SUEH (SVA y SVB), dándole una especial importancia a códigos tiempo-dependientes y alertas hospitalarias

OBJETIVO

1) Principal: apoyar a las unidades de los SUEH en las alertas hospitalarias para mejorar la eficacia, seguridad y operatividad de las transferencias realizadas. 2) Secundarios:- colaborar con los SUH en agilizar la filiación de los pacientes, facilitar la recepción de los SVA o SVB, anticiparse al triaje de los pacientes críticos o tiempo dependientes. - Localizar el material que ha sido transferido con el paciente para su posterior recuperación y devolución al recurso del SUEH. -Mediación y colaboración en las incidencias originadas en las transferencias, mejorando las comunicaciones y la coordinación

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo para evaluar la figura del TES procedente de SUEH en un SUH para mejorar la eficacia, seguridad y operatividad de las transferencias realizadas

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Evaluación de la figura del TES procedente de SUEH en un SUH para mejorar la eficacia, seguridad y operatividad de las transferencias realizadas
Resultados: Dentro de las funciones del TES se consiguió definir ciertas funciones tales como -colaborar con los SUH para agilizar la filiación de los pacientes, facilitar la recepción de los SVA o SVB dirigiéndolos a la unidad donde van a ser recepcionados, anticiparse al triaje de los pacientes críticos o tiempo dependientes. - Localizar el material que ha sido transferido con el paciente para su posterior recuperación y devolución al recurso del SUEH. -Mediación y colaboración en las incidencias originadas en las transferencias, mejorando las comunicaciones y la coordinación. - Gestión y control en el tráfico y parking de ambulancias para intentar no formar colapsos en la entrada de urgencias. -Identificación de posibles inconvenientes que se puedan encontrar las unidades a la llegada al hospital.
Se detectó la importancia del "efecto embudo" en el circuito Extrahospitalario paralelo al circuito hospitalario de camas. Se colaboró con enfermería para gestionar prioridades a los recursos procedentes de los SUEH y evitar colapsos en las instalaciones de los SUH.,
Otras funciones que se definieron fueron controlar los recursos del SUEH que realizan una transferencia en el hospital, mejorar los tiempos de respuesta y en la eficacia operativa, a la vez que se ha apoyado en la recuperación de material que se transfiere con el paciente en el hospital.

CONCLUSIONES

La figura del TES en los SUH como nexo entre los SUEH y hospitalarios, mejora la eficacia, seguridad y operatividad de las transferencias realizadas dando una mejora Asistencial al paciente.

#1100

FUNCIONES DE LOS TES EN LAS NUEVAS UNIDADES OPERATIVAS DELTA Y LIMA DE SAMU061 BALEARES

MIGUEL Navarro Miró, GUILLERMO Nicolau Far, Antonio Riera Mayol

GSAIB / SAMU061 BALEARES, Palma De Mallorca, España

INTRODUCCIÓN

A finales de 2024 el servicio de urgencias y emergencias sanitarias de Baleares, SAMU0061, ha introducido en su operativa diaria dos nuevos tipos de recursos:

- DELTA: vehículo de mando operativo de guardia compuesto por 1 TES mando operativo y 1 Médico referente clínico/mando asistencial, con el objetivo de prestar apoyo a unidades SVA, SVB, VIR en incidentes complejos, así como supervisar la calidad asistencial prestada en incidentes ordinarios.

-LIMA: vehículo de Apoyo Logístico durante la guardia, compuesto por 2 TES, que presta funciones de colaboración a las unidades de guardia, tanto en la prestación de materiales y equipamientos especiales (carpas, cascos, roles de IMV, etc.), como para disminuir las inoperatividades de las unidades operativas, sustituyendo equipamientos tras intervenciones, o por avería o cubriendo temporalmente perfiles TES por causas sobrevenidas.

OBJETIVO

Mostrar a los presentes en el congreso, la relevancia que tienen los perfiles profesionales TES en la puesta en marcha de estas nuevas unidades, desarrollando perfiles nuevos, no existentes hasta la fecha en la comunidad Balear, explicando las funciones propias de las unidades y el papel fundamental de los perfiles TES, debidamente formados y preparados para la prestación de los objetivos marcados en este nuevo tipo de recursos; aportando datos de actividad, funciones y casos más destacados a los que han asistido durante los primeros meses de su implantación en la operativa diaria.

MÉTODO

Presentación y comunicación oral sobre la composición de las unidades DELTA y LIMA de SAMU061, dotación de materiales, equipamientos sanitarios, perfil de servicios a los que son activados, funciones de los TES, etc. complementado con datos estadísticos de actividad y casos más destacados en los que han participado.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Mostrar que los TES tiene nuevos campos profesionales en otro tipo de unidades, más allá de las ambulancias de cada tipo, que ha sido su lugar fundamental y único, hasta hace relativamente poco tiempo; mostrando el perfil profesional que pueden desarrollar también en los campos de la gestión/mandos, y unidades especiales como el DELTA y el LIMA.

CONCLUSIONES

Los TES tienen por delante grandes oportunidades profesionales, dentro de su especialidad en Emergencias, y un abanico amplio de posibilidades más allá de las ambulancias, en servicios y unidades especiales, relacionadas con los campos de la gestión/mando, apoyo especializado en logística sanitaria de intervenciones especiales, además de otros contextos profesionales que ya se han ido asentando con el tiempo, como el de las Centrales de Coordinación de Urgencias Médicas.

#1229

COMPETENCIAS DE LOS TES EN LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS HEMS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Sandra Juliench Liesa, Sergio Cazorla Calderón, María Mercedes Val López, Xavier Jiménez Fábrega

Sistema d'Emergències Mèdiques, L'Hospitalet De Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

Los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) constituyen el eje vertebrador de la respuesta sanitaria urgente en España, gestionando recursos tanto terrestres como aéreos. La incorporación progresiva de Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) a estos centros ha supuesto una evolución significativa en la gestión de emergencias. La coordinación de los recursos aéreos y especialmente los HEMS, requiere competencias específicas que merecen un análisis pormenorizado para optimizar su implementación.
El SEM de XXX es el único CCUE que ha incorporado la figura del TES junto con las enfermeras en los equipos de gestión de medios aéreos (HEMS) de forma efectiva.

OBJETIVO

Analizar las competencias profesionales específicas requeridas para el TES en la gestión operativa de servicios HEMS mediante el estudio de un caso.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo tipo caso único (case report). Mediante la documentación de servicio y la descripción del puesto de trabajo, así como los procedimientos operativos del servicio, se estudiaron las siguientes variables:
1- Estructura organizativa de la unidad de gestión HEMS
2- Competencias técnicas específicas requeridas:
o Gestión dinámica de recursos
o Interpretación meteorológica
o Cartografía y análisis orográfico
o Conocimiento aeronáutico básico
3- Habilidades no técnicas:
o Toma de decisiones bajo presión temporal
o Comunicación efectiva multidisciplinar
o Gestión de la información crítica

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El análisis del caso revela que los TES integrados en la unidad de gestión HEMS desarrollan un perfil competencial específico caracterizado por:
Competencias técnicas verificadas:
- Capacidad de identificación precisa de incidentes candidatos a HEMS
- Interpretación efectiva de condiciones meteorológicas y su impacto operacional.
- Manejo avanzado de cartografía digital y sistemas de geolocalización.
- Aplicación de normativa aeronáutica básica en la toma de decisiones.

Habilidades no técnicas consolidadas:
- Comunicación efectiva en equipos multidisciplinares.
- Gestión dinámica de recursos en situaciones de alta complejidad.
- Toma de decisiones estructurada bajo presión temporal.
- Coordinación eficiente con bases HEMS y servicios de emergencia terrestres.

Impacto operacional:
- Optimización de tiempos de activación.
- Mejora en la precisión de la selección de incidentes.
- Redundancia en la seguridad operacional.
- Mayor eficiencia en la utilización de los recursos aéreos (HEMS).

CONCLUSIONES

La incorporación de los TES con formación específica en la gestión de medios aéreos HEMS demuestra ser un perfil clave para la optimización operativa del recurso aereo. La definición de este perfil competencial específico proporciona una base sólida para la estandarización formativa y el desarrollo profesional en los CCUE.

#1504

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN INCIDENTES NO CRÍTICOS DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS Y LA FUNCIÓN DE LAS UNIDADES DE SVB

Alberto López Puertas, Javier Rodríguez Manzanera, Rafael Regen Flor

SAMUR-PC MADRID, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El elevado volumen en términos de demanda e intervenciones en una gran ciudad nos lleva a preguntarnos si sería posible y razonable, a través de un análisis en profundidad de intervenciones de unidades de SVA en incidentes "no críticos", la resolución de forma autónoma de estas asistencias por unidades de SVB.

OBJETIVO

Análisis en nuestra condición de Técnicos de Emergencias Sanitarias, policías y voluntarios de Protección Civil, de este tipo de demanda, tanto cuantitativa como cualitativamente, de cara a evaluar el uso de recursos, y la mejora y/o ampliación de la capacidad asistencial y técnica de unidades de SVB, de forma que se pudiera optimizar la capacidad de respuesta de unidades de SVA mediante el aumento de disponibilidad.

MÉTODO

Análisis descriptivo retrospectivo de la asistencia del Servicio de Emergencias de una gran ciudad en incidentes "no críticos". Tomamos como muestra representativa de incidente "no crítico" las intoxicaciones etílicas dentro de una gran urbe en un año natural (enero-diciembre 2024) entre todas las demandas de asistencia al SEM, que finalmente derivan en una intoxicación etílica.
Se consideraron variables epidemiológicas: edad, sexo, tipo de incidente, resultado final, constantes vitales de valoración, hospitalización, turno y tipo de recurso enviado. Se utilizaron medidas centrales y de dispersión para el análisis descriptivo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Partimos de una total de 7103 asistencias que finalizan valoradas como intoxicación etílica, sobre un total superior a las 150.000 demandas de todo tipo al SEM durante 2024. Esto representa un 4´8% de las actuaciones.
El origen de la demanda es preminentemente a través de 112 (86´92%), dato importante al valorar la correcta codificación inicial del incidente, condicionada a la calidad de la información aportada por el demandante y su capacidad de valoración "in situ". EL 78´21% de las demandas coinciden en su codificación original y en la final realizada por la unidad asistencial.
Hemos considerado actuaciones dentro de un rango de parámetros de no compromiso vital inminente (GCS 13 , FR 10-30, FC 60-120, relleno capilar 2 sg, TAS 180-90, TAD 100 , Glucosa 250-70, SatO2 90%) referenciado a los procedimientos de nuestro servicio, con objeto de excluir aquellas asistencias en las que los valores de constantes fueran objeto incial de asistencia por SVA.
Se asignan a unidades SVA 888 demandas, concentrándonos en las 665 que se encuadran dentro de los parámetros considerados como de no compromiso vital inminente, finalizando en traslado 195 (29´32%), de los cuales sólo son inicialmente destacables 4 casos en los que es necesaria contención mecánica, frente a 470 (70´68%) resueltos in situ. No aparecen de forma mínimamente significativa patologías previas reseñables que pudieran condicionar los casos de traslado (un caso de tratamiento oncológico y otro de paresia general).
Más de la mitad de las actuaciones se concentran en fin de semana (52´48%), dónde el aumento de afluencia en vía pública incrementa notablemente la demanda asistencial general, impactando en la gestión de operatividad de los recursos disponibles.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos nos llevan a pensar que las intervenciones objeto de este análisis, en las que se ocupa un recurso SVA, en muchos casos un tiempo elevado por motivos de traslado (algo más de 45 min de promedio en el tiempo de asistencia total hasta quedar operativos tras traslado y de algo más de 33 min en resolución in situ), podrían atenderse en un porcentaje muy alto por unidades de SVB, optimizando la operatividad y la capacidad de respuesta a actuaciones más complejas.
De esta manera creemos interesante extender el análisis a otro tipo de incidentes/demanda "no críticos" para valorar las condiciones e identificar posibles necesidades técnicas o formativas en las unidades de SVB, que contribuyeran a mejorar la asistencia en momentos de alta demanda.

P. #25

TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS EN TRASLADOS CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

José Javier González Sueskun, José Manuel Corral Rodríguez, Alexander Antolín Gorostiaga, Fernando Alboñiga Ugarte, Asier Artetxe Rodríguez

Emergentziak Osakidetza, Bilbao, España

INTRODUCCIÓN

La profesión de Técnico en Emergencias Sanitarias (TES), relativamente joven, continúa desarrollando y ampliando sus competencias, reclamando un espacio propio en el ámbito sanitario y participando progresivamente en equipos multidisciplinares de mayor diversidad y complejidad, como por ejemplo los que realizan Traslados Interhospitalarios (TIH) con equipos de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO)

OBJETIVO

Identificar y describir las funciones realizadas por los TES durante los TIH con ECMO, tanto aquellas en las que desarrollan un rol principal como aquellas en las que realizan un papel auxiliar.

MÉTODO

Se realizaron, durante enero de 2023, de manera virtual y en grupos de 5 participantes, sesiones retrospectivas de puesta en común con TES de un servicio de emergencias extrahospitalarias (total de 10 profesionales) que realiza TIH con ECMO, con una experiencia media en dichos traslados de 3,1 (1 – 8) años.
En ellas se pidió que, en base a su labor en los traslados en los que habían participado, detallasen las tareas que desempeñaron, relacionando después cada una de ellas con un punto temporal de entre 8 puntos diferentes propuestos, que se correspondían con las diferentes fases cronológicas de realización de un traslado ECMO.
Posteriormente se realizó un contraste y un análisis crítico de la información recogida en las diferentes sesiones, se redactaron de manera coherente las diferentes funciones obtenidas y por último se clasificaron en principales o auxiliares.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se identifican un total de 41 funciones (26 principales (63%) y 15 auxiliares (37%))
De ellas, 7 (17,1%) se encuadran en la fase previa a la realización del traslado, 5 (12,2%) durante la salida y recogida del equipo de implantación en hospital de referencia ECMO, 2 (4,9%) en el traslado del equipo al hospital emisor del paciente, 3 (7,3%) durante la canulación y puesta en ECMO del paciente, 6 (14,6%) en la movilización a la camilla y carga en el vehículo, 2 (4,9%) en el traslado, 10 (24,4%) en la transferencia al hospital receptor y 6 (14,6%) tras finalizar el traslado.

CONCLUSIONES

Los TES desempeñan tareas en todas las fases del proceso. Las de mayor relevancia son las relacionadas con la seguridad del paciente, del equipo asistencial y del material. De entre sus funciones, los técnicos deben dominar aquellas en las que sean referentes dentro del equipo. Los TES deben conocer las tareas del resto de profesionales que intervienen en el proceso. En determinados momentos del proceso, los TES deben liderar la actuación y guiar el trabajo del equipo.

P. #393

INSERCIÓN DEL TECNICO EN EMERGECIAS SANITARIAS Y DESASTRES, EN EL SISTEMA DE RESPUESTAS A EMERGENCIAS

Claudia Estela Congett, Alberto Gabriel Sosa Hidalgo, José Luis De Echave, William Alberto Medina Medina, Norma Beatriz Raúl, Ricardo David Quinteros

Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Argentina

INTRODUCCIÓN

En nuestro ámbito, hasta el año 2012, la formación oficial en emergencias y desastres estaba dada exclusivamente a médicos y enfermeros en cursos de posgrado. Con el tiempo, se comenzó a visibilizar la necesidad de contar con profesionales formados específicamente en emergencias extrahospitalarias, pero además con incumbencias claras y un perfil profesional moderno adaptado a las necesidades de los pacientes.
La respuesta efectiva y de calidad a las emergencias, es decisiva para salvar vidas y reducir lesiones posteriores. De este modo contar con técnicos en emergencias era fundamental para garantizar una respuesta de calidad.
La inserción laboral de los técnicos en la Provincia data de hace un poco más de una década. Las primeras experiencias fueron en cargos laborales como centrales de radioperación y la conducción de ambulancias, pero no en la atención directa de emergencias. En provincias como Rio Negro, Córdoba y Santa Fe, se vieron las primeras experiencias en móviles de respuesta con técnicos, pero siempre bajo la presencia de un médico para realizar medidas de soporte vital. Con la implementación de carreras oficiales, en 2015 comenzaron experiencias incorporándolos en la primera respuesta. Las leyes y reglamentaciones lograron la incumbencia del técnico y la posibilidad que este aplique las medidas necesarias ante víctimas en riesgo de vida.

OBJETIVO

Contribuir a la mejora de la calidad en la atención de emergencias a través de la inserción de profesionales con un perfil específico para la respuesta a emergencias extrahospitalarias.

MÉTODO

En el año 2012 la Universidad Nacional Arturo Jauretche con sede en la Provincia de Buenos Aires, decide implementar la carrera de Técnicos en Emergencias Sanitarias y Desastres, aprobada por el Ministerio de Educación Nacional y posteriormente en 2015 logrando la matriculación de los egresados lo que les permitía trabajar en esta provincia, pero faltaba aún la posibilidad de actuar en móviles de pronta respuesta sin la presencia de un médico.
Luego de análisis, evaluación sobre el estado actual de los sistemas locales, debates y consulta con sociedades científicas, se logra en 2018 que el senado y la cámara de diputados provincial sancionen la ley 15094 del Régimen legal para el ejercicio profesional de los técnicos en emergencias médicas" reglamentada posteriormente. Con más de 220 egresados, más del 90% de los técnicos se encuentran insertos en el mercado laboral de salud.
El logro más importante se desarrolla en el articulo 4 donde define las incumbencias, permitiendo al técnico realizar medidas de soporte vital avanzada bajo supervisión médica (presencial o a distancia) o sin supervisión ante situaciones de riesgo de vida. Actualmente la Tecnicatura en Emergencias se dicta en 12 institutos del país.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los principales problemas de los sistemas medicalizados son la incorporación y sostenimiento de médicos idóneos, que el resto de las profesiones asimilen a los técnicos, ya que es una profesión que recientemente forma parte de la respuesta de emergencias. Este diseño de sistema prehospitalario sienta bases para la construcción de un servicio más efectivo, profesional y con respuestas de calidad. Si bien requiere un esfuerzo permanente en la construcción y sostenimiento, los resultados son claramente positivos.

CONCLUSIONES

La inserción de las unidades de no medicalizadas con técnicos no solo redujo los tiempos de respuesta, sino que también logró una detección temprana y un tratamiento inicial acorde a las necesidades de los pacientes. Es común encontrarse con técnicos resolviendo hemorragias, realizando soporte vital avanzado, detectando emergencias tiempo dependientes como ictus, infartos, sepsis, hipoglucemias entre otras.
La provincia va hacia un sistema mixto, con unidades medicalizadas y no medicalizadas bajo el apoyo medico a distancia o con protocolos de actuación claramente establecidos.

P. #817

LOS NUEVOS PROFESIONALES TÉCNICOS EN EMERGENCIAS EN EL CONTEXTO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Raúl López Piñas[1], Diana Martín Reyes[2], José María Arévalo La Calle[3], Ruth Libertad Gómez Bravo[3], Antonio Borrella Romero[4], Cristina Calle Domínguez[5]

1. Campus FP, Rozas De Madrid (las), España
2. SAMUR-PC, Rozas De Madrid (las), España
3. SAMUR-PC, Móstoles, España
4. SAMUR-PC, Madrid, España
5. SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Desde el RD 1397/2007 de 29 de octubre por el que se estable el título de Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) y se dispusieron de sus enseñanzas mínimas hasta el RD 907/2013 ,22 de noviembre, por el que se estableció el título de Tecnico en Emergencias y Protección Civil (EyPC) y se establecieron sus enseñanzas mínimas el único personal tecnico en emergencias eran los emplazados en la familia de la profesional sanitaria. Con este segundo RD, con el mismo nivel de grado medio, así como la misma duración de 2000h, se creó la figura del nuevo tecnico en emergencias encuadrado en la familia profesional de seguridad y medio ambiente. En la actualidad en el ámbito de la Comunidad de Madrid (CAM) conviven ambos a nivel local en determinados municipios, dando solución a sus necesidades con estos nuevos profesionales tanto a nivel sanitario como de extinción de incendios y rescate.

OBJETIVO

OBJETIVO PRINCIPAL
-Dar a conocer la nueva titulación requerida para acceder a nuevos puestos de técnicos en emergencias.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-Comparar las formaciones de los Técnicos en Emergencias Sanitarias Vs Tecnicos en Protección Civil
-Describir actuales competencias profesionales, así como recursos materiales y personales de algunos municipios de la CAM

MÉTODO

-Revisión de la legislación actual sobre las enseñanzas mínimas y curriculares centrado en los puestos de la CAM, sobre estos profesionales técnicos, así como de las competencias educativas y profesionales de ambos módulos en los ciclos formativos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El módulo de TES como el de Técnico en EyPC son ciclos formativos de grado medio con una duración de 2000h de diferentes familias que comparten varias asignaturas ; troncales a todos los ciclos formativos que son Formación y Orientación Laboral (FOL) y Empresa e Iniciativa Emprendedora (EIE) e Inglés técnico ; por otro lado, tienen 2 asignaturas en común con la asistencia sanitaria y psicológica de primeros intervinientes y por último ,unas practicas comunes en centros de trabajo relacionadas con los servicios de emergencias sanitarias de 60h.
Parece que las competencias profesionales están bastante diferenciadas entre ambos módulos, ciertos municipios y cada vez más en la CAM están solicitando este tipo de personal (Tecnicos EyPC) sin embargo la titulación principal es la sanitaria solicitando la formación de TES para acceder a estos puestos de trabajo que suelen ser personal laboral de los Aytos., debido a las necesidades de estos municipios su dispersión de las grandes urbes así como tiempos de respuesta más elevados requieren que se solapen ambas titulaciones realizando funciones tanto sanitarias como de rescate y de extinción de incendios hasta la llegada de los medios dependientes de la CAM (si fueran necesarios) haciendo una primera intervención.
Al solaparse las funciones a realizar en estos municipios, los recursos materiales no sólo son sanitarios ambulancias de soporte vital básico (SVB) sino que además cuentan con Autobombas Rurales tanto ligeras como pesadas para atender todo tipo de emergencias y equipos de protección individual según se requiera para cada intervención.
Hoy en día en la CAM no se está impartiendo en centros públicos el Tecnico EyPC, la administración autonómica no está exigiendo dicha titulación para los procesos selectivos y nuevos funcionarios de carrera y si en las subcontrataciones para diversos puestos que pueden realizar este personal

CONCLUSIONES

-Las nuevas necesidades de tener personal cualificado, no solo a nivel sanitario, y unificar competencias de los cuerpos de extinción de incendio y rescate que previamente realizaba el personal voluntario, ha dado lugar a la creación de la figura del Técnico EyPC
-A pesar de que ambos CFGM tiene asignaturas en común queda bien definido cuales son las competencias de TES Vs Tecnicos EyPC.

P. #1048

PATOLOGÍAS COMUNES EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EXTRAHOSPITALARIA: ANÁLISIS DE DATOS CLÍNICOS

Andrea Meléndez Fernández, Marcos Chamorro González, Nuria Fernández Ramos

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo humano, marcada por cambios físicos, emocionales y sociales; que afectan a un grupo vulnerable. Este estudio analiza las patologías más frecuentes en adolescentes (Individuos de entre 10 y 19 años, según la clasificación de la OMS para este grupo etario) atendidas por un servicio de emergencias urbano, con el objetivo de comprender sus principales causas y proponer estrategias para optimizar la calidad de la atención prehospitalaria.

OBJETIVO

Identificar las patologías más frecuentes atendidas por el servicio de emergencias urbano en adolescentes, analizar sus principales causas y optimizar la atención prehospitalaria.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo.
- Recopilación de informes desde enero de 2024 hasta diciembre 2024
- Clasificación de patologías
- Análisis cuantitativo: cálculo del número total de casos por patología, desglosado por edad y sexo
- Interpretación de datos

Variables:
Tipo de patología atendida
Número de casos por patología
Rango de edad por patología
Sexo del paciente (masculino/femenino)

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Analizados un total de 8.000 informes en el periodo indicado. Los datos revelan que la patología más frecuente atendida en adolescentes son las caídas casuales, con un total de 1.311 pacientes. En segundo lugar, se encuentran las crisis de ansiedad, con 980 pacientes. Las patologías cardíacas ocupan el tercer lugar, con 957, seguidas por las heridas con 653. En quinto lugar, destacan la intoxicación etílica (649) y las patologías psiquiátricas (643).
Por otro lado, entre las patologías menos frecuentes se encuentran la parada
cardiorrespiratoria, con solo 7 pacientes, el ahogamiento, con 8, y la agresión con spray de defensa, con 11 pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados reflejan que las principales causas de atención en adolescentes están relacionadas con accidentes, salud mental y consumo de alcohol. Las caídas casuales y las crisis de ansiedad destacan como las patologías más frecuentes, evidenciando la necesidad de abordar tanto la seguridad física como el bienestar emocional. Para mejorar la atención prehospitalaria, es clave reforzar la prevención de accidentes, fortalecer la educación en salud mental y mejorar la coordinación entre los servicios de emergencia y las instituciones educativas y sanitarias.

P. #1057

ANÁLISIS DE LA DEMANDA QUE LOS CUERPOS POLICIALES REALIZAN A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Rafael Regen Flor, Dolores Sánchez Blasco, Alberto López Puertas

SAMUR-PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los Cuerpos de Seguridad por las especiales características inherentes a su cargo, son los primeros respondientes en una situación de riesgo para la vida e integridad física de las personas y por ende, realizan el primer requerimiento de los Servicios de Emergencias.

OBJETIVO

Hemos querido analizar, en nuestra doble condición de policías y voluntarios de Protección Civil, como es esa demanda desde el punto de vista cuantitativo, de cara a establecer unas formaciones más realistas con respecto a las intervenciones que tienen estos profesionales.

MÉTODO

Análisis descriptivo retrospectivo de la demanda realizada por los Cuerpos de Policía Nacional (CPN) y Policía Municipal de Madrid (PMM) a un Servicio de Emergencias (SEM), dentro de una gran urbe en un periodo de 12 meses (Enero-diciembre 2024).
Se consideraron variables epidemiológicas como el tipo de incidente, resultado final, hospitalización y tipo de recurso actuante.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se recogieron 18634 demandas del CPN y PMM en esos 12 meses, lo que supone el 13,8% de toda la demanda recibida por ese SEM. Se desestimaron por no tener los datos completos, no existir suceso o paciente 2442 registros (13,1%), realizando el análisis, por tanto, de 16192 demandas.
El requerimiento más frecuente a nivel general fue por lesiones traumáticas NO relacionadas con el tráfico rodado, en 6222 ocasiones, un 38,4%, le siguen: patología psiquiátrica y sociosanitaria, 3285 (20,3%), patología NO traumática, 3117 (19,25%), lesiones traumáticas derivadas del tráfico, 2162 (13,35%); y en menor medida, asistencia a integrantes de los propios Cuerpos de Emergencias 295 (1,8%) y específicas de bomberos u otros colectivos, 74 (0,45%).
Requirieron de unidad de Soporte Vital Avanzado, 4863 casos (30%), siendo el resto asistidos por Soporte Vital Básico; requirieron trasladado hospitalario 5493 pacientes (33,9%). Por lo tanto, 7917 intervenciones (69,9%) se solventaron con la asistencia de SVB sin requerir traslado hospitalario.

CONCLUSIONES

Es evidente que la demanda asistencial que los Cuerpos de Seguridad realizan a los Servicios de Emergencias constituye una parte muy importante del trabajo de estos, existiendo un perfil de esa demanda basado en los eventos más habituales, como son las lesiones traumáticas NO derivadas del tráfico, las patologías psiquiátricas y sociosanitarias; o las patología NO traumática. Existe, también un porcentaje de demandas negativas, que quizás sean el principal área de mejora.
Creemos que es posible, en función de análisis como este, realizar un ajuste de los recursos formativos, puesto que existe una sensible variación en cuanto a la tipología y la cifra de requerimientos.

P. #1532

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS POR ARMA BLANCA Y DE FUEGO EN UNA GRAN URBE

Fernando Lombardia Recio, María Arévalo De Pablos, José Luis Montesinos Díaz, Fernando Pérez Muñoz, Javier Martín Ruiz, Ervigio Corral Torres

Samur PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos originados en el entorno de las acciones violentas realizadas con arma blanca o arma de fuego constituyen, desafortunadamente, un tipo de incidente al que se tienen que enfrentar los Servicios de Emergencias (SEM), especialmente en las grandes urbes.

OBJETIVO

Dada la frecuencia de estos incidentes y la especificidad de los mismos, el presente estudio se enfoca en analizar el número y las características de los pacientes que sufrieron traumatismos de arma blanca y arma de fuego, con el objetivo de identificar factores asociados a la gravedad de las lesiones y la necesidad de intervenciones específicas.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con datos prospectivos
Pacientes con traumatismos por arma blanca y arma de fuego, atendidos por un SEM desde el 1/07/2021 al 31/12/2024 en una gran ciudad.
Variables epidemiológicas: edad, sexo. Variables independientes: localización de lesión, consumo de tóxicos, medidas hemostáticas. Variables resultado: mecanismo lesional. Análisis descriptivo mediante medidas centrales y de dispersión. Análisis inferencial: chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para variables continuas. IC=95%. SPSS V29

RESULTADOS O DISCUSIÓN

1374 pacientes, 1260 (91,7%) varones. Edad media: 31,37 (DE:12,5). 1316 (95,8%) fueron heridos por arma blanca, mientras que 58 (4,2%) lo fueron por arma de fuego.
Por años completos, en 2022, hubo 419 por arma blanca y 10 por arma de fuego. En 2023, 402 y 21, siendo en 2024: 318 y 16.
Un (28,4%) de los pacientes presentaron lesiones en cara/cuello, (29,9%) en tórax, (20,3%) en abdomen y (49,6%) en trauma ortopédico. Un (23,7%) de los pacientes sufrieron politraumatismos. En cuanto a factores asociados, el (15,5%) consumieron alcohol y el (5%) otros tóxicos. Se emplearon hemostáticos en el (10%) de los casos, torniquetes en el (5,4%) y parches de Asherman en el (4,4%). La mortalidad global fue del (1,5%).
Se encontraron diferencias significativas en la edad según el mecanismo lesional, siendo los pacientes con lesiones por arma blanca más jóvenes que los que sufrieron lesiones por arma de fuego (p=0,006). No hubo asociación significativa entre sexo y tipo de mecanismo lesional. La prevalencia de los incidentes resalta en la población masculina siendo más común el trauma ortopédico y trauma torácico.

CONCLUSIONES

El estudio nos aproxima un poco más al manejo de los pacientes con este tipo de lesiones. Los resultados sugieren una estabilización de los heridos por arma blanca a lo largo de los años con una tendencia a la baja en 2024.
Es importante destacar el consumo de alcohol u otros tóxicos, asociado a este tipo de heridas. También es preciso destacar la utilización de hemostáticos, torniquetes y parches de Asherman, manifestando la necesidad del uso de recursos adecuados, así como la preparación especializada para el manejo efectivo de heridas ocasionadas por arma blanca y de fuego.

P. #2046

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: RELEVANCIA CLÍNICA Y MARCADORES BIOLÓGICOS EN EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

María José Mena González, María Isabel Vázquez García, Nazaret Romero Pizarro, Dolores Sánchez Blasco, Antonio González Presmanes, María Arevalo De Pablos

SAMUR PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología grave con alta morbimortalidad, constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico en el ámbito de urgencias prehospitalarias. A pesar de los avances en su manejo, sigue habiendo variabilidad en la presentación clínica y en la evaluación de marcadores fisiológicos. El análisis de biomarcadores y parámetros clínicos puede proporcionar información clave para la detección y estratificación del riesgo en estos pacientes, optimizando la toma de decisiones médicas y mejorando los desenlaces clínicos.

OBJETIVO

Determinar la relación entre la presentación clínica, los parámetros hemodinámicos y los valores analíticos en pacientes con TEP, con énfasis en la asociación entre la disnea y los niveles de lactato como posible marcador de gravedad.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo realizado en pacientes diagnosticados de TEP en el entorno prehospitalario durante 2024. Se analizaron datos demográficos, signos vitales y marcadores bioquímicos mediante SPSS. Para la comparación de variables, se utilizó la prueba t de Student o Mann-Whitney U según la distribución de los datos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 58 pacientes, con una distribución de género del 62.07% hombres y 37.93% mujeres. La edad media fue de 62.5 años. Los valores de frecuencia cardíaca (103.5 lpm) y frecuencia respiratoria (23.5 rpm) estuvieron elevados, reflejando un estado de estrés fisiológico. La saturación de oxígeno media fue del 87.5%, indicando hipoxemia. Las presiones arteriales se encontraron en valores normales a ligeramente elevados (TAS: 123.5 mmHg, TAD: 78.5 mmHg, TAM: 93.5 mmHg).

En el análisis bioquímico, el lactato medio fue de 4.2 mmol/L, el pH sanguíneo de 7.32 y el anión gap de 12.5 mmol/L, sugiriendo acidosis con hipoperfusión tisular.

La comparación de lactato entre pacientes con y sin disnea mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), con niveles más elevados en el grupo con disnea, lo que sugiere su posible utilidad como marcador de gravedad en el TEP.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que los pacientes con TEP presentan hipoxemia, taquicardia y alteraciones metabólicas significativas. La disnea se asoció con niveles elevados de lactato, lo que podría ser un indicador de hipoperfusión tisular y severidad del cuadro clínico.

Este estudio resalta la importancia de la evaluación de biomarcadores en el contexto prehospitalario para mejorar la detección temprana y el manejo del TEP, contribuyendo a una mejor estratificación del riesgo y optimización del tratamiento.

P. #2059

TRANSPORTE SEGURO DEL PACIENTE: CONSIDERACIONES Y TÉCNICAS PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN DIFERENTES CONDICIONES

María José Mena González, María Isabel Vázquez García, Nazaret Romero Pizarro, Dolores Sánchez Blasco, Antonio González Presmanes, María Arevalo De Pablos

SAMUR PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El transporte seguro de pacientes es un componente esencial de la continuidad y la calidad de la atención y es fundamental en una variedad de condiciones y entornos clínicos, desde la movilización dentro de un centro hasta el transporte entre diferentes centros de salud o desde una escena de emergencia. Esto será un desafío. Teniendo en cuenta los riesgos para los pacientes y las posibles complicaciones durante el transporte, no se puede subestimar la importancia de garantizar la seguridad y la salud del paciente durante el transporte. La implementación adecuada de técnicas y consideraciones de transporte seguro es importante no solo para prevenir más lesiones, sino también para promover la recuperación y mejorar la salud del paciente. El propósito de este artículo es explorar y resumir consideraciones importantes y mejores prácticas en el transporte de pacientes. Esto incluye tanto métodos tradicionales como innovaciones para manejar de forma segura a los pacientes en una variedad de condiciones. Una revisión exhaustiva de la literatura existente y las directrices de las organizaciones sanitarias proporciona a los profesionales médicos una orientación práctica para optimizar la seguridad del paciente durante el transporte y reducir los riesgos asociados con este proceso crítico en la atención sanitaria.

OBJETIVO

1. Describir los riesgos y desafíos asociados con el transporte de pacientes en diversas condiciones médicas.
2. Presentar estrategias y técnicas para mitigar riesgos y garantizar un transporte seguro.
3. Resaltar la importancia de la capacitación del personal y la implementación de protocolos específicos para el transporte de pacientes.

MÉTODO

Este estudio adoptó un enfoque mixto que combina análisis cualitativo y cuantitativo de la literatura existente sobre el transporte seguro de pacientes. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos reconocidas como PubMed, EMBASE, y CINAHL.
Se emplearon métodos de análisis de contenido para evaluar la información recopilada, identificando patrones, temas comunes y diferencias en las prácticas de transporte. Además, se revisaron guías de organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para complementar el análisis con recomendaciones basadas en consensos internacionales.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se identificaron tres temas principales: la necesidad de formación especializada para el personal encargado del transporte, la importancia de utilizar equipos adecuados para el traslado de pacientes, y la relevancia de protocolos claros y detallados que guíen las prácticas de transporte. Específicamente, se enfatizó en la formación en técnicas de traslado seguro para minimizar el riesgo de lesiones tanto en pacientes como en cuidadores.
Estos hallazgos subrayan la complejidad del transporte seguro de pacientes y la necesidad de enfoques integrados que consideren tanto la capacitación del personal, el equipamiento adecuado, como la aplicación de protocolos detallados para manejar eficazmente los riesgos asociados con el transporte de pacientes en diversas condiciones médicas.

CONCLUSIONES

La revisión exhaustiva y el análisis de las prácticas y directrices para el transporte seguro de pacientes subrayan la importancia crítica de un enfoque holístico e integrado.
La seguridad del paciente durante el transporte requiere más que la simple aplicación de técnicas correctas; exige un compromiso continuo con la formación del personal, la evaluación rigurosa de los protocolos y el uso adecuado de equipos especializados.
Los hallazgos también apuntan a la necesidad de una colaboración efectiva entre diferentes profesionales de la salud para garantizar un enfoque coherente y coordinado en el transporte de pacientes.
Además, se identificaron áreas de mejora en la capacitación del personal y en la disponibilidad de equipos adecuados, lo que sugiere la importancia de inversiones continuas en recursos y formación.
Es fundamental que las instituciones de salud adopten un enfoque proactivo para revisar y actualizar sus políticas y prácticas de transporte de pacientes, asegurando que estas estén alineadas con las directrices basadas en la evidencia más reciente.

AT13
MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS, BIOÉTICA, DERECHO SANITARIO

O. #261

AGRESIONES A PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2019/2023

Rafael Castro Delgado[1], Rodrigo Escribano Balín[2], Víctor Cabrera García[2], Tatiana Cuartas Álvarez[2]

1. Universidad de oviedo, Oviedo, España
2. Sespa, Oviedo, España

INTRODUCCIÓN

Las agresiones ocasionadas por violencia externa a los profesionales sanitarios representan un problema creciente y preocupante en el ámbito de las urgencias sanitarias, donde la tensión, la inmediatez y la sobrecarga de trabajo generan un entorno propenso a esta violencia ocasionada por terceros, afectando no solo a la integridad y el bienestar de los trabajadores de la salud, sino también la calidad de la atención y el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es presentar los datos de agresiones a profesionales producidas en el ámbito de las urgencias y emergencias en el Principado de Asturias durante el periodo 2019-2023

MÉTODO

Estudio descriptivo utilizando el registro interno de agresiones (anonimizado) del Servicio de Salud del Principado de Asturias entre los años 2019 (fecha de inicio del registro) y 2023. Se recogen los datos de fecha de la agresión, sexo y edad (agredido/ y agresor), nivel asistencial, categoría del profesional agredido, tipo de agresión, lugar, centro de trabajo, causas, perfil del agresor, si se realizó una denuncia, parte de lesiones o la agresión derivó en IT. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial. La tendencia se analizó con regresión lineal. Se usó el programa Stat-Plus para Mac. Este estudio ha sido financiado por la Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias, entidad gestora del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De un total de 1430 registros analizados, 118 fueron en el ámbito de las urgencias, 44 (37,3% a médicos, 40 (33,90%) enfermeras, 18 (15,25%) a TCAEs 11 (9,32%) a celadores, 3 (2,54%) a personal administrativo y 2 (1,70%) a otras categorías. Se observa una tendencia al alza no significativa en profesionales médicos (R2=0,23 ; p=0,4)) y de enfermería (R2=0,33 ; p=0,3). De todas ellas, 85 (72%) fueron no físicas y 33 (28%) físicas. Las físicas son más frecuentes por parte de pacientes que por familiares (p=0,004). En relación al sexo del agresor, no se encontraron diferencias en cuanto al tipo de agresión (p=0,66). La edad media de los profesionales agredidos es de 46,142 (DE=14,11), con una edad media similar en hombres y en mujeres. Un 64,40% de las agresiones se produjo en Atención Hospitalaria y un 35,60% en Atención Primaria. De las 118 agresiones solamente se denunciaron 21 de ellas (17,80%) de las cuales 13 eran agresiones físicas (20 agresiones físicas quedaron sin denunciar). Se notificaron 18 partes de lesiones que dieron lugar a 5 incapacidades temporales. Las agresiones físicas se denuncian más que las no físicas (39,3% vs 9,4%: p=0,001) y producen más incapacidad temporal (15% vs 0%: p=0,0002).

CONCLUSIONES

Las agresiones al personal sanitario en urgencias son frecuentes y afectan principalmente a profesionales médicos y enfermeras. La mayoría de las agresiones no son denunciadas. Se observa un predominio de agresiones en atención hospitalaria y una alta proporción relacionadas con demandas inadecuadas de los pacientes. Es fundamental reforzar las medidas de prevención y apoyo al personal sanitario para reducir la violencia en estos entornos. Poco a poco, se observa un aumento del registro de agresiones a profesionales en los servicios de urgencias al ser una de las principales preocupaciones de los servicios de prevención de riesgos laborales en el SESPA.

O. #394

EL NIÑO CRÍTICO PREHOSPITALARIO: IMPACTO DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19

Sara Montero Hernández, Carlos Luis Villamor Sánchez, Antonia Martínez Vázquez, Francisco Javier Concejero Ballester, Beatriz Ángeles Acha Pinillos, Alberto Hernández Tejedor

SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020 la OMS declaró el brote de coronavirus Covid-19 como pandemia global. La población pediátrica resultó menos vulnerable a los efectos físicos del COVID-19. Sin embargo, estudios europeos sugieren que las restricciones sociales provocaron la exposición prolongada de infantes y adolescentes a diversos estresores.

OBJETIVO

Analizar cambios en el perfil del paciente pediátrico crítico atendido en el medio prehospitalario.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo con 248 pacientes hasta 17 años atendidos por unidades de Soporte Vital Avanzado en dos periodos, periodo prepandemia (julio 2017-julio 2019) y periodo postpandemia (julio 2021-julio 2023), e incluidos en registro de pacientes graves o potencialmente graves. Se recogieron variables como edad, sexo, tasa de niños críticos/ 100,000 empadronados hasta 17 años inclusive, distribución meses del año, mecanismo lesional, diagnóstico y supervivencia.
Análisis descriptivo con variables centrales y dispersión. Análisis inferencial univariante: prueba Z para una proporción. Análisis inferencia bivariante: prueba Chi cuadrado de independencia de dos variables. Significación en: p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se atendieron un total de 248 niños y niñas graves, 104 en el periodo prepandemia (tasa críticos/ 100,000 empadronados: 20,09) y 144 en postpandemia (tasa críticos/100,000 empadronados: 28,65), p<0,005.
La mayoría fueron varones, un 69% vs 64,6%, prepandemia y postpandemia respectivamente, p=0,44. La edad media en los dos periodos fue de 11 años (DE ± 5,5) vs 11,7 años (DE ± 4,8), p=0,26. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución de estos niños graves por meses del año en uno y otro periodo, (p=0.6).
La principal causa de asistencia del niño y niña grave fue el trauma, aumentando de un 75% (78) en el periodo prepandemia a un 81,3% (117), en postpandemia. Destacaron las heridas por arma blanca, incrementándose de un 7,7% a un 20,8%, p<0,001 y predominando en varones, p<0,05.
Postpandemia, el número de precipitados aumentó un 41% y los atropellos un 53%. Por el contrario, se redujo el número de menores graves en accidentes por vehículos a motor: 12,4% vs 5,6%, p<0,001.
Por grupos de edad, los motivos de consulta o mecanismos lesionales más frecuentes fueron las convulsiones, tanto de 0-4 años como de 5-11 (18,5%, vs 26% y 15,4% vs 29%, respectivamente, p<0,001); mientras que en el grupo de edad de 12-17 años lo fueron las lesiones por arma blanca (12,5%, en el periodo prepandemia vs 33%, postpandemia, p<0,001). En niñas aparece un 4% de autolisis no traumática en el segundo periodo.
Respecto a los diagnósticos finales destacó el aumento del traumatismo torácico:1,9% vs 6,9%, p<0,001; y abdominopélvico: 1,9% vs 9,7%, p<0,001. Aparecieron postpandemia un 9% estatus epiléptico, p<0,05.
La mortalidad de niños y niñas graves se incrementó del 8,7% en el primer periodo al 10,4% en el segundo, p<0,001. De los que sobrevivieron, continuaron ingresados a los 7 días un 34,6% en el periodo prepandemia y un 52,8% postpandemia, p<0,05.

CONCLUSIONES

Tras la pandemia COVID-19, la incidencia de patología grave en la asistencia extrahospitalaria de la población pediátrica aumentó significativamente. Se produjo un cambio en su perfil, en el que destacó el aumento de las patologías traumáticas, los días de ingreso hospitalario y la mortalidad.
Se aprecia un aumento significativo de lesiones ocasionadas por violencia entre varones adolescentes, que resultaron en traumatismos torácicos y abdominopélvicos. Aumentó la incidencia de precipitados en ambos sexos y las conductas autolíticas no traumáticas en niñas adolescentes. En cuanto a la patología médica, aumentó llamativamente la incidencia de crisis y estatus epilépticos en la infancia.
Sería necesaria la identificación precoz de conductas de riesgo en toda la población infantil y adolescente, así como el seguimiento de estas patologías a corto y medio plazo.

O. #1112

IMPACTO PRONÓSTICO DEL ALTA HOSPITALARIA TRAS INGRESO EN SERVICIO DE URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA SIN SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO POSTERIOR

Carmen Montserrat Rodríguez Cabrera[1], Néstor Báez Ferrer[1], Patricia Corina Parra Esquivel[1], Guillermo Burillo Putze[1][2], Alberto Domínguez Rodríguez[3]

1. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España
2. Universidad de La Laguna, La Laguna, España
3. Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias, Santa Cruz De Tenerife, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) son cada vez más mayores, siendo la edad media de debut estimada actualmente los 78 años y con una prevalencia mayor al 10% en mayores de 80 años.
Los avances terapéuticos y las vías de derivación en aquellos pacientes con IC y fracción de eyección reducida (IC-FEr) han mejorado el pronóstico de estos pacientes, en su mayoría varones jóvenes con escasa comorbilidad; en cambio los pacientes mayores de 75 años, en su mayoría con IC y fracción de eyección preservada (IC-FEp) con elevada carga de comorbilidades, no han presentado una reducción sustancial en los eventos cardiovasculares mayores y son habitualmente valorados por los servicios de urgencias (SU) en el contexto de una descompensación de IC.
Los pacientes con IC que no presentan seguimiento estructurado multidisciplinar en una Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) presentan mayor riesgo de descompensación y reingreso.

OBJETIVO

Evaluar el riesgo de nuevas exacerbaciones de IC en pacientes dados de alta desde el SU sin un seguimiento estructurado posterior.

MÉTODO

Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico donde se incluyen pacientes dados de alta desde el SU tras un episodio de IC desde 1 enero de 2019 hasta 31 de diciembre de 2022. Se clasificó la muestra en dos grupos en función de si presentaron una nueva descompensación o reingreso por IC en los 12 meses posteriores al alta hospitalaria. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, así como si existían episodios previos de IC. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos en función del destino al alta hospitalaria: Grupo 1, derivado a UIC; grupo 2, derivado a consultas de servicio de cardiología en conjunto con MAP; y grupo 3, seguimiento exclusivo por MAP. Mediante una regresión de COX se estimó el riesgo de nuevas visitas a SU u hospitalizaciones por IC en los siguientes 12 meses desde el alta hospitalaria.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 779 pacientes con una media de edad de 82 +/- 8 años, siendo 471 mujeres (60,4%). Del total de pacientes, 674 (86,7%) habían tenido episodios previos de IC.
Los pacientes que presentaron mayor descompensación o reingreso por IC a los 12 meses del alta hospitalaria presentaron mayor edad, mayores niveles de péptidos natriuréticos, mayor número de episodios de IC previos, así como mayor porcentaje de enfermedad renal crónica. Asimismo, fueron los que tuvieron menor seguimiento estructurado para IC posterior al alta.
El análisis de regresión de COX determinó que los pacientes sin un seguimiento estructurado para IC posterior al alta y con episodios previos de IC fueron el grupo de mayor riesgo de descompensación o reingreso por IC en los 12 meses posteriores al alta (HR: 2.83; 95% CI: 1.6-5.03; p<0.001).
En cuanto al destino al alta, 591 pacientes (76,1%) fueron derivados a su MAP sin un seguimiento estructurado para IC, 171 (22%) tuvieron seguimiento por el servicio de cardiología y MAP y 14 (1,8%) fueron derivados a UIC. Tras 12 meses del alta hospitalaria, se presentó un nuevo evento de IC en 78 pacientes (41,4%) entre los grupos 1 y 2, y en 375 pacientes (63,4%) del grupo 3 (Hazard ratio (HR): 2,04; 95% Intervalo de confianza (CI): 1,60-2,61; p<0.001).

CONCLUSIONES

Los pacientes con episodios previos de IC que son dados de alta por el SU tras un episodio de IC sin un seguimiento estructurado posterior para IC tienen un mayor riesgo de nuevas visitas al SU u hospitalizaciones por dicha patología.

O. #1461

ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ESPAÑOLA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Marta Lobo Antuña[1], Catalina Paredes Coronel[2], Bernadette Pfang[2], Eduardo García Romo[1]

1. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España
2. Red Quirónsalud 4-H, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional conlleva inevitablemente a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en estado avanzado. Según la evidencia disponible, entre el 1,6% - 13% de los pacientes que acuden a los SU presentan necesidades paliativas. Prestar una atención adecuada a pacientes que se encuentran a final de la vida conlleva en muchos casos la necesidad de aliviar o prevenir el sufrimiento y precisa cierta formación en habilidades como el manejo de síntomas refractarias o la comunicación de malas noticias. El poder identificar a aquellos pacientes con necesidades paliativas puede contribuir a la sostenibilidad de los SU, al reducir el riesgo de llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos o fútiles. Por estas razones, disponer de conocimientos actualizados en CP es de gran importancia para mejorar el abordaje los pacientes con necesidades paliativas en los SU.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo principal describir y analizar la formación en cuidados paliativos de los profesionales de un servicio de urgencias de un hospital terciario español.

MÉTODO

Un estudio transversal mediante una encuesta de acceso abierto y carácter anónimo en el SU de un hospital terciario de Madrid (España). Participantes incluyeron médicos residentes, adjuntos y personal de enfermería con actividad asistencial en el SU entre el 1 de marzo al 31 de abril de 2023. La encuesta se diseñó en base a una revisión cualitativa de la literatura para identificar áreas temáticas de interés y consistió en un apartado con datos sociodemográficos de los participantes y dos bloques temáticos (un primer bloque sobre la percepción de los profesionales del SU sobre los CP, y un segundo bloque sobre los conocimientos teóricos y habilidades de comunicación en CP).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 89 participantes, solo el 25,8% había recibido formación sobre los cuidados paliativos, de los cuales los profesionales más jóvenes y con menos experiencia presentaron mayor formación ($p = 0,001$). El 95,5% de los encuestados consideraba necesaria la formación en cuidados paliativos. Áreas de desconocimiento identificadas incluyeron la sedación paliativa (27%), el uso de la oxigenoterapia al final de la vida (55%), y la comunicación con los pacientes sobre los cuidados paliativos (42%), mostrando una relación significativa con la formación previa ($p = 0,021$) y el conocimiento de los recursos disponibles ($p = 0,034$).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que existe una carencia formativa respecto a ciertos conceptos fundamentales de los CP entre los profesionales sanitarios de un SU hospitalario, como el manejo del dolor, la sedación paliativa, el inicio de una adecuación terapéutica o el uso de oxigenoterapia al final de la vida. Aunque los profesionales más jóvenes que trabajan en el SU tienen más formación en CP que los más veteranos, probablemente por la implementación de los cuidados paliativos en la universidad, esto no se traduce en mayor confianza a la hora de atender pacientes paliativos en Urgencias. Estos médicos jóvenes, en general residentes, afirman haber realizado menos cursos de comunicación difícil, menos cursos de dolor y tienen más dificultad para iniciar una adecuación terapéutica en Urgencias respecto a médicos con más experiencia laboral con menos formación universitaria en CP. Casi la totalidad de los encuestados estaba de acuerdo en que la formación en CP durante la universidad y la residencia era importante. Los hallazgos de nuestro estudio, el primero en explorar los conocimientos y la formación en el ámbito de los CP en un SU español, concuerdan con los estudios internacionales y apuntan a la necesidad de incorporar habilidades específicas en CP como parte del itinerario formativo de los especialistas en Urgencias y Emergencias para asegurar un correcto abordaje de estos pacientes paliativos desde el inicio de su formación.

O. #1513

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN NIÑOS: CLAVES PARA MEJORAR LA SUPERVIVENCIA PREHOSPITALARIA

Natividad Ramos García, Elena Lence Moreno
SAMUR PC, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en la infancia es un evento poco frecuente, pero asociado a una pobre supervivencia. La asistencia precoz en todos los eslabones que componen la cadena de la supervivencia posibilita la mejora de las tasas de recuperación neurológica sin secuelas. Son muchos los estudios que cada año intentan analizar las causas y los mejores procedimientos para mejorar esos datos.

OBJETIVO

Hemos querido aportar con este trabajo un análisis multifactorial basado en las características y evolución de los niños que sufrieron una PCR extrahospitalaria atendida por un servicio de emergencias (SEM) en los últimos siete años, evaluando esos eslabones de la cadena de supervivencia, con el fin de identificar áreas de mejora en la atención prehospitalaria.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo a través de una base de datos prospectiva continua. Población incluida: pacientes en PCR menores de 18 años atendidos por un SEM (2018-2024). Criterios de exclusión: casos en los que no se iniciaron maniobras de reanimación. Fuente de datos: Revisión de las PCR pediátricas de la base de preavisos, que incluye un seguimiento de los pacientes hasta los 7 días de ingreso en el Hospital.
Variables demográficas: edad, sexo. Variables epidemiológicas: tiempos de actuación, tiempos de actuación, presencia de testigos, realización de reanimación cardiopulmonar (RCP), ritmo inicial, etiología, recuperación de la circulación espontánea (ROSC) y supervivencia.
Proceso y análisis de datos: medidas centrales y de dispersión, para variables cuantitativas continúas y medidas de frecuencias para variables cualitativas, Contraste de la normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

46 niños. El 73% (27) fueron varones, la mediana de edad de la muestra fue de 13 años (IQR 15-3). Se realizo RCP avanzada según procedimiento estandarizado al 80.4% (37).
Tiempo de llegada del equipo de soporte vital avanzado (SVA): Mediana de 6,52 minutos (IQR 4,32-9,58). Un 18,9% (7) de las PCR fueron presenciadas directamente por SVA.
Presencia de testigos: 62,2% (23); de ellos, solo el 52,2% (12) inició maniobras de RCP antes de la llegada del SVA.
Ritmo inicial desfibrilable: 29,7% (11). Etiología médica: 56,7% (21). ROSC mantenido y traslado hospitalario: 62,2% (23).
Supervivencia a los 7 días: 29,7% (11). De estos, el 21,6% (8) presentaba buen estado neurológico (CPC1), el 2,7% (1) discapacidad moderada (CPC3) y en el 5,4% (2) el estado neurológico era desconocido.
Analizando os factores que han influido en la recuperación ad integrum se observó un tiempo de llegada 5.06 minutos (IQR 6.49-0.041), RCP inmediata tras la PCR 87.5% (7), Ritmo de inicio desfibrilable 62.5% (5)

CONCLUSIONES

La PCR en la infancia continúa presentando una elevada mortalidad, aunque la mayoría de los supervivientes a los 7 días tienen una buena recuperación funcional. Este estudio reafirma la importancia de los eslabones de la cadena de supervivencia en la evolución del paciente. Subrayar como puntos fuertes los cortos tiempos de respuesta, y le porcentaje de RCP avanzada.
Destacar en cuanto a áreas de mejora, la insuficiente presencia de reanimadores en los primeros momentos, (en la mitad de las PCR presenciadas por testigos no se iniciaron maniobras de reanimación) , lo que subraya la necesidad de promover campañas de sensibilización y formación en RCP a la población general.

O. #1667

ESTUDIO EVOLUTIVO A LARGO PLAZO DEL REGISTRO FALL-ER PRIMERA CAÍDA Y CAÍDAS POSTERIORES

Lidia Fuentes[1], Victoria Torres-Machado[1], Concepción Martínez-Muñoz[1], Ana García-Martínez[1], Pierre Malchair[1], Javier Jacob[1][2]

1. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, España
2. Grupo FALL-ER, L'Hospitalet de Llobregat, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ancianos sufren caídas de manera frecuente motivo por el cual se considera un síndrome geriátrico. El hecho de sufrir la primera caída podría predisponer a presentar nuevas caídas posteriores, sin embargo, esta poco estudiado esta circunstancia en los pacientes que consulta en los servicios de urgencias hospitalarios, en relación a las variables predictivas y los eventos adversos asociados a largo plazo.

OBJETIVO

Investigar en los pacientes de 65 o más años que consultan en un SUH por primera caída las variables predictivas de presentar una nueva caída y la evolución a largo plazo.

MÉTODO

Se analizan los datos del registro FALL-ER (FALLs attended at the Emergency Room), que es un registro observacional de cohortes prospectivo y multicéntrico con un muestreo sistemático, un día fijado de cada semana, durante un periodo de un año (de 1 de septiembre de 2014 a 31 de agosto de 2015) con un seguimiento de 9 años. Incluye a todos los pacientes de 65 o más años, atendidos por una caída presenciada o referida por el propio paciente en los días de estudio. Se hicieron dos grupos comparativos en función de si el paciente sufrió una nueva caída posterior al episodio índice o no. Las variables predictivas se investigaron con el cálculo de la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Las variables evolutivas fueron la mortalidad y la necesidad de institucionalización que se estudiaron con curvas de supervivencia Kaplan Meier y el cálculo del estadístico de log Rank.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La cohorte FALL-ER recluto 1.442 pacientes de los cuales habían sufrido una primera caída 894 (62%) pacientes, en 490 (54,8%) no hubo una nueva caída posteriormente. En el grupo que presento una nueva caída, en la mayoría (58,4%) solo hubo una caída posterior. De la cohorte total, los pacientes tenían una edad media de 78,9 años, siendo la mayoría mujeres (68,2%). En el ajuste multivariante realizado las variables predictivas de volver a caer fueron ser mujer, OR 1,470 (IC 95% 1,067 – 2,024), en cambio la presencia de testigos fue un factor protector, OR 0,735 (IC 95% 0,548 – 0,985). En el seguimiento, la mortalidad por todas las causas fue del 49,7%, no habiendo diferencias significativas entre grupos. Si hubo diferencias en la institucionalización, que fue del 16,3%, siendo más frecuente en el grupo con caída posterior (21,4% versus 12,0%) con valor p<0,001. Las curvas de supervivencia mostraron mayor mortalidad a largo plazo para el grupo sin caída posterior (log Rank = 0,010), y mayor institucionalización para el grupo con caída posterior (log Rank = 0,003).

CONCLUSIONES

En los pacientes de 65 o más años que consultan por una primera caída en los SUH existen pocas variables predictoras de presentar una nueva caída posterior. En la evolución a largo plazo existe una mayor mortalidad en el grupo sin caída posterior, pero una mayor institucionalización para el grupo con caída posterior.

O. #1705

DEL PROTOCOLO A LA REALIDAD. ¿PODEMOS NO HACIENDO... HACER ALGO MEJOR POR NUESTROS PACIENTES MAYORES EN URGENCIAS?

Belén Rodríguez Miranda, María José Venegas De L´hotellerie, Lydia Chao Ricoy, Carmen Del Arco Galan, Miriam Sánchez Vicente, Ana María Martínez Molina

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2022, la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, puso en marcha el Proyecto de Adaptación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) a las personas mayores. Este proyecto engloba a todos los SUH, para tomar conciencia del envejecimiento de la población, desarrollando protocolos específicos de actuación, formación geriátrica del personal, e implementación de recursos e infraestructuras para obtener el nivel bronce de acreditación GEDA (Geriatric Emergency Department Accreditation).
Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) forman parte de la red de seguridad de nuestro sistema nacional de salud disponibles 24 horas al día los 365 días del año. Se atienden más de 30 millones de urgencias anuales y al menos uno de cada cuatro pacientes, es mayor de 65 años. Son pacientes que generan una importante carga asistencial, necesitando un mayor número de procedimientos diagnósticos, así como un importante consumo de recursos sanitarios y precisan de mayor tiempo y dedicación de los profesionales

OBJETIVO

Conocer los datos reales de sondaje vesical (SV) en pacientes mayores de 70 años que acuden a urgencias, tras la realización de un protocolo para obtener un estándar de calidad

MÉTODO

Nuestro servicio de Urgencias optó en diciembre del 2023 a la acreditación GEDA, para lo cual entre los diferentes estándares a cumplir debía contar con la realización de tres protocolos obligatorios y uno de elección libre. Entre los protocolos obligatorios se encontraba tener establecido en el servicio de urgencias un protocolo para estandarizar y minimizar el uso de sondas urinarias, dicho protocolo fue realizado y difundido en el servicio de urgencias a finales del año 2023.
Solicitamos al servicio de admisión los datos del año 2024 de los pacientes mayores de 70 años en los que se había registrado en la historia clínica en su episodio de Urgencias la colocación de sonda vesical, con el fin de realizar un análisis retrospectivo y valorar el adecuado cumplimiento del protocolo

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2024, se atendieron en nuestro servicio de Urgencias 116.277 pacientes de los cuales eran mayores de 70 años el 31,3%. Estos pacientes generan una importante carga asistencial y precisan estancias en observación, en nuestro análisis el 6,23%.
Se registró SV en el 1,91% de dichos pacientes (697episodios de urgencias), podemos concluir que el registro en la historia clínica ha sido inferior a los datos que aporta la literatura, un 5% de SV en pacientes mayores en los servicios de Urgencias.
En el análisis por prioridad asignada en triaje y de acuerdo con el protocolo, los pacientes que acuden a Urgencias por patologías que pueden precisar un SV se les asigna una prioridad alta (2 y 3) en un 79% de los casos, no así en los que no van a precisar SV solo en un 52% tienen esa prioridad.
El análisis de todos los episodios revela que corresponden a 556 pacientes, el 84% solo había consultado una vez, 11% en 2 ocasiones, siendo una minoría un 1,1% los que consultaron en más de 5 ocasiones, un único paciente consulto en 10 veces.
La principal indicación de sondaje vesical fue problemas urinarios (hematuria, recambio y complicaciones de SV) y control de diuresis. La incidencia de infección del tracto urinario en relación con SV, fue de un 20% pendiente en algunos casos de evidencia microbiológica.

CONCLUSIONES

La elaboración de un protocolo y la obtención de una acreditación no garantiza su cumplimiento, es necesario realizar un seguimiento de este para poder mejorar.
El SV es un procedimiento invasivo para nuestros pacientes mayores, en los que protocolizar iniciativas de no hacer, es más beneficioso durante su estancia en el servicio de urgencias

O. #1972

LAS MUJERES MAYORES EN URGENCIAS GANAN EN NÚMERO Y EN VELOCIDAD HACIA LA SALIDA

Belén Rodríguez Miranda, María José Venegas De L´hotellerie, Ana Del Rey Ubago, Carmen Del Arco Galan

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La población mundial presenta actualmente un envejecimiento progresivo. En nuestro entorno al menos uno de cada tres individuos ya es mayor de 65 años y la esperanza de vida al nacer se sita alrededor de los 85 años
El porcentaje de personas mayores que hacen uso de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la Comunidad de Madrid es aproximadamente de un 35% del total, aunque su uso es más adecuado y justificado además de tener mayor gravedad que la población más joven, generan más ingresos hospitalarios.
Esta situación exige adaptar la atención de los SUH a la especificidad de este tipo de población, así como alta frecuentación por ser una población extremadamente frágil y vulnerable.

OBJETIVO

Conocer si existen diferencias por sexo y edad en nuestros pacientes mayores durante su estancia en urgencias, tanto en número de ellos, tiempo de estancia, porcentaje de ingreso y en consecuencia altas de Urgencias

MÉTODO

Analizamos los datos del cuadro de mando del servicio de urgencias del año 2024 de los pacientes mayores de 65 años, datos de las prioridades asignadas en triaje, el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos y la distribución de la población, todo ello por intervalos etarios y diferenciación de sexo.
Se realizó el análisis con el fin de conocer los datos de nuestros mayores, para posteriormente poder implementar medidas que nos permitan agilizar y facilitar su estancia en el SUH

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante el año 2024, se atendieron en nuestro servicio de Urgencias 116.278 pacientes de los cuales eran mayores de 65 años el 38%, y en concreto mayores de 85 años un 12%. Estos pacientes se le asignó a su llegada a Urgencias mayor prioridad, un 50% con prioridad 2 y 3, frente al 40% de la población global para esas prioridades.
La distribución por sexo, 43% fueron hombres frente al 57% fueron mujeres. Si analizamos las poblaciones de los pacientes mayores por sexo, la diferencia es aún mayor, en mayores de 85 años el 68% fueron mujeres frente a un 32% de hombres, y en el intervalo etario anterior de 65 a 84 años, el 58% de mujeres frente a 42% de hombres. Siendo estas diferencias de porcentajes estadísticamente significativa con un nivel de significación del 0,05.
Respecto al tiempo de estancia, llama la atención que siendo el tiempo medio de 5,02 horas(h) para los hombres y 4,5h para las mujeres, en nuestros pacientes mayores con edades entre 65 y 84 años, es en las mujeres de 4,71h muy similar al dato del global de toda la urgencia mientras que en los hombres se dispara a 6,17h. Esta diferencia entre hombres y mujeres también se objetiva, aunque en menor grado en los mayores de 85 años (mujeres 6,33h frente a hombres 6,69h).
Se analizó también el porcentaje de ingresos, en nuestro servicio se sitúa para los hombres en un 11,08% y para las mujeres en un 8,46%. En el intervalo etario entre 65 y 84 años, las mujeres tienen un porcentaje de ingreso de 10,62% claramente inferior al de los hombres 17,52%, diferencia que se mantiene, aunque en menor medida en las mujeres mayores de 85años 25,04% frente al 28,18%.

CONCLUSIONES

Las mujeres mayores acuden en mayor número al servicio de Urgencias, pero a pesar de ser más, permanecen menos tiempo en el servicio de Urgencias.
Las mujeres mayores que acuden a Urgencias presentan en todos los intervalos etarios menor porcentaje de ingreso que los hombres.
Las mujeres mayores en Urgencias, aunque en número pueden suponer una mayor carga asistencial, la realidad de nuestro servicio es que esa carga es menor de lo que pueda parecer.

O. #1982

DELIRIO EN PERSONAS MAYORES: ¿CUÁNTOS FÁRMACOS SON DEMASIADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS? UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Ángela Soler Sanchis[1], Imma Tormos Miñana[2], Laura I. Tarrat Alcalde[3], Begoña Rochina rodríguez[4], Francisco Miguel Martínez Arnau[5], Pilar Pérez Ros[6]

1. Departament d'Infermería i podología, Valencia, España
2. Hospital Universitari Francesc de Borja, Valencia, España
3. Universitat de València, Valencia, España
4. Gandía, Valencia, España
5. Hospital Universitari la Ribera, Valencia, España
6. Cs Meliana. Departamento Clínico Malvarrosa, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El delirio es un síndrome frecuente en pacientes mayores que acuden a los servicios de urgencias, vinculado a un aumento en la morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria. Además, el envejecimiento de la población y la polifarmacia en los pacientes ancianos son factores que aumentan el riesgo de complicaciones como el delirio. Sin embargo, la relación entre el uso de fármacos y el desarrollo de este síndrome sigue sin estar completamente aclarada. Un enfoque mediante estudio caso-control puede ayudar a identificar asociaciones significativas y establecer bases para mejorar el tratamiento en estos pacientes.

OBJETIVO

1. Determinar la prevalencia del delirio en pacientes atendidos en urgencias y su asociación con el número total de fármacos administrados.
2. Evaluar las características sociodemográficas de los pacientes con y sin delirio que acuden al servicio de urgencias, explorando posibles diferencias entre ambos grupos.

MÉTODO

Se realizó un estudio caso-control retrospectivo en pacientes de 65 años o más atendidos en el servicio de urgencias entre noviembre de 2021 y junio de 2022. El grupo de casos estuvo conformado por 153 pacientes diagnosticados con delirio según los criterios del DSM-V, mientras que el grupo de control incluyó 217 pacientes sin diagnóstico de delirio. Se excluirán aquellos con delirio secundario a causas farmacológicas o consumo de alcohol. La variable principal de estudio fue el número total de fármacos administrados, además, se reconocieron variables sociodemográficas, como la edad, sexo y procedencia del paciente. Se realizó una prueba de normalidad mediante Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de la variable de fármacos administrados, seguida de pruebas no paramétricas al no observarse normalidad en la distribución de los datos. Las diferencias en los medios de fármacos administrados entre los grupos de casos y controles se analizaron mediante la prueba de Mann-Whitney. Para los análisis sociodemográficos, se aplican pruebas de Chi-cuadrado y t-Student, según el tipo de variable.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 370 pacientes en el estudio, con una media de edad de 85 años (DE 7,68) en el grupo de delirio y 83 años (DE 7,15) en el grupo sin delirio. El 50,3% (n=77) de los pacientes con delirio eran mujeres, mientras que en el grupo control el porcentaje de mujeres era del 52,1% (n=113), sin diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,72) aunque se observó una tendencia hacia mayor edad en los pacientes con delirio. En cuanto al número de fármacos administrados, la media en el grupo de delirio fue de 2,12 (DE 1,98), significativamente mayor que en el grupo control, donde la media fue de 1,57 (DE 1,58) (p=0,012). Se observó que el 71,43% de los pacientes que recibieron 5 fármacos desarrollaron delirio, frente al 28,57% del grupo control. A partir de la administración de 8 o más fármacos, todos los pacientes desarrollaron delirio (n=3).

CONCLUSIONES

El estudio encontró una asociación significativa entre el número de fármacos administrados y el desarrollo de delirio en pacientes mayores atendidos en urgencias. Los pacientes que recibieron más de 4 fármacos mostraron un mayor riesgo de desarrollar delirio, lo que resalta la importancia de un control estricto de la polifarmacia en este grupo vulnerable. Aunque no se observaron diferencias sociodemográficas significativas, la edad podría ser un factor a considerar en futuros análisis. La identificación temprana y el manejo adecuado de los fármacos pueden ser clave para prevenir el delirio y mejorar la atención en los servicios de urgencias.

O. #1994

PALIATIVOS EN URGENCIAS

Alejandro García Leguey
Hospital Virgen del Castillo (Urgencias), Yecla, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 64 años, con diagnóstico de cáncer de páncreas estadio IV desde hace 3 años.
Ha recibido varios ciclos de quimioterapia y radioterapia, pero en los últimos meses presenta progresión de la enfermedad, con metástasis hepáticas y óseas.
La paciente ha estado en seguimiento por el equipo de atención domiciliaria desde hace 6 meses, recibiendo manejo del dolor y apoyo psicológico, pero es una paciente/familia que acude de forma frecuente al servicio de urgencias y es atendida por urgencias extrahospitalarias en domicilio.
Acude al servicio de urgencias con sus hijos, por aumento de su dolor abdominal en las últimas 24 horas, acompañado de disnea de reposo.
Sigue tratamiento por paliativos domiciliarios con analgesia, incluyendo morfina de liberación lenta en parches, pero a pesar de ello refiere exacerbación del dolor (escala de 0-10, refiere 8 en reposo).
Sus hijos comentan que está teniendo dificultad para dormir por la noche y está somnolienta durante el día. Además, presenta pérdida de apetito que ha dado lugar a pérdida de peso significativa en las últimas semanas.
A la exploración física, presenta unas constantes vitales en rango de la normalidad, pero con claros signos de deshidratación, palidez cutánea, afilamiento de la nariz y tendencia al sueño.
A la auscultación pulmonar llama la atención estertores bilaterales, con hipoventilación en base derecha y uso de musculatura accesoria (tiraje abdominal). Su abdomen es globuloso (con oleada ascítica) y doloroso a la palpación en hipocondrio y fosa ilíaca derecha, con hepatomegalia de 4 traveses de dedo.
De las exploraciones complementarias destaca en el electrocardiograma taquicardia sinusal. Y en las pruebas de laboratorio una anemia leve con aumento de transaminasas y bilirrubina, con acidosis metabólica en la gasometría.
La radiografía de tórax revela un derrame pleural derecho y consolidación en lóbulo inferior derecho.
Dada la situación de la paciente, se decide iniciar un manejo paliativo integral en el servicio de urgencias, por lo que se establece un acceso por vía subcutánea, se inicia tratamiento con opioides para control del dolor (morfina), alprazolam sublingual, para manejo de la ansiedad, y midazolam subcutáneo para control de su disnea, según necesidad.
Previo a plantear ingreso o alta, se establece un plan con la paciente y la familia, que prefieren un seguimiento con cuidados paliativos a domicilio. Se habla también del pronóstico y las expectativas, así como de las decisiones al final de la vida, asegurándonos que el paciente reciba un tratamiento que respete sus deseos y sus valores.

CONCLUSIONES

El manejo de un paciente paliativo en urgencias presenta un desafío único, y es fundamental reflexionar sobre nuestra actitud como médicos ante aquellos pacientes terminales que recurren en repetidas ocasiones a nuestros servicios de urgencias. A veces el desenlace puede parecer evidente desde nuestra perspectiva clínica, pero es crucial recordar que cada caso representa una situación compleja y emocional, tanto para el paciente como para su familia.
Como profesionales de la salud, nuestra responsabilidad va más allá del diagnóstico y el tratamiento, por lo que debemos ser un pilar de apoyo al paciente y su familia, ofreciendo información clara y comprensible que permita a los pacientes y sus seres queridos tomar decisiones sobre su atención.
Además, la colaboración con atención primaria, cuidados paliativos y urgencias extrahospitalarias, es fundamental para proporcionar un enfoque integral y compasivo en esta etapa de la vida del paciente.

P. #30

ESTUDIO DE LOS GESTOS AUTOLÍTICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Belén Morales Franco, Ángel Guillén Meseguer, Mª Carmen Marín Lucas, Marta Cano Gómez, Mª José Castejón Pina, Mª José Carrillo Burgos

Hospital De La Vega Lorenzo Guirao, Cieza, España

INTRODUCCIÓN

Las tentativas autolíticas son el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado, han aumentado su incidencia, especialmente en población joven, siendo una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima.

OBJETIVO

Conocer algo mejor el perfil de los pacientes que son atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital comarcal tras un gesto autolítico.

MÉTODO

Estudio retrospectivo de todos los casos atendidos en el Servicio de Urgencias desde el 1 de enero de 2023 al 30 de septiembre de 2024 (21 meses) por gesto autolítico y comparación de los resultados con los de la bibliografía.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se atendieron 64 casos con este diagnóstico, 116 pacientes por 100.000 habitantes y año, mujeres 58% frente a 42% de varones, 64% mayores de 35 años, 25% de 18 a 35 años y 11% menores de 18 años, el método más frecuente utilizado por los pacientes fue la intoxicación medicamentosa (75%), seguido del uso de instrumentos cortantes. Los tóxicos más utilizados fueron benzodiacepinas en 68% de los casos, el 83% con antecedentes psiquiátricos, 64% ingería alcohol de forma habitual, 24% consumía cocaína y 13,3% cannabis, 53% no eran primeras tentativas, 64% mencionaba algún desencadenante, principalmente problemas familiares y de pareja.

No había grandes diferencias estacionales, aunque sí un aumento de casos entre agosto de 2023 y abril de 2024, con más casos durante el día 60% frente al 40% que lo intentó en horas nocturnas.

Los diagnósticos más comunes fueron trastornos adaptativos, depresión y trastornos de la personalidad. En el 80% se indicó el traslado al hospital de referencia para valoración por psiquiatra de guardia.

El tiempo medio de estancia en urgencias fue de 7 horas, con un 27% que permanecieron más de 10 horas. Los resultados concuerdan con los de otros estudios sobre tentativas autolíticas realizadas en nuestro medio.

CONCLUSIONES

En los países desarrollados la edad media es de 40 años. En los artículos seleccionados este evento se desarrolla con mayor frecuencia entre el sexo femenino, si bien la edad de las mujeres que intenta suicidarse es menor que la de los hombres. En cuanto al método, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Globalmente la forma más frecuente es la ingesta farmacológica, usando sobre todo benzodiacepinas y opiáceos.

Un elevado porcentaje de personas que han llevado a cabo un intento de suicidio vuelven a repetir la acción con posterioridad, son considerados por ello un grupo de alto riesgo.

En los servicios hospitalarios y extrahospitalario es necesario el desarrollo de protocolos que permitan ofrecer una atención más completa y adecuada. El profesional de enfermería debe por tanto ser formado en este ámbito y ser capaz de proporcionar cuidados y brindar un apoyo emocional tanto al paciente como a las familias de los mismos.

Cabe resaltar, la importancia de reconocer en los jóvenes características como conductas depresivas recurrentes, desesperanza, vacío existencial, baja autoestima, o desequilibrios psíquicos, puesto que si se detectan a tiempo en el adolescente, se pueden esgrimir acciones que contribuyan con el bienestar psicológico del joven. No obstante, el panorama parece desesperanzador, pues el espectro de situaciones a las que tienen que hacer frente los jóvenes y niños en la actualidad, van desde no contar con una familia, o cuidadores que les orienten en su proceso de socialización, hasta recibir una serie de informaciones provenientes de diferentes medios de comunicación y redes sociales que carece de un sentido pedagógico y formativo.

P. #37

NUEVOS PUNTOS DE CORTE PARA LAS CONSTANTES VITALES EN LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN RIESGO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Susana García Gutiérrez[1], Diana Marcela Pérez Valencia[2], Nere Larrea Aguirre[3], Marijo Legarreta Olabarrieta[3], Irantzu Barrio Beraza[4], EDEN Ricapps Group[5]

1. Hospital Galdakao-Usansolo, Usansolo, España
2. Basque Centre Applied Mathmatics, Bilbao, España
3. BioSistemak-RICAPPS, Bilbao, España
4. Universidad del Pais Vasco, Leioa, España
5. Hospital Galdakao-Usansolo-RICAPPS, Usansolo, España

INTRODUCCIÓN

Los puntos de corte de constantes vitales utilizados en los sistemas de triaje están identificados en población general.

OBJETIVO

Encontrar los puntos de corte de las constantes vitales utilizados en los Servicios de Urgencias (SU) que se asocian más estrechamente con la probabilidad de muerte o ingreso en cuidados intensivos en las 72 horas siguientes a la llegada al SU.

MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo de 23.278 pacientes que visitaron los SU por cualquier motivo durante una semana en 2019, a través de 52 hospitales españoles, Los datos analizados en este trabajo se centran en las constantes vitales registradas durante el triaje en urgencias. Además, se incluyó información sobre la disposición del paciente tras su llegada al SUH, la hospitalización y la mortalidad (si la hubo). Los puntos de corte óptimos (número y valores) se derivaron utilizando el algoritmo BackAddFor dentro de un marco de modelo aditivo generalizado (GAM) logístico univariante mediante la maximización del área bajo la curva receiver operating characteristic (AUROC). Estos puntos de corte se validaron en una cohorte independiente de 37.947 pacientes en términos de mortalidad o traslado a UCI en las primeras 72 horas tras su llegada a urgencias.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se propone el número y valores óptimos de puntos de corte para cinco constantes vitales. Nuestro estudio indica que uno o dos puntos de corte para cada signo vital capturan eficazmente la variabilidad en el riesgo del resultado combinado de muerte y/o ingreso en UCI en las primeras 72 horas tras la llegada al SU. Para la PAS sugerimos 185 mmHg y 115 como valores críticos superior e inferior. Para la PAD el valor de alarma superior es 97 mmHg y para la FR el valor de alarma superior es 21 lpm y el inferior 15 lpm (pm). El valor de alarma inferior para la FC es de 45 lpm y el valor de alarma superior es de 105 lpm. Por último, el valor crítico para la SatO2 es del 92%. En comparación con los puntos de corte clásicos, nuestros puntos de corte propuestos detectaron un mayor porcentaje de pacientes con resultados negativos

CONCLUSIONES

En definitiva, el uso de estos valores de referencia adaptados para las constantes vitales en población española mayor de 65 años debería mejorar la identificación de pacientes de riesgo y los sistemas de alerta precoz utilizados actualmente en los servicios de urgencias.

P. #75

EL ICTUS PEDIÁTRICO: UNA REALIDAD INVISIBLE

Laura Manzanero Sais, Míriam Abu Tair Rubio, Roser Albert Pages, Anna Díaz Palomeras, Alba Mola Mundet, Manuel Alejandro Rocha Davila

Instituto Assistencia Sanitaria, Salt, España

INTRODUCCIÓN

En la edad pediátrica, la baja incidencia de la enfermedad cerebrovascular (ECV) y sus diferentes etiologías dificultan la implantación de guías de actuación y la aplicación de tratamientos de reperfusión que ayuden a disminuir, de forma similar a lo ocurrido en el adulto, la morbimortalidad de estos pacientes.
En el caso de España, para una población de 47 millones de habitantes, los casos representarían unos 140-270 niños por año.
El ictus pediátrico es poco frecuente. La incidencia global oscila entre 0,6 i 7,9 /100.000 niños/año, mayor en el período perinatal 17-63/100.000 niños/año . No hay diferencia entre género, la mortalidad entre el 6-10% y las secuelas alrededor del 70% de los casos.
A pesar de ello el ictus en la edad pediátrica es una emergencia neurológica infradiagnosticada, ya que la clínica es muy inespecífica, con gran variabilidad de los síntomas y su similitud con otras patologías. Solo alrededor del 25% de los niños con síntomas neurológicos significativos serán diagnosticados de ictus.
La baja incidencia del ictus pediátrico hace disponer de pocas series que estudien el perfil de estos pacientes.
El diagnóstico precoz contribuye a disminuir las complicaciones neurológicas agudas, así como la discapacidad crónica La identificación precoz en triaje es esencial y se tiene que formar a los profesionales para capacitarlos con los conocimientos que permitan una detección precoz y eficiente. Por ejemplo, implantando la Escala de Rosier.

OBJETIVO

El objetivo principal del estudio es identificar los conocimientos y la información sobre el ictus pediátrico. Como objetivos específicos conocer si los profesionales habían recibido información sobre el ictus pediátrico y si conocían algún protocolo.

MÉTODO

El estudio descriptivo, observacional y de corte transversal con una n = 40. La población diana fueron los profesionales de enfermería del servicio de urgencias. El estudio se desarrolló a partir de una sospecha de codigo ictus pediátrico, una de las pocas que se han visto en nuestro centro.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De toda la muestra un 32.5% de los profesionales de enfermería llevaban menos de 2 años en el servicio, 155 entre 2 y 5, un 35% entre 5 y 15 y solo un 17.5% con más de 15 años de experiencia en el servicio de urgencias.

De toda la muestra solo un 17.5% afirmo haber detectado un possible ictus pediátrico. La mayoría de los profesionales, un 62.5% de la muestra, relaciona los signos y síntomas del ictus pediátrico con el ictus adulto con predominio de cefalea, espasmos faciales y distonías, alteraciones visuales y del equilibrio.
En relación con la formación, 87.5% afirma no haber recibido formación sobre el ictus pediátrico ni en el hospital ni tampoco en formaciones regladas relacionadas con urgencias.
Finalmente, solo un 15% del total de la muestra afirma conocer algún protocolo relacionado con el ictus pediátrico en contra de un 60% que desconoce totalmente la existencia de un protocolo.

CONCLUSIONES

El estudio demostró una clara falta de información y formación en relación con el ictus pediátrico, También, la necesidad de elaborar un protocolo para potenciar a los profesionales y promover un diagnóstico precoz que contribuya a disminuir las complicaciones neurológicas agudas, así como la discapacidad crónica
A raíz del estudio se elaboró el protocolo de código ictus pediátrico y se organizaron sesiones formativas para todos los profesionales del servicio de urgencias. La participación y la satisfacción de la formación fue muy elevada. Los profesionales transmitieron un incremento de la seguridad para saber detectar un ictus pediátrico y tener consciencia de que también los niños pueden sufrir esta patología.

P. #192

FOTOGRAFÍA DEL ICTUS PEDIÁTRICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. REGISTRO DURANTE 10 AÑOS

Almudena Morales Sánchez[1], Rosario García Álvarez[1], Carmen Del Pozo Pérez[1], Héctor Manuel Pablo Hernández[2], Raquel Sánchez Martín[3], Sergio Sánchez Rubio[4]

1. Emergencias Sanitarias CyL, Valladolid, España
2. SAMUR-PC, Madrid, España
3. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Sacyl, Salamanca, España
4. Ambulancias Rodrigo SLU, Salamanca, España

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular agudo (ACVA) ha alcanzado en los últimos tiempos una alta notoriedad. Los avances diagnóstico-terapéuticos, junto con una mayor concienciación en una rápida identificación y actuación para evitar graves secuelas y mejorar el pronóstico ha favorecido la creación de los Códigos Ictus. Sin embargo, casi todos ellos incluyen únicamente a los pacientes mayores de 16 años, dejando fuera a la población pediátrica, que dependerá de la valoración individual de cada caso.

Los ACVA en la población infantil presentan una incidencia dependiendo de las series, entre 2-4 casos por cada 100.000 hab/año. La importancia de esta patología viene dada no por el número de casos, sino por las graves limitaciones funcionales que pueden derivarse.

Sería deseable la creación de Códigos Ictus pediátricos, dirigidos específicamente a esta población (0-16 años) para facilitar el diagnóstico y así poder realizar un tratamiento temprano que minimizaría las secuelas que acompañarían al paciente toda su vida.

OBJETIVO

Conocer la incidencia y características de ictus pediátrico en nuestra comunidad, así como los síntomas guías más frecuentes en nuestra población infantil.

Plantear la importancia de la creación de un código ictus que abarque el periodo pediátrico.

MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo de los menores de 15 años diagnosticados como ictus o "síntomas guía" entre los años 2014 y 2024. Los datos se extrajeron de la base del sistema de emergencias sanitarias de la comunidad, de acuerdo con los códigos de la codificación internacional de enfermedades (CIE-9) definidos para código ictus, ictus, accidente isquémico transitorio (AIT), así como síntomas guía: disartria, alteración de la marcha, vértigo central. Se analizaron aspectos demográficos y su relación mediante chi cuadrado. Se ha usado el sistema Jamovi v1.6.14.0 para el análisis estadístico.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se encontraron 613 casos durante 10 años (el 0.02% del total de pacientes neurológicos atendidos por nuestro servicio en este periodo). Una incidencia de 1-5 por cada 100.00 habitantes y año en la comunidad. La media de edad es de 1.92 años (DE ± 4.04). La muestra incluía 311 mujeres y 319 hombres. En cuanto a los eventos analizados y síntomas guía: ACVA 373 (60.8%) de los que 57 fueron codificados como Código Ictus. AIT 57 (9.3%). Dificultad para la marcha 142 (23.2%). Disartria 40 (6.5%) y Vértigo central 1 (0.2%). Las mujeres representan el 51.2 % (191) de los ACVA y el 59.6% (34) de los AIT, un 47.9% de las mujeres se codificó como dificultad en la marcha y el 45% como disartria (p 0.425). El 74.2% (455) de la muestra tenía menos de un año de edad, de los que el 51.4% son mujeres. En la muestra total, los menores de 1 año representaban el 89.3% de los ACVA, y el 91.2% de los AIT ($p<0.01$).

CONCLUSIONES

- Pese a estar en una Comunidad Autónoma envejecida, nuestra incidencia es similar a la de las series estudiadas en otras regiones.
- A diferencia de la bibliografía estudiada en nuestra muestra no existe diferencia entre sexos, aunque en porcentajes absolutos hay una tendencia a presentar más ACVA entre las mujeres.
- Existe una incidencia significativa en el desarrollo de las enfermedades cerebrovasculares agudas en el primer año de vida lo que conlleva una disminución de la esperanza de vida con buena salud. Datos similares a los encontrados en otros estudios.
- La implantación del Código Ictus pediátrico es necesario en aquellas Comunicades Autónomas que no disponen de él, esto supondría una mejora en el pronóstico de estos pacientes por la disminución de las secuelas.

P. #200

INGRESOS DESDE URGENCIAS A ONCOLOGÍA MÉDICA: ANÁLISIS DE IDONEIDAD SEGÚN LA ESTANCIA HOSPITALARIA

José Carlos García Ortiz[1][2], José María Fernández González[1], Ana Isabel Vacas Rama[1], Alfredo Díaz Gómez[1][2], Francisco Manuel Visiedo García[3], Gonzalo Martín Pérez Arana[3]

1. Servicio Andaluz De Salud, Jerez De La Frontera, España
2. Universidad De Cádiz, Cádiz, España
3. Universidad De Cádiz, Jerez De La Frontera, España

INTRODUCCIÓN

Los pacientes oncológicos presentan una elevada fragilidad y vulnerabilidad clínica, lo que hace fundamental evitar ingresos innecesarios que puedan suponer un mayor riesgo de deterioro funcional, infecciones nosocomiales y eventos adversos. A su vez, la optimización de los ingresos contribuye a reducir la sobrecarga del servicio de urgencias, permitiendo una mejor gestión de los recursos disponibles.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la idoneidad de estos ingresos analizando la proporción de pacientes con estancia corta (EC) y estancia corta ampliada (ECA), considerando además el impacto de los pacientes fallecidos (éxitus). Además, se analizan posibles medidas que puedan contribuir a mejorar la atención a estos pacientes y optimizar la gestión de los ingresos hospitalarios

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados desde urgencias a oncología médica durante el año 2024. Se definió EC como el alta en ≤24 horas entre semana o domingo, ≤48 horas si el ingreso fue en sábado y ≤72 horas si el ingreso fue en viernes. La ECA se definió como el alta en ≤48 horas entre semana o domingo, ≤72 horas si el ingreso fue en sábado y ≤96 horas si el ingreso fue en viernes. Se excluyeron de este análisis los pacientes que fallecieron durante la hospitalización. Se analizaron frecuencias absolutas y relativas, distribución horaria y por día de la semana, así como la tasa de éxitus en los diferentes grupos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se incluyeron 729 pacientes con una edad media de 63,2 años (DE 11,3; rango: 21-88). La estancia media fue de 9,1 días (DE 8,1; mediana: 7; rango: 0-64). El mayor número de ingresos se registró los lunes (n= 141; 19,3%) y el menor los sábados (n=52 pacientes; 7,1%). Según el turno horario, los ingresos se distribuyeron en 186 por la mañana (25,5%), 331 por la tarde (45,4%) y 212 por la noche (29,1%).
En cuanto a los criterios de EC y ECA, 85 pacientes (11,7%) cumplieron criterios de ECA, de los cuales 15 (17,7%) fallecieron. Por otro lado, 43 pacientes (5,9%) cumplieron criterios de EC, con 7 fallecimientos (16,3%). Si eliminamos los pacientes fallecidos, la ECA se observó en 70 pacientes (9,6%) y la EC en 36 pacientes (4,9%). Es importante tener en cuenta que el grupo ECA incluye al grupo EC.
En términos de mortalidad, se registraron 103 fallecimientos (14,1%) en el total de ingresos. Dentro del grupo de EC, se produjeron 7 fallecimientos (6,8% del total de éxitus), mientras que en el grupo de ECA se contabilizaron 15 fallecimientos (14,6% del total de éxitus).

CONCLUSIONES

Los resultados indican que la mayoría de los ingresos desde urgencias a oncología médica estuvieron justificados, ya que solo una proporción muy reducida de pacientes fue dada de alta en tiempos cortos. No obstante, aunque el porcentaje de EC es muy bajo, el de ECA no es despreciable e incluye rangos de tiempo que sugieren que, con una mayor interrelación entre el servicio de urgencias y oncología, algunos de estos casos podrían gestionarse de una manera más adecuada para estos pacientes. La mayor carga de ingresos en horario de tarde y la distribución desigual de ingresos según el día de la semana podrían indicar también dificultades en la gestión de pacientes en ciertos momentos. La presencia de la figura del Oncólogo de guardia podría ayudar a optimizar la toma de decisiones.

P. #278

¿DEBO PENSAR EN CARBUNCO ANTE TODA LESIÓN DÉRMICA NEGRUZCA?

Liliana Meana Sánchez[1], Silvia Sánchez Menéndez[2], Elena Rodríguez Alonso[1], David Iglesias Pedemonte[2], Derly Katerine Herreño Carrillo[2], Adriana Fanjul Frade[2]

1. Hospital Valle del Nalón, Langreo, España
2. Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 36 años, sano y sin antecedentes, que es derivado por su médico por lesiones en ambas piernas desde hace 3 semanas. No trabaja con animales ni tiene mascotas. Camina a diario por una senda fluvial, pero no recuerda ni picadura ni contacto con vegetal desencadenante de las lesiones.
En los últimos días presenta mialgias, malestar general y pico febril de 38°C que ceden con ibuprofeno. No naúseas, ni vómitos, ni cefalea ni mareos ni disnea.
A la exploración física se encuentra afebril, bien hidratado, eupneico y con signos de normalidad.
Llama la atención en la cara interna de la pantorrilla izquierda una LESIÓN DÉRMICA de tamaño considerable, de 10x6cm, NEGRUZCA, con bordes flogóticos y algo descamativa.
Al principio más pruriginosa, ahora indolora. Se trató con corticoides y antihistamínicos sin presentar mejoría.
La analítica objetiva una discreta leucocitosis sin desviación izquierda y sin alteración de otros parámetros
Ante la sospecha de ÁNTRAX por CARBUNCO se deriva a la consulta de Dermatología; donde se diagnostica de ántrax estafilocócico. Le pautan tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante 10 días así como mupirocina tópica en pauta descendente durante un mes.

CONCLUSIONES

• El ÁNTRAX es una infección cutánea producida por:
a) Estafilococos (generalmente Staphylococcus aureus) : Ántrax estafilocócico.
b) Bacillus anthracis: Carbunco cutáneo
Presentan al inicio una lesión dérmica tipo pápula con signos flogóticos y prurito. Luego aparece una superficie negruzca central indolora. Malestar general inespecífico asociado.
• El ÁNTRAX ESTAFILOCÓCICO consiste en la inflamación o infección de las capas superficiales de la piel y de los folículos pilosos. Suele ser más dolorosa.
Tiene como factor de riesgo cualquier puerta de entrada o lesión dérmica. Aunque el contagio endógeno es lo más frecuente. Casi el 30 % de los adultos están colonizados por S. aureus; éste se encuentra con mayor frecuencia en la mucosa nasal.
Se trata con mupirocina o ácido fusídico de forma tópica, y amoxicilina-clavulánico o cloxacilina oral.
• CARBUNCO CUTÁNEO es la manifestación más común de la enfermedad, con baja mortalidad respecto a las formas pulmonar e intestinal.
Se puede utilizar en guerra biológica, con cepas en extremo virulentas. En 2001 tuvo lugar un ataque bioterrorista con esporas introducidas en cartas de correo.
Las esporas del B. anthracis pueden permanecer latentes en suelos hasta que entran en huéspedes (animales salvajes o rebaños domésticos). La transmisión a humanos es por contacto con estos animales, su carne, cuero o lana.
Es importante investigar la profesión y modo de vida del paciente.
Se recomienda el uso de altas dosis de antibióticos.
Las complicaciones son: septicemia y meningitis hemorrágica.

P. #313

UMAER: VERSATILIDAD Y RESPUESTA INMEDIATA CAPACIDADES DE AEROEVACUACIÓN AL SERVICIO DE LAS FAS

Salvador Vicioso Benitez, Pilar Salvador Sánchez, Antonio Causí Jiménez, Penelope Márquez Mancha

Ejercito del Aire (MINISDEF), Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Desde la primera evacuación aérea en 1917, la aeroevacuación ha evolucionado significativamente, mejorando la atención médica en conflictos y emergencias. Hoy, la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER) es la Unidad especializada de las FFAA encargada de realizar aeroevacuaciones de militares desplegados en misiones internacionales y civiles en casos excepcionales desde cualquier parte del mundo, combinando rapidez, eficiencia y adaptabilidad para garantizar una atención médica óptima en situaciones críticas.

OBJETIVO

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar los datos disponibles en la base de datos local de la UMAER para ver qué tipo de aeronaves se utiliza para qué tipo de pacientes o misiones y ver si hay patrones que concuerdan con la realidad operativa de cada aeronave.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de 5 años para analizar las capacidades de la UMAER en 125 misiones de aeroevacuación, evaluando aeronaves, pacientes evacuados y recursos médicos. La muestra ha incluido cinco aeronaves (T18, T21, T22, T23 y T24), con datos sobre la prioridad de los pacientes. El análisis buscó identificar patrones y evaluar la eficacia de las aeronaves utilizadas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 63,2% de las aeroevacuaciones, han sido de un solo paciente y se han realizado en el T-18 (Falcon 900) el avión más utilizado, especialmente para pacientes D2.
– El 36,8% de las misiones han sido múltiples, donde el T-22 (A-310) ha destacado por su capacidad para trasladar varios pacientes con diferentes necesidades médicas.
– Los pacientes D1 críticos han requerido aeronaves más grandes, como el T-21 y el T-23, debido a la necesidad de fácil acceso y transferencias seguras.
– El T-18 se ha utilizado raramente para pacientes D1 por sus limitaciones de accesibilidad.
– El T-23 ha sido la opción más utilizada para pacientes D3 y D4 por su versatilidad y eficiencia en misiones múltiples.

CONCLUSIONES

Entre 2019 y 2023, la UMAER ha realizado 125 aeroevacuaciones, la gran mayoría de 1 solo paciente D2 en T-18 (Falcon 900) por su tamaño, versatilidad, operatividad y rápida configuración, además de cercanía. Las aeroevacuaciones de varios pacientes a la vez, la mayoría se realizaron en T-22 (A-310), aprovechando su versatilidad para transportar hasta tres pacientes críticos.
El T-18 se ha usado principalmente para evacuaciones individuales de pacientes D2, mientras que el T-21 y T-23 se han empleado para pacientes críticos (D1) gracias a sus características de acceso. La modernización del A-330 como MRTT fortalecerá las capacidades de evacuación y transporte del Ejército, mejorando su respuesta en emergencias y operaciones conjuntas.

P. #360

OPORTUNIDADES PERDIDAS DE DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VHC EN PACIENTES IDENTIFICADOS MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE CRIBADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

María De Los Ángeles Rojo Martín[1], Anny Camelo Castillo[1], Teresa Jordán Madrid[1], José Luis González[2], Antonio Duarte Carazo[1], Marta Casado Martín[1]

1. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España
2. Gilead Sciences, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias son un lugar estratégico para implementar estrategias de cribado de la infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), permitiendo identificar casos no diagnosticados, especialmente en poblaciones vulnerables o que no acceden a otros servicios, como atención primaria. Sin embargo, las oportunidades perdidas de diagnóstico pueden retrasar el inicio del tratamiento y aumentar la carga sanitaria, destacando la necesidad de evaluar la eficacia y las limitaciones de estas estrategias.

OBJETIVO

Identificar indicadores de oportunidades perdidas de diagnóstico y tratamiento de la infección activa por VHC en pacientes detectados mediante un programa de cribado en urgencias. Asimismo, analizar contactos previos con el sistema de salud donde el diagnóstico o tratamiento pudo haberse realizado.

MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados con infección activa por VHC mediante un programa de cribado oportunista en urgencias (Programa FOCUS) entre agosto de 2021 y septiembre de 2024. Los registros clínicos se revisaron para identificar contactos previos con el sistema de salud y posibles indicadores de oportunidades perdidas, como transaminasas elevadas, consumo de drogas, transfusiones, y otros factores de exposición o situaciones de riesgo.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 83 pacientes diagnosticados con infección activa por VHC mediante cribado, el 92% había tenido al menos un contacto previo con el sistema de salud. Las oportunidades perdidas incluyeron transaminasas elevadas (56%), antecedentes de consumo de drogas inyectables o inhaladas (25%), procedencia de países con alta prevalencia de VHC (8%) y antecedentes de encarcelamiento (7%). Otros factores identificados incluyeron trastornos mentales graves, coinfección con VIH y transfusiones anteriores a 1990. Además, el 44% de los pacientes ya conocían su estado de infección pero no habían recibido tratamiento por temor a los efectos secundarios de tratamientos antiguos, comorbilidades, encarcelamiento o rechazo del tratamiento.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian brechas significativas en el diagnóstico y tratamiento del VHC antes de la implementación del cribado en urgencias, especialmente en pacientes con factores de riesgos claros o hallazgos clínicos sugestivos. La implementación del cribado oportunista mediante el programa FOCUS ha demostrado ser una herramienta clave para detectar casos que de otro modo habrían permanecido sin diagnóstico. Estas evidencias destacan la necesidad de estrategias sistemáticas de cribado en puntos clave de atención y de una mejor capacitación del personal sanitario para identificar casos de forma oportuna. Optimizar estos procesos podría reducir el infradiagnóstico y las complicaciones asociadas al VHC.

P. #363

BARRERAS PARA LA VINCULACIÓN A LA ATENCIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INFECCION POR VHC MEDIANTE CRIBADO EN URGENCIAS

María José Torcuato Rubio[1], Anny Camelo Castillo[1], Teresa Jordán Madrid[1], Alba Carrodeguas[2], Antonio Duarte Carazo[1], Marta Casado Martín[1]

1. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España
2. Gilead Sciences, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La vinculación temprana a la atención médica es un paso crucial en el manejo de la infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), especialmente en pacientes diagnosticados mediante programas de cribado en los servicios de urgencias. Sin embargo, diversas barreras pueden dificultar este proceso.

OBJETIVO

Analizar las barreras documentadas que dificultan la vinculación a la atención médica en pacientes diagnosticados con VHC mediante cribado en urgencias.

MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados con VHC entre agosto de 2021 y septiembre de 2024 mediante cribado oportunista en urgencias. Se revisaron los registros médicos para identificar las razones que impidieron la vinculación inicial a la atención.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 83 pacientes diagnosticados, el 78% fue contactado para ser vinculado a la atención. En el 22% restante, las principales barreras identificadas fueron: fallecimiento (EXITUS), que representó el 55.6% de los casos, incluyendo pacientes fallecidos durante el ingreso, con enfermedad tumoral terminal o con un pronóstico grave. Los problemas de localización afectaron al 33.3% de los pacientes, quienes no pudieron ser contactados debido a la falta de datos, residencia fuera de la comunidad o falta de respuesta a intentos reiterados de comunicación. Finalmente, las condiciones médicas críticas o decisiones clínicas representaron el 11.1% de los casos, incluyendo pacientes con patologías graves como tumores de mal pronóstico o coinfecciones críticas, en los que se decidió no priorizar el tratamiento o derivar a otros especialistas.

CONCLUSIONES

Las principales barreras para la vinculación a la atención en pacientes diagnosticados con VHC mediante cribado en urgencias incluyen el fallecimiento, problemas de localización y condiciones clínicas críticas. Estos hallazgos destacan la necesidad de diseñar estrategias que aborden estas limitaciones para maximizar el impacto del cribado en la eliminación del VHC y garantizar el acceso oportuno a la atención médica.

P. #668

CAUSAS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Gloria Ruiz Hernández, Itziar Isabel Ilzarbe Ucelay, María Asunción Pérez Martínez

Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidat Valenciana, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

El suicidio en adolescentes ha experimentado un aumento significativo en los últimos años, convirtiéndose en la primera causa de muerte no natural en España (1). Este fenómeno tiene repercusiones graves tanto para los jóvenes afectados, como para sus familias y la sociedad en general. En este contexto, resulta fundamental analizar los factores de riesgo asociados para desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas efectivas.

OBJETIVO

1. Identificar los principales factores de riesgo relacionados con el suicidio en adolescentes.
2. Analizar cómo estos factores influyen en la tendencia creciente de suicidios en este grupo poblacional.
3. Proporcionar herramientas útiles para profesionales de emergencias que atienden a adolescentes vulnerables.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica publicada en los últimos diez años, utilizando bases de datos como Medline, PudMed, Dialnet, Embase-Elsevier, Google Académico y el IME (CSIC), así como bibliografía gris de páginas web oficiales.
Las palabras clave utilizadas fueron “adolescentes”, ·jóvenes”, “factores de riesgo”, “suicidio” e “intento de suicidio”.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

• Factores psiquiátricos: El principal factor de riesgo es la presencia de un trastorno psiquiátrico diagnosticable, especialmente trastornos del estado de ánimo, que pueden desencadenas ideación, intención y comportamientos suicidas (1-3).
- Diferencias por sexo: Aunque tres de cada cuatro personas que se suicidan son hombres, esta proporción no se observa en adolescentes, donde la relación hombre/mujer es de 1/1 (1).
- Incremento reciente: Entre 2019 y 2021, se registró un aumento del 32, 35% en el número de suicidios entre adolescentes, lo cual no puede atribuirse únicamente a la pandemia. Desde 2018, existe una tendencia creciente a la mortalidad por suicidio en España, también presente en adolescentes (1).
- Nacionalidad y residencia: Los adolescentes extranjeros tienen mayor riesgo de suicidio (78% frente a 44% para españoles), así como aquellos que residen en zonas rurales (49% frente a 11% para grandes ciudades) (1).
- Patrón estacional: Existe un incremento en los suicidios durante los meses de Marzo, Abril, Mayo y Octubre, antes y después del verano (4).
- Adicciones y acoso: Las adicciones al juego (ciberadicción) y el ciberacoso son conductas frecuentes relacionadas con el

suicidio (5).
- Trastornos de comportamiento: El TDAH, trastorno de conducta, trastorno negativista o desafiante, y el trastorno disocial, están asociados a problemas de autoestima y habilidades sociales deficientes, afectando las relaciones interpersonales (5,6).
- Otros diagnósticos mentales: El trastorno límite de la personalidad, la discapacidad intelectual, los trastornos alimentarios y la esquizofrenia, también están relacionados con el suicidio. (6).
- Conductas de riesgo: Consumo de alcohol, tabaco, cannabis, prácticas sexuales inseguras y violencia interpersonal, son conductas adicionales de riesgo (6).
- Factores emocionales y estresantes: Emociones negativas (frustración, baja autoestima, rumiación excesiva) y eventos estresantes (fracaso escolar, rupturas sentimentales, violencia familiar, separaciones/divorcios) juegan un papel importante (1, 6-9)
- Falta de apoyo: Ausencia de apoyo social, familiar o comunitario contribuye significativamente al riesgo (1, 6-9).
- Otros factores: Duelos previos por suicidio, historias de abuso sexual, problemas de orientación sexual y acceso a medios letales también aumentan el riesgo (1, 6-9).

CONCLUSIONES

Los comportamientos suicidas no son exclusivos de personas con enfermedades mentales, sino que resultan de múltiples factores interrelacionados. Como profesionales de emergencias que atendemos a jóvenes vulnerables, es crucial identificar estos factores de riesgo para implementar estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas.

P. #723

SÍNTOMATOLOGÍA DE PATOLOGÍA URGENTE EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Beatriz Nieto Miguel[1], Mª Asunción Jorge Martín[2], Rebeca Santos Nieto[2], Alicia Pacho Gimaré[2], María Cristina García Sánchez[2], Ángel Carlos Herrero Lastra[3]

1. Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Zamora, Zamora, España
2. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora, Zamora, España
3. Universidad de Nebrija, Zamora, España

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno significativo, especialmente en países desarrollados, donde se prevé que para 2050, el porcentaje de ancianos alcance el 30% en España. Este aumento ha impactado directamente en los servicios de urgencias, que experimentan un incremento en la demanda y situaciones de saturación.
La atención a este grupo es compleja, ya que los ancianos presentan una sintomatología atípica y multifacética que puede dificultar el diagnóstico y tratamiento adecuados.

OBJETIVO

Analizar la sintomatología de las patologías urgentes en pacientes geriátricos y proporcionar recomendaciones para mejorar el reconocimiento y manejo de estas condiciones en los servicios de urgencias.

MÉTODO

La revisión se basa en un análisis de la literatura reciente relacionada con la sintomatología de las patologías urgentes en ancianos, así como la identificación de métodos de cribado y herramientas de valoración geriátrica que faciliten la detección temprana de condiciones críticas.
La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Cochrane Library, utilizando los términos: Emergencies, Geriatrics, Symptomatology.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los ancianos representan entre el 15% y el 25% de las consultas en urgencias, y su presentación clínica es a menudo atípica. Las patologías urgentes, como infecciones, descompensaciones cardíacas y accidentes cerebrovasculares, pueden manifestarse con síntomas menos evidentes, como confusión, caídas o deterioro funcional, lo que complica su diagnóstico.
Es crucial aplicar escalas de cribado que permitan identificar a pacientes con síntomas de alto riesgo, como la Escala de Valoración de Síntomas Geriátricos (GDS) o el Cuestionario de Evaluación de Caídas. La implementación de una valoración geriátrica integral (VGI) es fundamental para abordar adecuadamente los aspectos médicos, funcionales y sociales de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La atención a la sintomatología de patologías urgentes en el paciente geriátrico requiere un enfoque integral que considere no solo la enfermedad presente, sino también las particularidades de su presentación clínica.
Detectar y evaluar adecuadamente a los ancianos con síntomas de alto riesgo es esencial para mejorar los resultados de salud.
Se recomienda la formación continua del personal en geriatría y la creación de protocolos específicos para la atención de urgencias geriátricas, así como la implementación de áreas dedicadas dentro de los servicios de urgencias para optimizar la atención a este grupo vulnerable.

P. #955

TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL CRÍTICO: ANÁLISIS Y RETOS EN SU CODIFICACIÓN Y REGISTRO

Felipe Quilez López, Carmelo González Lozano, María Francisca López Pina, María Soriano Moreno, María Teresa López Pérez, José Muñoz Pastor

Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

En nuestra comunidad autónoma, el Transporte Interhospitalario Neonatal Crítico (TIHNC) es realizado por dos unidades del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) extrahospitalario, trasladando neonatos desde hospitales comarcales a hospitales de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
Actualmente, la codificación informática del TIHNC no permite diferenciar estos traslados de otros transportes medicalizados no neonatales, lo que dificulta su análisis y evaluación. Esta limitación subraya la necesidad de una investigación detallada para caracterizar estos traslados y proponer mejoras en su registro y gestión.

OBJETIVO

Describir las características no clínicas del TIHNC en nuestra comunidad autónoma durante 5 años, identificando posibles áreas de mejora en su registro y codificación.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y transversal basado en el análisis de los registros de TIHNC realizados en nuestra comunidad autónoma entre los años 2020 y 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Entre 2020 y 2024, se realizaron 271 TIHNC, distribuidos entre dos unidades:
- Unidad A: 174 traslados (64%)
- Unidad B: 97 traslados (36%)

La media anual de traslados fue de 54,2, siendo el 2021 el año con mayor número traslados (72). La media mensual fue de 4,52 traslados.
Se identificaron 8 hospitales emisores, con una mediana de 18 traslados por centro en cinco años. El hospital emisor con mayor actividad derivó 91 traslados (33,6%), mientras que el de menor actividad derivó 2 (0,7%).
En cuanto a los hospitales receptores:
- El principal centro receptor ingresó 190 neonatos (70%).
- El segundo centro receptor 55 neonatos (20,4%).
- En 26 traslados (9,6%), el hospital receptor no pudo determinarse.

El tiempo medio de transporte fue de 3 horas y 7 minutos (mínimo 1 hora y 2 minutos - máximo 6 horas y 32 minutos). No se pudo calcular el tiempo en 43 traslados (15,9%) debido a registros incompletos.

CONCLUSIONES

El análisis de los registros del TIHNC en los últimos cinco años, evidencia un número significativo de traslados, con una considerable inversión de tiempo en cada uno. Sin embargo, la falta de una codificación específica y la ausencia de datos completos en algunos registros limitan la evaluación precisa de estos traslados.
Se destaca la necesidad de mejorar la sistematización y exhaustividad de los registros, así como de implementar una codificación específica para el TIHNC dentro del SEM. Estas mejoras permitirían una evaluación más precisa y rápida del uso de los recursos sanitarios y planificación a futuro del TIHNC en nuestra comunidad.

P. #981

NEONATOS EN RIESGO: CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICOS EN EL TRANSPORTE NEONATAL CRÍTICO

Carmelo González Lozano, María Francisca López Pina, María Soriano Moreno, Felipe Quilez López, María Teresa López Pérez, José Muñoz Pastor

Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El Transporte Interhospitalario Neonatal Crítico (TIHNC) en nuestra comunidad autónoma es realizado por dos unidades del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) extrahospitalario, trasladando neonatos desde hospitales comarcales a hospitales de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).
Conocer las características clínicas de los neonatos, los diagnósticos y las justificaciones de los traslados, se hace imprescindible para la mejora continua y perfeccionamiento de este tipo de traslado por parte de las unidades SEM extrahospitalarias.

OBJETIVO

Describir las variables atributivas de los neonatos trasladados (edad gestacional, edad postnatal, sexo y peso), los diagnósticos principales y las justificaciones del TIHNC en nuestra comunidad autónoma durante 5 años.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y transversal basado en el análisis de los registros de TIHNC en nuestra comunidad autónoma entre los años 2020 y 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el periodo de estudio, se realizaron 271 TIHNC, con las siguientes características:

- Edad gestacional: registrada en 39 neonatos (14,39%), de los cuales 28 fueron pretérmino y 11 a término. En 232 casos (85,61%), la edad gestacional no estaba documentada.
- Edad neonatal: registrada en 242 neonatos (89,3%), siendo el 54,98% (149) trasladados en las primeras 48 horas de vida.
- Sexo: registrado en 266 (98,15%) neonatos, siendo 171 (64,29%) varones y 95 (35,71%) mujeres.
- Peso: registrado en 200 neonatos (73,8%), con una media de 2881,46 gramos (mínimo 400 g – máximo 5000 g).
- Diagnósticos principales: se identificaron 28 patologías, siendo las más frecuentes:

o Distrés respiratorio 60 (23,72%).
o Convulsiones 18 (7,11%).
o Sepsis 17 (6,72%).
o Recién Nacido Pretérmino 16 (6,32%).
o Pérdida Bienestar Fetal 16 (6,32%).
o El resto de diagnóstico se dieron en número absoluto inferior a 12 (<5%) casos: enfermedad membrana hialina, malformaciones del aparato digestivo, malformaciones cardiacas, enfermedad metabólica, aspiración meconial,

apenas, enfermedad neurológica, parada cardiorrespiratoria recuperada, bronquiolitis, hemorragia intracreaneal, anemia, neumotórax, malformaciones renales, malformaciones de pared abdominal, sospecha de cromosomopatía, ictericia grave, meningitis, hipertensión pulmonar, hipertensión intracraneal, atresia de coanas y leucemia aguda.
o En 18 casos (6,64%), no se registró diagnóstico.
• Justificación del traslado: registrado en 264 (97,42%) neonatos, siendo las principales razones:
o Ingreso en UCIN 243 (92,05%).
o Intervención quirúrgica 14 (5,3%).
o Traslado para estudio 6 (2,27%).
o Ilegible 1 (0,38%) registro.

CONCLUSIONES

El análisis de los registros del TIHNC en los últimos cinco años permite caracterizar a la población neonatal trasladada en nuestra comunidad, sus principales diagnósticos y las razones del traslado.
Se identificó una gran variabilidad en el registro de datos clínicos, especialmente en la edad gestacional, debido a la ausencia de un campo específico en la historia de traslado. Esto subraya la necesidad de mejorar y estandarizar el sistema de registro, con el objetivo de facilitar la evaluación y optimización del transporte neonatal crítico.

P. #1008

CONSCIENCIA ANTES DE LA MUERTE PARA SEGUIR DANDO VIDA

Guadalupe González Márquez, Anna Grabolosa Busquets, Dolors Arrey Gómez, Alba Cabanyes Roca, Albert Castells Vilarrasa, Concepció Carrillo Fernández

Hospital de Olot, Olot, España

INTRODUCCIÓN

La donación es un derecho que debemos garantizar a cualquier persona en el proceso de final de vida.
Para ejercer este derecho en nuestro hospital, hemos creado una comisión liderada por enfermería para potenciar la detección y la donación de córneas des del año 2018. Un año después la misma comisión empezó a hacer las extracciones en nuestro centro. El año pasado empezamos con la detección de donantes de multitejidos.
En los últimos años hemos conseguido aumentar el número de donantes gracias a la activación por parte de enfermería responsable del paciente fallecido después de pasar un Checklist (criterios de exclusión principales). Si todas las respuestas son que NO, se activa a la comisión, se revisan sus antecedentes personales más exhaustivamente y se llama al Donor Center (organismo que gestiona la donación de tejidos en Cataluña). Una vez se acepta el donante se pregunta a un familiar del potencial donante si sabe la voluntad de su familiar sobre la donación.
En nuestro país, para hacer efectiva la donación, se necesita el consentimiento informado. Algunas de las causas de rechazo de la donación en nuestro centro por parte de la familia es por desconocimiento de las voluntades del paciente.
Queremos dar un paso más informando a la población de esta actividad para que a la hora del fallecimiento no sea el primer momento dónde se tenga conocimiento de este procedimiento y así la familia sepa la voluntad del paciente.

OBJETIVO

- Ejecutar el derecho de la donación cumpliendo la instrucción 04/2015 del Catsalut.
- Compartir nuestro proyecto de donación de córneas y multitejidos desde un hospital comarcal.
- Llegar al mayor número posible de personas que pasan por el centro y hacerlos conocedores de este proceso.
- Incidir y dar más información al personal del servicio de PADES para que activen la comisión.
- Aumentar el número de personas que tengan tramitado el documento de voluntades anticipadas (DVA) dando la oportunidad de hacerlo desde nuestro hospital.
- Crear debate en la sociedad sobre la cultura de la donación.

MÉTODO

- Estudio descriptivo de todos los casos de donación en nuestro hospital durante el año 2024 para conocer los puntos débiles de nuestro sistema.
- Información general sobre la donación a la población (infografía, trípticos, pósteres, jornadas...).

RESULTADOS O DISCUSIÓN

- Durante el año 2024 en nuestro hospital fallecieron 266 personas de las cuales obtuvimos 49 donantes de córneas (dos de ellos fueron donantes de multitejidos). Se perdieron 48 casos (al no rellenar el Checklist). Se excluyeron 169 pacientes (por edad, antecedentes personales o por negativa familiar).
- De los 169 pacientes excluidos, 123 no superaron el Checklist, 16 fueron descartados por la comisión y/o Donor Center, 1 fue por tenerlo en su DVA, 22 fue por negativa familiar y 4 por otros motivos logísticos.
- De los 48 pacientes perdidos, 26 son del servicio de PADES (programa de atención domiciliaria y equipo de soporte) y de estos 12 pudieron haber sido posibles donantes.

CONCLUSIONES

- Des del 2018 (exceptuando los años de pandemia) las donaciones han ido en aumento cada año.
- Hemos incidido de manera positiva en el personal de nuestro hospital a la hora de hacer la detección de los posibles donantes y la activación de la comisión.
- Nos gustaría dar más información a la población sobre la posibilidad de realizar el DVA y así eximir a sus familiares de la responsabilidad de decidir si aceptar o denegar la donación.
- Todo esto es posible gracias al personal de enfermería que de manera voluntaria están siempre dispuestas a realizar la valoración y la extracción.

P. #1030

EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS TRAS SUFRIR UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Alejandro Miranda Del Cerro[1], Irene Orozco Cifuentes[2], Yolanda Castellanos Clemente[3], Cristina Puivecino Moreno[3], Sonia Sánchez Sánchez[3], Mario García Gil[3]

1. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España
2. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España
3. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son causa de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), especialmente en pacientes >65 años. La incidencia anual estimada en España de TCE es 200 casos – 100,000 habitantes, y está asociada a una alta morbimortalidad (9% fallecen antes de llegar al hospital, 6% durante su estancia hospitalaria y 15% quedan incapacitados).
La principal causa etiológica de TCE en >65 años son las caídas, por ello se han desarrollado herramientas como la escala Downton permitiendo realizar una valoración integral para predecir el riesgo de caídas.

OBJETIVO

Realizar un análisis farmacoterapéutico de la población que acude al SUH tras sufrir un TCE para evaluar la susceptibilidad de estos pacientes a ser prioritarios en las actuaciones del farmacéutico hospitalario de urgencias.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de nivel medio. Se seleccionaron pacientes que acudieron al SUH tras TCE sin ingreso hospitalario durante enero-febrero del 2024. La variable principal fue la proporción de pacientes con prescripciones, previo al TCE, que aumentasen el riesgo de caídas con una puntuación en la escala Downton ≥2. Se asigno 1 punto a cada grupo de dicha escala (tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepresivos) y 0,5 en el grupo de "otros" donde se incluyeron los fármacos recogidos en el boletín INFAC4 sobre medicamentos relacionados con caídas (opioides, neurolépticos, antihistamínicos, antimuscarínicos-urinarios, inhibidores-acetilcolinesterasa, relajantes-musculares e hipoglucemiantes).
Las variables secundarias fueron el porcentaje de pacientes con modificaciones en la prescripción electrónica en dichos grupos terapéuticos en los 30 días posteriores al TCE y la proporción de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según criterios STOPP/START5. Se analizó la re-consulta al SUH por TCE en los 30 días posteriores al alta.
Los datos se recopilaron de la historia clínica electrónica (Selene®) y del módulo único de prescripción.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

104 pacientes acudieron al SUH tras haber sufrido una TCE, 4 se excluyeron por ser caídas sin TCE tras revisión. El 67% fueron mujeres, mediana de edad 75 años (RIC:75-85).
El 78% presentaron una puntuación en la escala Downton ≥ 2, mediana 3 puntos (RIC:2-5). La mediana de fármacos pertenecientes a los grupos terapéuticos de la escala Downton fue 4 (RIC2-5). Dentro de estos fármacos, los grupos terapéuticos más frecuentes fueron: hipotensores (75%), diuréticos (48%), hipoglucemiantes (39%), antidepresivos (37%), tranquilizantes/sedantes (35%), opiáceos (21%), neurolépticos (14%), antiarrítmicos (10%), antimuscarínicos urinarios (7%), relajantes musculares (5%), antiparkinsonianos (5%), inhibidores acetilcolinesterasa (2%) y antihistamínicos (2%).
Se modificó el tratamiento habitual a los 30 días posteriores al alta en 11% de pacientes. En 9% de pacientes se suspendió alguna prescripción (2 benzodiacepinas, 3 hipotensores, 1 antidepresivo, 2 anticoagulantes y 1 antiagregante). En el 3% de los pacientes se redujo la dosis (2 antiarrítmicos, 1 hipotensor, 1 IBP y 1 opioide). En 18% de pacientes registraron PPI según criterios STOPP, una A3 (duplicidad terapéutica) del grupo genitourinario-urológicos, una F2 (IBP para ulcera péptica a dosis plenas durante >8 semanas) y 16 prescripciones D8 (uso prolongado de benzodiazepinas de semivida larga).
El 7% pacientes acudió al SUH en los 30 días posteriores al alta por un nuevo episodio de TCE, en el 43% de ellos se modificó el tratamiento.

CONCLUSIONES

Existe una baja modificación de prescripciones que aumentan el riesgo de caídas a pesar de presentar un índice Downton ≥ 2 en más de tres cuartas partes de los pacientes, y casi una cuarta parte de los pacientes con PPI.
Estos resultados evidencian la dificultad de realizar cambios farmacoterapéuticos en pacientes al alta del SUH que han sufrido un TCE.
Parece relevante priorizar la valoración integral con el farmacéutico hospitalario de urgencias en la farmacoterapia de los pacientes mayores que presentan alto riesgo de sufrir una nueva caída.

P. #1117

TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL CRÍTICO ¿QUÉ SOPORTE HAN PRECISADO LOS NEONATOS?

María Soriano Moreno, Felipe Quilez López, Carmelo González Lozano, Mª Francisca López Pina, Mª Teresa López Pérez, José Muñoz Pastor

061, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

El transporte interhospitalario neonatal crítico (TIHNC) es un componente esencial en la atención de recién nacidos con patologías graves que requieren traslado a unidades de mayor complejidad. En nuestra comunidad autónoma el TIHNC, es realizado por dos unidades del sistema de emergencias médicas (SEM) extrahospitalario, desde diferentes hospitales comarcales a hospitales de tercer nivel que disponen de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
Durante este tipo de traslados, es fundamental garantizar la estabilidad clínica del neonato, lo que implica un manejo adecuado de los dispositivos destinados al confort, soporte circulatorio y ventilatorio. En estos pacientes es frecuente el uso de diferentes tipos de sondas, así como un control farmacológico específico para cada tipo de patología

OBJETIVO

Describir el tipo de soporte ventilatorio, circulatorio, farmacológico y las incidencias durante el TIHNC en nuestra comunidad autónoma durante 5 años.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal y observacional en el que se analizan los registros de TIHNC de nuestra comunidad autónoma desde el año 2020 a 2024.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Durante los 5 años del periodo de estudio se han realizado un total de 271 TIHNC. El soporte necesario ha sido el siguiente:
Respiratorio: 183 (67,52%) neonatos han precisado soporte respiratorio:
-Oxigenoterapia en 21 (7,75%).
-Ventilación Mecánica no Invasiva en 115 (42,44%).
-Ventilación Mecánica Invasiva en 47 (17,34%).
-No han precisado soporte respiratorio 85 (31,37%).
-No hay registro en 3 (1,1%).
Circulatorio. Acceso vascular:
-Vía periférica en 160 (59%).
-Vía umbilical en 30 (11%).
-Periférico y umbilical en 28 (10%).
-No han precisado acceso vascular 34 (13%).
-No hay registro en 19 (7%).
Sonda: 158 (58%) neonatos eran portadores de sondas:
-Nasogástrica en 29 (11%).
-Orogástrica en 122 (45%).
-Vesical en 1

-Orogástrica y vesical 6 (2%).
-No han precisado sondas 86 (32%).
-No hay registro en 27 (10%).
Medicación:
-No han precisado 44 (16,2%).
-No hay registro o es ilegible en 17 (6,3%)
-Han precisado algún tipo de tratamiento farmacológico 210 (77,5%):
*Suero base 200 (95,24%)
*Fentanilo 36 (17,15%)
*Antibiótico 19 (9,05%)
*Drogas vasoactivas 19 (9,05%)
*Prostaglandinas 4 (1,9%)
*Fármacos antiepilépticos 4 (1,9%).
*Paracetamol 4 (1,9%).
Los siguientes medicamentos han sido administrados en un porcentaje inferior al 1,9%: rocuronio, concentrado de hematíes, metamizol, nutrición enteral, bicarbonato, plasma fresco, surfactante y glucosa oral.
Observaciones durante el traslado: Los registros de información que se han recogido han sido los siguientes:
-Sin observaciones: 132 (48,7%)
-Con observaciones sin incidencias: 76 (28,1%)
-Con observaciones e incidencias: 20 (7,4%)
-Ilegibles: 43 (15,8%)
De las 20 incidencias que han precisado intervención destacan el ajuste de los parámetros del respirador, el tratamiento de la fiebre, y corrección de hipoglucemia. Otras intervenciones que se han realizado con menor frecuencia han sido la canalización de vía umbilical, descompresión de neumotórax, aspiración de secreciones o tratamiento de convulsiones.

CONCLUSIONES

Tras la descripción de los diferentes tipos de soporte que han precisado los neonatos durante el TIHNC, obtenemos una visión global de qué tipo de medidas son llevadas a cabo de manera más habitual. En lo que respecta al tipo de canalización vascular, el acceso venoso periférico es el más usado. En cuanto al soporte respiratorio la ventilación mecánica no invasiva es el soporte utilizado con más frecuencia. Del soporte farmacológico destaca el uso del suero base y el fentanilo.
Respecto al registro de las incidencias, destaca su dificultad para su lectura e interpretación, ya que se trata de un campo escrito a mano en texto libre. Este hecho nos hace pensar en una propuesta de mejora en la calidad del registro. Además pone de manifiesto la necesidad de conocer las complicaciones más frecuentes de este tipo de paciente y cómo resolverlas.

P. #1279

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DIFERENCIAS ENTRE MENORES Y MAYORES DE 75 AÑOS

Iria Sanlés González, Julián Arias Grande, Camilo Andrés Jiménez Cruz, Vanessa De Dios Benito, Neus Robert Boter, Antonia Segura Egea

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El registro de mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) es un marcador de calidad asistencial y puede ayudar a monitorizar tendencias y a identificar problemas que requieran un estudio más detallado.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es realizar una descripción de las características clínicas lo los pacientes según su edad que fallecen en el SU del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP).

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, comparativo, de los pacientes fallecidos en el SUH HUGTiP desde el 6-junio-2019 hasta 30-abril-2024, empleando parámetros demográficos y clínicos.
Se categorizaron los pacientes según su edad en: adultos: <75 años y ancianos: ≥75 años.
Comorbilidad: escala de Charlson corregida por edad.
Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD): escala de Karnofski ≤50 puntos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Fallecieron 996 pacientes durante el tiempo estudio, de los cuales 684 eran ≥ 75 años(69%). El sexo femenino predomina en los ancianos(54%) y el masculino en los adultos(63%) (p<0,01).
Los ancianos tienen mayor comorbilidad: escala de Charlson 7,59+/-3,74 vs 6,12+/-3,78(p<0,01). Predominando la diabetes(p<0,05), enfermedad renal crónica(p<0,01), la insuficiencia cardíaca(p<0,01), la demencia(p<0,05) y la enfermedad cerebrovascular (p<0,05) en ancianos, y las neoplasias diseminadas(p<0,01) en los menores de 75 años.
Los ancianos presentas mayor dependencia para las ABVD 58% vs 38% (p<0,01).
En cuanto a la procedencia el 26% de los ancianos procedían de residencia (p<0,01).
Los pacientes menores de 75 años fallecieron predominantemente en el box de paros y en semicríticos y los ancianos en boxes convencionales y en la UCE (p<0,01).
Se observa una predominancia de ancianos fallecidos a cargo de neurología frente a los <75 años (p<0,05).
No se encontraron diferencias en los fallecimientos durante los fines de semana.
No se encontraron diferencias en lo que se refiere a visitas a nuestro SUH en nuestro centro durante las 72 horas y la semana

previa al fallecimiento.
Se practicó reanimación cardiopulmonar avanzada(RCPA) en un número mayor de menores de 75 años(p<0,01).
La sedoanalgesia fue significativamente superior en pacientes ≥75 años(p < 0,01).
No se encontraron diferencias entres edades en lo que refiere a constancia de voluntades previas.
Tiempo medio en horas desde que el paciente llega al SUH y fallece es superior en los ancianos 27,55+/-29,5 vs 22,8+/-26,3(p<0,05).

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con las estadísticas de la OMS los hombres fallecen más jóvenes que las mujeres.
2. Los pacientes ancianos tienen más comorbilidades, siendo las más prevalentes: diabetes, demencia, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y enfermedad cerebrovacular. Mientras que en los pacientes más jóvenes predominan las neoplasias diseminadas.
3. Los tratamiento se adecuan a la situación de los pacientes, de ahí que un mayor porcentaje de pacientes jóvenes sean atendidos en el box de paros y se realice RCPA, frente a un mayor adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes ancianos.
4. El tiempo que tardan en fallecer los pacientes ancianos es superior significativamente.

P. #1290

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DIFERENCIAS ENTRE SEXOS

Iria Sanlés González, Rafael López Urreste, Camilo Andrés Jiménez Cruz, Laura Grimal Abejez, Rebeca Mier Vaca, Neus Robert Boter

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El registro de mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) es un marcador de calidad asistencial y puede ayudar a monitorizar tendencias y a identificar problemas que requieran un estudio más detallado.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es realizar una descripción de las características clínicas de los pacientes según sexos que fallecen en el SU del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP).

MÉTODO

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, comparativo de los pacientes fallecidos en el SUH HUGTiP desde el 6-junio-2019 hasta 30-abril-2014, empleando parámetros demográficos y clínicos.
Comorbilidad: escala de Charlson corregida por edad.
Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD): escala de Karnofski ≤50 puntos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Fallecieron 996 pacientes durante el tiempo estudio, de los cuales el 51% eran hombres. La edad media de las mujeres era superior 82+/-12 vs 76+/-15(p<0,01).
La comorbilidad según la escala de Charlson era elevada en ambos grupos sin encontrarse diferencias. Predominando la enfermedad tumoral metastásica(p<0,05), la cardiopatía isquémica(p<0,01), la EPOC(p<0,01) y la enfermedad vascular periférecia(p<0,01) en varones, y la insuficiencia cardíaca (p<0,05) y la demencia(p<0,01) en mujeres.
Se observa una mayor dependencia para ABVD en mujeres 55% vs 45%(p<0,01).
La procedencia según fuese de su domicilio, de residencia geriátricas y/o instituciones, derivados de otros centros por necesidad de terciarismo y/o hallados en la calle era proporcional en ambos grupos.
Según la ubicación en el SUH se observa un mayor número de hombres en semicríticos y bos de paros(p<0,01).
No se encontraron diferencias en lo que respecta a la sección de atención del SUH. Así como tampoco en si fallecimientos eran en fin de semana.
No se encontraron diferencias en lo que se refiere a hospitalizaciones en nuestro centro durante la semana o el mes previoa al fallecimiento, así como tampoco en la asistencia al SUH en las 72 horas y semana previas.

Se practicó un mayor número de RCPa en hombres(p<0,05).
No se encontraron diferencias en la sedoanalgesia practicada en ambos grupos.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con las estadísticas de la OMS las mujeres fallecen más longevas que los hombres.
2. Ambos son grupos con elevada comorbilidad, no obstante las neoplasias diseminadas, la cardiopatía isquémica y la EPOC predominan en los hombres, mientras en las mujeres predomina la insuficiencia cardíaca y la demencia.
3. Se realizan más RCPa en hombres y consecuentemente estos fallecen más en las áreas de semicríticos y box de paros, probablemente por ser más jóvenes.

P. #1645

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS ANALGÉSICOS EN EL ÁMBITO DE LA EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN LA PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

Elisa Alba Ingelmo Astorga[1], María Jesús Giraldo Pérez[1], Martín Antonio Del Rey Vieira[1], Ruth Anel Cuadrillero[1], Franciso Martín Rodríguez[2], Raúl López Izquierdo[1]

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
2. Emergencias Sanitarias, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma fundamental en la valoración de los pacientes atendidos por los servicios de emergencias. La caracterización del mismo es compleja, ya que intervienen diversos factores que lo pueden modular, como pueden ser la edad o el contexto socio-cultural. El tratamiento analgésico mejora el confort del enfermo con patología aguda y ayuda a su estabilización clínica por lo que resulta especialmente relevante evaluar el dolor desde el inicio y adecuar la terapia. La escala visual analógica (EVA) es un método objetivo para graduar el dolor del paciente consciente, aportando información de forma rápida y fiable. Además, su implementación es sencilla y se puede aplicar en prácticamente todos los contextos clínicos.

OBJETIVO

Conocer las características de los tratamientos analgésicos administrados en función del Eva de los pacientes con dolor no traumático.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los tratamientos analgésicos establecidos en las atenciones realizadas por varias unidades de emergencias prehospitalarias. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años atendidos por patología no traumática y a los que se les realizó analítica prehospitalaria, manifestando en la anamnesis un Eva > 0. Criterios exclusión: menores de 18 años, gestantes, pacientes con patología traumática, no realización de analítica prehospitalaria, no preguntar EVA. Variables: edad, sexo, puntuación Eva y clasificación del dolor en leve: 1-3, moderado: 4-7, severo >7. Número de analgésicos (NA): cero, uno, dos o tres. Analgesia pautada: paracetamol, AINE, metamizol o derivados mórficos. Análisis estadístico de la muestra. Descripción de la muestra: las variables cuantitativas se han expresado mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas mediante frecuencia y porcentaje. El estudio univariante se ha realizado mediante comparación de variables cuantitativas (U de Mann-Whitney) y cualitativas (Chi-cuadrado). Intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Software SPSS 29.0. Significación estadística p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N: 626 pacientes. Edad mediana: 70 (57-81); Mujer: 42,5%. Edad mediana mujer: 75 (60-85), varón: 68 (55-79) (p<0,001).
EVA: leve: 406 (64,9%), moderado: 183 (29,2%), severo: 37 (5,9%).
NA: cero: 56,2%, uno: 37,1%, dos: 5,4%, tres : 1,3%.
Análisis según EVA: NA (cero, uno, dos, tres): leve: (66,5%, 30,8%, 2,5%, 9,2%); moderado (41,0%, 48,6%, 8,7%, 1,6%); severo: (18,9%, 48,6%, 21,6%, 10,8%) (p<0,001). Analgésicos pautados: paracetamol: 19,2%, AINE: 3,4%, metamizol: 2,9%, opioides: 26,7%. Eva y analgésicos pautados: leve: paracetamol 17,7%, AINE: 1%, metamizol: 0,5%, mórficos: 17,0%; moderado: paracetamol: 19,1%, AINE: 3,8%, metamizol: 5,5%, mórficos: 43,2%; severo: paracetamol: 35,1%, AINES: 27,0%, metamizol: 16,2%, mórficos: 51,4%.

CONCLUSIONES

En más de un tercio de las atenciones realizadas el paciente sufre un dolor moderado-severo, dato que coincide con la literatura consultada previamente al planteamiento de este estudio.
Resulta llamativo encontrar un porcentaje reseñable de pacientes a los que no se aplica ningún tipo analgesia a pesar de manifestar dolor moderado-severo.
En pacientes que manifiestan dolor leve y moderado se administra paracetamol en la mayoría de casos, siendo los AINE y el metamizol elegidos en escasas situaciones. Con los datos obtenidos, se comprueba el mayor uso de analgésicos opioides a medida que aumenta la intensidad del dolor, además de la combinación de diferentes tipos de fármacos.
Utilizar la escala Eva de una forma correcta puede ser útil para individualizar las medidas terapéuticas según el contexto del paciente y poder mejorar su confort mientras se realizan otros procedimientos o pruebas complementarias que ayuden a la aproximación diagnóstica.

P. #1661

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRATAMIENTOS ANALGÉSICOS EN EL ÁMBITO DE LA EMERGENCIA PREHOSPITALARIA EN LA PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Elisa Alba Ingelmo Astorga[1], Raúl López Izquierdo[1], Raquel Hernando Fernández[1], Marco Pérez Gómez[1], Ángela María Arévalo Pardal[1], Francisco Martín Rodríguez[2]

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
2. Emergencias Sanitarias, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas que más frecuentemente motiva la atención prehospitalaria, ya sea por cuadros agudos (traumatismos, dolor torácico, heridas, entre otros) o crónicos (mal control de dolor, patología oncológica…). Se calcula que más de un tercio de pacientes atendidos por Emergencias sanitarias y derivados en ambulancia a urgencias hospitalarias tienen dolor moderado o severo. El tratamiento analgésico mejora el confort del paciente que sufre patología aguda que cursa con dolor y ayuda a su estabilización clínica. Para valorar la intensidad del dolor existen diversas herramientas, entre ellas encontramos la escala visual analógica (EVA), que supone un método objetivo para graduar el dolor del paciente consciente.

OBJETIVO

Conocer las características de los tratamientos analgésicos utilizados en función del Eva de los pacientes con dolor de origen traumático.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los tratamientos analgésicos administrados en las atenciones a pacientes por varias unidades de emergencias prehospitalarias. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años atendidos por patología traumática aguda y a los que se les ha realizado analítica prehospitalaria. Criterios exclusión: menores de 18 años, mujeres gestantes, patología no traumática, no realización de analítica prehospitalaria, no haber recogido puntuación EVA. Variables: edad, sexo, puntuación en la Eva y clasificación del dolor en leve: 1-3, moderado: 4-7, severo >7. Número de analgésicos (NA): cero, uno, dos o tres; Analgesia pautada: paracetamol, AINEs, metamizol o derivados mórficos. Análisis estadístico de la muestra. Descripción de la muestra: variables cuantitativas: mediana y rango intercuartílico (RIC), cualitativas: frecuencia y porcentaje. Estudio univariante mediante comparación de variables cuantitativas (U de Mann-Whitney) y cualitativas (Chi-cuadrado). Intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Software SPSS 29.0. Significación estadística p<0,05.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

N: 146 pacientes. Edad mediana: 54,50 (38,75-70); Mujer: 39,7%. Edad mediana mujer: 62 (41,75-79), varón: 52 (37-62) (p<0,05).
EVA: leve: 46 (31,5%), moderado: 70 (47,9%), severo: 30 (20,5%).
NA: cero: 21,9%, uno: 33,6%, dos: 34,9%, tres: 9,6%.
Análisis según EVA: NA (cero, uno, dos, tres): leve: (34,8%, 34,8%, 23,9%, 6,5%); moderado: (21,4%, 40,0%, 31,4%, 7,1%); severo: (3,3%, 16,7%, 60,0%, 20,0%) (p<0,001).
Analgésicos pautados: paracetamol: 56,2%, AINE: 26,0%, metamizol: 2,7%, opioides: 45,2%.
EVA y analgésicos pautados: leve: paracetamol 47,8%, AINES: 23,9%, metamizol: 2,2%, mórficos: 26,1%; moderado: paracetamol: 51,4%, AINES: 31,4%, metamizol: 1,4%, mórficos: 40,0%; severo: paracetamol: 80,0%, AINES: 16,7%, metamizol: 6,2%, mórficos: 86,7%.

CONCLUSIONES

Se ha analizado que más de una quinta parte de pacientes que sufren dolor de origen traumático, atendidos por unidades de emergencias, no reciben analgesia antes de su llegada al medio hospitalario. Este dato puede ayudar a la concienciación de hacer uso de los analgésicos de forma precoz en este tipo de avisos, dado que está comprobado que mejora el confort y el devenir del paciente.
La utilización de la Eva puede ser más dificultosa en edades extremas de la vida, pero en esta muestra los pacientes en su mayoría son de mediana edad, lo que hace que puedan colaborar de forma óptima para la obtención de la puntuación de dicha escala.
En los resultados obtenidos, el fármaco más utilizado para tratar el dolor ha resultado ser el paracetamol, seguido de los analgésicos opioides. En todas las categorías de la Eva se hace uso de la combinación de fármacos, que en situaciones de dolor traumático (en muchas ocasiones, politraumatismos en accidentes de tráfico o similar) puede potenciar su acción analgésica.

P. #1704

LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR DEL PROFESIONAL SANITARIO DE URGENCIAS EN LA ASISTENCIA INTEGRADA AL PACIENTE

Francisco Javier Lucas Imbernon, Pilar Cuellar Sevilla, María Ruiperez Moreno, Francisco Javier Lucas Galan
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

INTRODUCCIÓN

La eutanasia ha sido debatida y practicada de diversas formas desde la Antigüedad. En la actualidad, muchos países han legalizado y/o regulado la eutanasia. En España tenemos la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE). El debate sobre la eutanasia continúa, con diferencias entre países en sus enfoques legales y éticos.
En 2022 se han realizado 288 PAM (Prestación de ayuda para morir) en España. En 2023 en Castilla La-Mancha se han realizado 17. Se han producido 49 donaciones.

OBJETIVO

Analizar el nivel de conocimiento de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) entre los estudiantes de medicina (6° curso) y el personal sanitario (médicos y enfermeras) de urgencias

MÉTODO

Estudio observacional, transversal y descriptivo de los conocimientos respecto a la Ley de regulación de la eutanasia y las diferentes fases y procedimientos que se llevan a cabo en la prestación de ayuda a morir de los estudiantes de 6° y de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeros de urgencias a traves de una encuesta. La encuesta formada por 29 preguntas la mayoría de opción múltiple, dividida en dos bloques:
1. Datos personales y profesionales: Cuestiones 1-5
2. Conocimiento de la eutanasia: Cuestiones 6-29
Una vez obtenidos los resultados, se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

El 97,9% de los encuestados conoce la ley de eutanasia, pero solo un 28,7% la ha leído y un 19,1% ha recibido formación específica. Menos del 50% conocen los requisitos para solicitar la ayuda para morir, las figuras de "Médico Consultor" y "Médico Responsable", la duración del procedimiento, y aspectos sobre la donación de órganos tras la PAM. Solo el 39,4% sabe que la solicitud se puede expresar en la Declaración de Voluntades Anticipadas. Un 26,6% desconoce el derecho a la objeción de conciencia sanitaria.
Hay diferencias según la categoría profesional y el tiempo de ejercicio profesional en determinadas cuestiones.

CONCLUSIONES

La LORE es conocida por los profesionales sanitarios y los estudiantes; pero la formación y la lectura es muy baja. Existe un gran desconocimiento en aspectos más concretos de la ley, por lo que es necesaria una mayor formación.

P. #1723

AYUNO EN PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIATORIA DE VÍAS ALTAS

Ana Benito Justel[1], María Isabel Montero Vilar[2], Laura Redondo Medina[2], Marta Gómez-Escolar Pérez[2], Erik Urutxurtu Laureano[3], Cristina Horrillo García[4]

1. Emergencias Castilla y León, Segovia, España
2. Emergencias Castilla y León, Valladolid, España
3. OSAKIDETZA, Bilbao, España
4. SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Llamada a las 10 de la mañana de un fin de semana al 112 de una madre porque su bebé "se está poniendo morado". Emergencias sanitarias activa a una unidad medicalizada de emergencias que acude al lugar.
A nuestra llegada observamos un bebé de 17 meses en brazos de una madre visiblemente nerviosa. El paciente impresiona de gravedad. Coloración marmólea, cianosis en manos y pies. Hipotónico.
La madre comenta que lleva 3 días con mocos y fiebre alta por lo que ya ha consultado en urgencias hace 24 horas. Diagnóstico de infección respiratoria de vías altas en tratamiento con antipiréticos.
Se realiza triángulo de valoración pediátrica con alteración de dos lados, apariencia y circulación cutánea.
Colocamos al niño en una superficie plana y se realiza exploración física y toma de constantes mientras se continúa recabando información.
Niño de 10 kilos correctamente vacunado. Diagnosticado de osteogénesis imperfecta, al igual que su progenitora. Acude a la guardería y vive únicamente con su madre. Padres divorciados.
Exploración: mal estado general, hipotonía generalizada, cianosis en labios y extremidades inferiores. Piel caliente, no llora. Auscultación cardiopulmonar, ruido de secreciones.
Constantes: Saturación 99% con FiO2 0,21%. Temperatura 38,8, Frecuencia cardiaca de 160 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria normal. Glucemia capilar de 30 mg/dL. Se repite la toma y vuelve a dar el mismo valor.
Se le administra vía oral glucosa 50% una ampolla de 10 g/20 mL.
Rehistoriando a la madre comenta que lleva en ayuno más de 17 horas porque el niño no quería comer debido a la fiebre alta.
Se le administra supositorio de paracetamol rectal 150 mg.
Tras la toma de la glucosa oral la glucemia capilar sube a 110 mg/dL. El estado general del enfermo mejora, comienza a llorar y a solicitar estar en los brazos de su madre.
Se decide derivación a urgencias pediátricas hospitalarias.
A la llegada a las mismas la temperatura ha bajado a 37,9 y la glucemia capilar continúa estando normal.

CONCLUSIONES

El triángulo de valoración pediátrica continúa siendo una herramienta fundamental en el abordaje de las urgencias pediátricas, siendo un medio inócuo que nos informa de la gravedad del paciente.
La hipoglucemia puede ocasionar cualquier tipo de clínica neurológica, por lo que la toma de una glucemia capilar nada más acceder al paciente, aporta información esencial para su diagnóstico y tratamiento.

P. #1768

JJ

Diego Serrano Alises, María Alonso Cortejoso, Ana Yolanda Rodríguez Torres, Leskier Eduardo Sánchez Cuello, Naysla Melissa Villota González, Rebeca Iglesias Blanco
HCUV, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN

Paciente exfumadora, mastectomizada por un cáncer de mama en 2011, con ganglio centinela negativo (Carcinoma intraductal de bajo grado) con linfadenitis reactiva en cuatro ganglios. pTis pN0. Con prótesis mamaria en 2012 y corrección de pezón en 2013. Hipotiroidismo primario con tratamiento hormonal sustitutivo 2013. Colecistectomizada 2016. Apendicectomía. Hígado graso. Alérgica al polen y pelo de gato, intolerante a olmesartan.
ERC por hipertensión arterial maligna 2011. Doble trasplante renal derecho. 1° Trasplante 2017, 2° trasplante en 2019. Presentando como complicaciones estenosis de la unión pielo-ureteral, realizándose anastomosis piélo-piélica 2019, posteriormente estenosis de uréter medio y distal del uréter nativo, colocándose prótesis, dilatación con balón y doble J. último recambio de doble J hace 2 semanas.
Acude al servicio de urgencias por dolor tipo cólicos fosa iliaca derecha de 3 días de evolución que ha ido en aumento. Presenta fiebre de hasta 38° , con nauseas, sin vómitos.

OBJETIVO

La finalidad de este caso es dar importancia no solo anamnesis sino a la importancia de los antecedentes. En este caso se trata de una paciente con doble trasplante renal, donde la actual localización del riñón derecho en es fosa iliaca derecha , lugar donde describe el dolor y zona dolorosa a la exploración.

MÉTODO

Constantes: TA 126/81, FC 77, SpO2 98% T° 36,5. La paciente se encuentra consciente y orientada, normohidratada, normocoloreada y eupneica en reposo.
En la exploración, presenta un abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha.
En analítica sanguínea presenta valores dentro de la normalidad con un sodio de 135, una creatinina de 2.97 , un filtrado glomerular de 17, alanina aminotrasfrasa 50 y PCR de 108 sin leucocitosis , con procalcitonina negativa. No se puede recoger orina por oliguria y piuria.
Debido a los antecedentes de decide realizar TAC Abdominal: Injerto renal en fosa iliaca derecha con ureterohidronefrosis grado IV/V con pelvis renal distendida 56 por 54. Uréter proximal ligeramente dilatado. Sin apreciarse causa obstructiva. No colecciones perireanales. Litiasis renal en grupos caliciales inferiores derechos. Marcada atrofia renal izquierda con calcificaciones, sin dilatación de la vía excretara. Hígado de tamaño normal con quiste simple en segmento IV. Cambios postquirurgicos por colecistectomía. Páncreas, bazo y suprarrenales sin alteraciones. Adenopatía de 15 mm interaorto-

cava . Ateromatosis aortoiliaca calcificada. Diverticulos en sigma, sin signos de complicación.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se solicita valoración por parte de urología, los cuales realizan recambio de doble J de 7 por 28 , realizando salida de orina ritmo desobstructivo, siendo esta piurica. La sonda esta bien colocada ,al retirarse presenta un aspecto marronaceo, se sospecha de infección por hongos. En resultado microbiológico crece Candida Krusei/Pichia kudriavzevi. Al tercer día la paciente mejora la función renal con creatinina de 1.35 tras tratamiento con fluconazol y antibioterapia empírica con cefotaxima

CONCLUSIONES

En conclusión se trata de una paciente con doble trasplante renll con el riñón izquierdo atrofico y el riñón derecho con una ureterohidronefrosis IV/V , que a pesar de ello mantiene funciones renales estable. No solo son importantes las pruebas analíticas y complementarias para guiarnos en el posible diagnostico. Sino una buena anamnesis e historia clínica con antecedentes.

P. #1959

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: ESTUDIO TRANSVERSAL

José María Trillo Fernández, Trinidad Montero Vílchez, Sara Domingo Roa

Hospital Universitario Virgen de las Nievez, Granada, España

INTRODUCCIÓN

El estrés y la sobrecarga en los servicios de urgencias pueden afectar negativamente la calidad asistencial y, en consecuencia, la percepción de la calidad de vida de los pacientes. Factores como la demora en la atención, la falta de información clara y el trato recibido influyen significativamente en la satisfacción del usuario.
Si bien se han realizado estudios sobre la relación entre calidad asistencial y experiencia del paciente en unidades hospitalarias, en el contexto de urgencias no se ha evaluado con profundidad cómo estas variables afectan la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO

Analizar los factores asociados a la calidad de vida percibida en pacientes atendidos en urgencias hospitalarias y su relación con variables asistenciales y clínicas.

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional transversal.
Población: 203 pacientes atendidos en urgencias dermatológicas.
Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que completaron su proceso asistencial.
Variables analizadas:
Datos sociodemográficos y clínicos.
Calidad de vida (SF-36).
Bienestar emocional (WHO-5).
Ansiedad y depresión (HADS).
Satisfacción con la atención recibida.
Análisis estadístico: Pruebas de comparación de grupos (t-test, Mann-Whitney U) y regresión logística para identificar predictores de calidad de vida.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Edad promedio: 45 años (rango 18-80).
Género: 60% mujeres, 40% hombres.
Condiciones de salud:
40% con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes).
25% fumadores, 30% consumidores de alcohol.
50% en tratamiento médico habitual.
Satisfacción y tiempos de espera:
75% calificó la atención como “Buena” o “Muy Buena”.
45% reportó tiempos de espera prolongados como principal queja.
Se observó una correlación significativa entre tiempos de espera largos y peor calidad de vida percibida ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

La calidad de vida en urgencias hospitalarias está influenciada por factores clínicos y asistenciales.
Los pacientes con enfermedades crónicas y tiempos de espera prolongados reportaron una peor calidad de vida.
Mejorar la eficiencia en la atención y la comunicación con el paciente podría optimizar su experiencia en urgencias.
Se recomienda fortalecer estrategias para reducir tiempos de espera y personalizar la atención en emergencias.

P. #1971

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE HUMANIZACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS: IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

José María Trillo Fernández, Trinidad Montero Vílchez, Sara Domingo Roa

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias han sido tradicionalmente espacios de alta presión asistencial, donde la rapidez y eficiencia han primado sobre el trato humanizado. Sin embargo, diversas iniciativas han demostrado que la incorporación de estrategias de humanización puede mejorar la calidad percibida de la asistencia, reduciendo la ansiedad y aumentando la satisfacción del paciente.
En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre la implementación de estrategias de humanización en urgencias hospitalarias y la satisfacción y calidad de vida de los pacientes en un momento determinado. La hipótesis plantea que los pacientes que reciben atención en un entorno con estrategias de humanización presentan mayores niveles de satisfacción y mejor calidad de vida en comparación con aquellos atendidos en un entorno convencional.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre la implementación de estrategias de humanización en urgencias hospitalarias y la satisfacción y calidad de vida percibida por los pacientes, identificando posibles diferencias en la experiencia asistencial entre entornos con y sin estrategias de humanización, y analizando la influencia de variables sociodemográficas y asistenciales en estos resultados.

MÉTODO

Diseño: Estudio transversal observacional.
Población: pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias durante un periodo determinado, comparando aquellos atendidos en entornos con estrategias de humanización implementadas y aquellos en entornos convencionales.
Variables de estudio:
Variable independiente: Implementación de estrategias de humanización en urgencias.
Variables dependientes: Satisfacción del paciente y calidad de vida percibida.
Variables de confusión: Edad, sexo, nivel socioeconómico, patología de ingreso, tiempo de espera.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Los datos analizados en 203 pacientes muestran que la implementación de estrategias de humanización en urgencias está asociada con una mayor satisfacción del paciente en diversos aspectos de la atención, especialmente en la amabilidad del personal y la información proporcionada. Se identificó que:
Los pacientes atendidos en entornos con estrategias de humanización calificaron mejor la eficacia y amabilidad del personal sanitario en comparación con aquellos atendidos en entornos convencionales.
No se observaron diferencias significativas en la satisfacción según edad o género, aunque sí se identificaron variaciones según el nivel educativo.
Se evidenció que la percepción de calidad de vida era superior en pacientes que recibieron atención en un entorno humanizado.
Se identificaron tiempos de espera más tolerables y una menor tasa de abandono voluntario en los servicios con humanización implementada.
Estos hallazgos sugieren que las estrategias de humanización pueden impactar positivamente la experiencia del paciente, aunque se requiere profundizar en otros factores como el tiempo de espera y la carga asistencial del personal.

CONCLUSIONES

La implementación de estrategias de humanización en urgencias mejora significativamente la percepción de satisfacción del paciente, particularmente en la calidad de la interacción con el personal de salud.
Se observa una tendencia a una mejor calidad de vida percibida en pacientes atendidos bajo estas estrategias, lo que refuerza la importancia de un enfoque humanizado en la atención hospitalaria.
Aunque la humanización no parece estar influenciada por edad o género, el nivel educativo podría jugar un papel en la percepción de la atención recibida.
Se recomienda la adopción de estas estrategias a mayor escala, junto con estudios adicionales para evaluar su impacto a largo plazo en la eficiencia del servicio y la salud del paciente.

P. #2182

SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS EN INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Irene Pérez Regueiro, Laura Martín Fernández

Hospital Universitario San Agustín. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Avilés, España

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), es una zoonosis causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que produce principalmente síntomas respiratorios. Una parte de los pacientes precisan del ingreso urgente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde sufren un deterioro físico, neurológico y cognitivo, derivado del tratamiento recibido, denominado, síndrome post cuidados intensivos (SPCI); éste se prolonga en el tiempo más allá de la estancia hospitalaria, por lo que su evolución y pronóstico dependerá en gran medida del tratamiento y de los cuidados administrados a cada paciente desde el inicio.

OBJETIVO

Estudiar las características del SPCI en pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de COVID-19, identificar terapias de rehabilitación específicas para estos pacientes e identificar la importancia que tienen los cuidados de enfermería en la recuperación de los pacientes con SPCI.

MÉTODO

Revisión sistemática siguiendo la metodología Scoping Review. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Medline vía Pubmed, Scopus y Cochrane, limitando la búsqueda al periodo de tiempo comprendido entre 2020 y 2024. Se utilizaron las palabras clave: “COVID-19”, “critical care”, “intensive care units”, “therapies”, “adults”, “nurse”, “complications”, “síndrome critical aftercare”, “patients”, “survivors”, “mortality”, “severe acute respiratory síndrome”, “SARS-CoV-2”, “rehabilitation”. Únicamente se incluyeron estudios con población adulta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

De los 197 artículos recuperados inicialmente, 12 cumplieron los criterios de inclusión y fueron incluidos en esta revisión; 8 (66,6%) fueron observacionales analíticos, 2 (16,6%) observacionales descriptivos y 2 (16,6%) experimentales. La muestra incluía poblaciones mixtas con una edad media comprendida entre los 58 y los 69,1 años y una estancia media en la UCI entre los 10 y los 26 días. Todos los pacientes fueron evaluados en la esfera global, física, cognitiva y neurológica aplicando diferentes instrumentos y escalas de medida como: EuroQol-5D (EQ-5D), Índice de Barthel, “Montreal Cognitive Assesment” (MoCA), “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS), entre otras. Respecto al SPCI, todos los autores coinciden en que 3 de cada 4 pacientes presentan 10 o más alteraciones significativas al alta hospitalaria, siendo el deterioro físico el más frecuente y condicionando claramente la capacidad para realizar de nuevo las actividades

básicas de la vida diaria. Por otro lado, 1 de cada 3 pacientes presentó deterioro cognitivo leve derivado del uso de sedantes e hipnóticos, además de ansiedad y/o depresión. El 100% de los pacientes incluidos en los estudios requirieron de ventilación mecánica, y entre el 60-82% precisaron colocación en posición de decúbito prono para mejorar la oxigenación y la mecánica respiratoria. Adicionalmente, recibieron un amplio tratamiento farmacológico junto con rehabilitación física temprana, nutrición adecuada y cuidados específicos desde su ingreso por parte del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

El ingreso en UCI de pacientes infectados por SARS-CoV-2 va asociado a la aparición de una serie de alteraciones derivadas del tratamiento recibido que condicionan su calidad de vida, presentándose con mayor frecuencia un deterioro físico y funcional, deterioro cognitivo leve, ansiedad y/o depresión. Las terapias de rehabilitación temprana y la aplicación de tratamientos adecuados en los pacientes con SPCI son fundamentales para conseguir una evolución satisfactoria; en este proceso los cuidados de enfermería constituyen un pilar básico, dirigidos a disminuir la incidencia y la gravedad del SPCI,considerando las necesidades específicas y adaptando los planes de cuidados a cada paciente.

P. #54

ME MORDÍ LA LENGUA Y AHORA ME HA CAMBIADO LA VOZ

Audrey Morales Rodríguez, Mario Ernesto Ágreda Fernández, Paloma Gallego Rodríguez, Marta Crespillo Peralta, Susana Pérez Antón, Francisco Javier Ayuso Iñigo

Hospital Ramón Y Cajal, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 61 años con dislipemia como único antecedente, que consulta en urgencias, porque tras morderse accidentalmente la lengua comienza a notar un engrosamiento y un cambio en la voz. Le ocurrió hace un mes y ha notado que ha ido en aumento. A la exploración se objetiva bultoma en lengua en zona posterior y masa laterocervical derecha de unos 3 cm de consistencia dura, se realiza radiografía en la que no se objetivan lesiones y analítica en la que tampoco había hallazgos significativos.
Se solicita TAC cervico-torácico en el que se describe voluminosa lesión sólida centrada en la base de la hemilengua derecha de 4.3 x 3.9 x 4.6 cm con centro hipodenso quístico/necrótico sospechosa de neoformación primaria. Comportamiento agresivo locorregional. Se extiende a través de la musculatura de la lengua con infiltración de geniogloso, hiogloso, genihioideo y posible milioideo derechos. Infiltra de forma local la glándula submandibular derecha, alcanza el cuerpo mayor del asta mayor del hioides derecho e infiltra y oblitera la vallécula glosoepiglótica ipsilateral y el complejo amigdalar.
En una paaf no se observa malignidad, a la espera de estudio completo de la totalidad del material, pero la paaf de un ganglio linfático describe hallazgos compatibles con metástasis de carcinoma epidermoide. El paciente está en seguimiento por cirugía maxilofacial pendiente de cirugía.

CONCLUSIONES

Es importante dedicarle tiempo a los pacientes en urgencias y no minimizar síntomas, realizando exploraciones exhaustivas, en este caso algo que pudiera parecer una lesión banal tras una mordida, esconde un diagnóstico complejo, cuyo diagnóstico precoz puede ayudar a agilizar el diagnóstico y así mejorar el pronóstico del paciente.

P. #84

DIÁLISIS BAJO PRESIÓN

David García Gacimartín, María Isabel De León Reglero, Iván Leiton Bautista, Franciso Javier Toledano Villar, Alba García-Páramo Bernáldez, Damián Jesús González León

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años independiente para actividades básicas, sin alergias conocidas, no hipertenso, ni diabético ni dislipémico, exfumador, enfermedad renal crónica estadio 5 por glomerulonefritis crónica en diálisis peritoneal desde 2023 y nefrectomía izquierda por adenocarcinoma/oncocitoma en 2024, bacteriemia por Streptococo Epidermidis con trombosis yugular derecha secundaria a catéter, anticoagulado con Clexane actualmente.

Refiere dolor abdominal de aparición progresiva desde hace 8 horas en fosa iliaca izquierda (FII), irradiado a región suprapúbica y fosa iliaca derecha, reproducible al esfuerzo, que disminuye hasta casi resolverse con analgesia. Niega otra clínica. Diálisis peritoneal en casa hoy extrayendo 1540 centímetros cúbicos e introduciendo 1500 de características normales.

Exploración física anodina salvo dolor a la palpación en FII y región suprapúbica junto a masa indurada siguiendo trayecto de recto anterior izquierdo.

Pruebas complementarias:

- Tomografía Computerizada (TAC) abdominal: nefrectomía izquierda, catéter para diálisis peritoneal, moderado líquido libre, hematoma pared abdominal con epicentro en recto inferior izquierdo 56x66x181 milímetros que penetra en espacios pararrectales y prevesical sin extensión intraperitoneal. Niveles líquidos hemáticos con aisladas hiperdensidades compatibles con sangrado activo, condicionando efecto masa desplazando vejiga
- Radiografía de tórax y abdomen: no signos de patología aguda
- Bioquímica: Urea 122 Creatinina 8.97 proteína C reactiva (PCR) 16.6 resto anodino.
- Hemograma: Hemoglobina 9.8 Hematocrito 29.7 V.C.M. 97.9, plaquetas 239000.
- Coagulación: Tiempo Protrombina 99 Índice Internacional Normalizado (INR) 1 Tiempo Cefalina 28 Tiempo Cefalina (Control) 28.6 Fibrinógeno (Derivado) 641.
- Sistemático orina y Urocultivo: anodinos

La actuación inmediata tras anamnesis, exploración y solicitar pruebas fue administrar analgesia con paracetamol, requiriendo posteriormente nolotil y aún con ello no consiguiendo resolución del dolor. Mientras se comentó con Radiología para realización de prueba de imagen para caracterización de la masa y búsqueda de foco del dolor resistente a la analgesia pautada, decidiéndose por TAC abdominal sin contraste. Debido a hallazgos preliminares se consideró necesario usar contraste, pero dados los antecedentes nefrológicos fue necesario solicitar valoración por Nefrología y realización de hemodiálisis posterior, que coincidió con el planteamiento permitiendo diagnosticar el hematoma con sangrado activo, probablemente debido a la anticoagulación por la trombosis yugular.

Se solicitó valoración por Radiología Intervencionista impresionando de sangrado venoso sin descartar hemorragia de arteria epigástrica inferior e indicando el manejo a seguir, sin embargo seguía siendo necesario hemodializar, aunque existía la posibilidad de que el líquido infundido realizara efecto de contención del hematoma, por lo que se solicitó valoración por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para ingreso a su cargo y realización de hemodiálisis bajo vigilancia estrecha por alto riesgo de sangrado. Tanto durante su estancia en urgencias como el ingreso el paciente permaneció estable, siendo traspasado de UCI tras hemodiálisis a planta de Nefrología donde se resolvió el hematoma y suspendieron anticoagulación, dando de alta al paciente.

CONCLUSIONES

- El manejo en Urgencias fue clave para el diagnóstico, desde la sospecha inicial por exploración y anamnesis hasta realización del TAC
- También fue clave el conocimiento de los recursos disponibles y su utilización poco usual, como la realización de TAC con contraste en pacientes en insuficiencia renal con hemodiálisis posterior si es necesario, y la capacidad de ingresar en UCI pacientes estables pero con alto riesgo, no sólo pacientes críticos
- Se realizó un abordaje multidisciplinario entre Urgencias, Radiología, Radiología Intervencionista, Nefrología y UCI

P. #130

MIOCARDITIS EN URGENCIAS, NO ME LO TRAGO

Gonzalo Lizan Ortega
Hospital universitario del Vinalopó, Elche, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino, 18 años sin historia medica previa reseñable, acude a servicio de urgencias extrahospitalarias por cuadro de vómitos y diarrea de 4 días de evolución. Último vomito hace 2 horas.
Visto en centro de salud con pauta de ultralevura y metoclopramida los días previos.
Ahora asocia dolor torácico cuando se toma la ultralevura, que no termina de resolver.
En la exploración física obtenemos los siguientes datos:
Temperatura: 37.8ºC
Tensión arterial: 130/90 mmHg
Frecuencia cardiaca: 116pm
Saturación O2: 98%
Glucometrías: 119 mg/dl
BEG, no aparenta de gravedad, no aparenta de SCA
Electrocardiografía: Ritmo sinusal a 130 lpm con eje normal, segmentos e intervalos en rango, elevación del ST en D1, D2, aVl, v2-v6, descenso del ST en V1 y D3 con onda T bifásica (-+), descenso del PR generalizado
Se aprecia ruido sobreañadido a la auscultación cardiaca que aparenta ser desdoblamiento del segundo tono sin modificación con la inspiración.
Resto de exploración sin hallazgos.
Dado el cuadro infeccioso de origen gastrointestinal mas la clínica de dolor torácico a la deglución se deriva a servicio de emergencias hospitalarias para completa evaluación con apariencia de pericarditis con electrocardiografía que no se ajusta a dicha entidad.
En Hospital destaca Troponina I suero: 9.112 ng/mL, proBNP: 1246 pg/ml, Proteína C reactiva: 156.70 mg/L
Se decide ingreso en UCI para control sin incidencias.
Se consulta con Cardiología realizando ecocardiograma Doppler con estudio dentro de la normalidad.
Se da de alta con estudio de Resonancia Magnética pendiente que se realiza ambulatoria donde destaca edema miocárdico localizado en zona basal posterior y mínima área de realce tardío subpericardico en segmento distal de cara lateral compatible con miocarditis.

CONCLUSIONES

Los cuadros gastrointestinales son una entidad extremadamente común en los servicios de urgencias y emergencias aunque la prolongación del cuadro emético es mas raro a diferencia del diarreico que se puede perpetuar.
Este paciente además se presentaba con un cuadro de dolor torácico a la deglución que hasta la fecha no ha sido descrito como un síntoma de inflamación del pericardio o miocardio pero su estrecha relación con este órgano nos debe de hacer sospechar de patología cardiaca en los cuadros de dolor torácico a la deglución sin caer en anclas diagnosticas esofágicas.
Actualmente no existe unos criterio electrocardiográficos para el diagnostico de miocarditis, pero si los hay para la pericarditis del cual en este caso tenemos varias partes del registro compatible pero los descensos del segmento ST no son comunes y nos deben de hacer sospechar.

P. #147

ESTO NO ES UNA URTICARIA CUALQUIERA: PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA

SILVIA Barrero Martín, Sara De Augusto Gil, LAURA Arribas Sánchez, ELENA Descalzo Casado, LAURA De Pedro Álvarez, BEATRIZ Angos Saez De Guinoa

Hospital 12 de Octubre, Móstoles, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 77 años, con antecedente de carcinoma seroso de endometrio tratado con cirugía y quimioterapia, sin tratamiento actual. Acude por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas y sensación de mareo sin síncope. Refiere realización de PET-TC con administración de contraste 24 horas antes, sin incidencias. A su llegada, estable hemodinámicamente y afebril. En la exploración, se describen placas eritematosas sobre las que asientan múltiples pústulas no foliculares, flácidas, polimorfas, situadas fundamentalmente en región glútea bilateral, área de mentón y cuello anterior, dorso de manos y pies, sin lesiones mucosas. Se realiza analítica con leucocitosis sin otras alteraciones. Se comenta caso con Dermatología y se confirma pustulosis exantematosa generalizada aguda (PEGA) incipiente. Se decide ingreso y observación clínica bajo corticoterapia y antihistamínico, con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES

La (PEGA) es un tipo de toxicodermia grave poco frecuente. Precisa diagnóstico diferencial con la Necrólisis Epidérmica tóxica. La evolución suele ser favorable aunque en algunos casos puede asociar afectación sistémica.

P. #178

OJO AL NIÑO

María Rodenas Baquero, José Oya Martínez, Francisco Torres Bautista, Sabina Aranda Guerrero, Álvaro Pineda Torcuato, Giuseppe Dominijanni .

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

HISTORIA CLÍNICA

Escolar de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta en el centro de salud por exoftalmos. La madre refiere un cuadro de proptosis progresiva en el ojo izquierdo de 6 meses de evolución. Ha recibido diferentes tratamientos ante diversas sospechas diagnósticas, sin respuesta clínica. No refiere pérdida de agudeza visual, pero en la última semana ha referido dolor intermitente asociado a la movilidad ocular. A la exploración física destaca proptosis del ojo izquierdo con lagrimeo intermitente y lesión vascular en porción temporal del mismo ojo. No hay diplopía. Pupilas isocóricas normorreactivas. Movimientos oculares externos (MOE) conservados, aunque presenta restricción de los movimientos del ojo izquierdo. No se palpan adenopatías significativas. No hay signos de focalidad neurológica; el resto de la exploración es normal.
Es derivada a urgencias hospitalarias, donde se realiza TAC craneal sin contraste intravenoso que objetiva una lesión retrorbitaria izquierda de 28 x 14 mm, unilateral, aparentemente extraconal, que condiciona proptosis, efecto de masa sobre estructuras retroculares y pérdida de esfericidad ocular; se cosidera como primera posibilidad diagnóstica rabdomiosarcoma vs. lesión vasculogénica (hemangioma infantil o malformación venolinfática).
El estudio analítico inicial muestra hemograma y coagulación normales; en bioquímica destaca LDH 348 UI/l (niveles normales: 110-295). Se realizan una radiografía simple de tórax y una ecografía abdominal normales, y resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral con hallazgos de masa orbitaria intra/extraconal con extensión periorbitaria y deformidad de pared lateral secundaria.
Ante los hallazgos en las pruebas de imagen, se decide intervención quirúrgica por medio de craneotomía frontotemporal, recibiendo posteriormente tratamiento complementario con radioterapia local.
La anatomía patológica mostró proliferación fusocelular fibroblástica con moderada atipia y aisladas figuras de mitosis. Siendo el fibrosarcoma infantil la primera posibilidad diagnóstica, se realizaron estudios de patología molecular (ETV y NTRK, entre otros) que resultaron negativos.Ante negatividad de estudios de patología molecular, se interpretó finalmente el resultado como sarcoma "tipo adulto" fusocelular indiferenciado.

CONCLUSIONES

Los tumores malignos en la edad pediátrica son poco frecuentes y requieren en su mayoría de estudio anatomopatológico para llegar a un diagnóstico definitivo
El rabdomiosarcoma primario orbitario se presenta en la primera década de la vida, con tasa hombre/mujer 5:3. Suele manifestarse como una proptosis rápidamente progresiva, unilateral

El sarcoma fusocelular indiferenciado debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesión retrorbitaria, a pesar de su escasa frecuencia. Puede presentarse como proptosis rápidamente progresiva con o sin otra sintomatología asociada. Para un correcto diagnóstico y tratamiento son necesarias tanto pruebas de imagen como anatomopatológicas con uso de paneles inmunohistoquímicos de cara a un tratamiento multidisciplinar.

P. #195

EN BUSCA DEL FOCO

Raquel Barrós González, Raquel Cenjor Martín, Cristóbal Manuel Rodríguez Leal, Loreto López-Zalduendo Zapater, Sara Rodrigo González, Gabriela Escudero López

Hospital del Henares, Coslada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 36 años con antecedentes de colitis ulcerosa con extensión universal que recibió tratamiento con Adalimumab hasta hace 5 meses y psoriasis que acude a urgencias por fiebre de 3 días de evolución y lesiones costrosas y purulentas en ambas coanas nasales y también una aislada en región frontal izquierda. En anamnesis dirigida refiere bultoma cervical izquierdo sin odinofagia asociada.

A su llegada, regular estado general, hipotensión con TA 81/51mmHg y taquicárdico a 128 lpm, febril con Tª 38.3ºC, eupneico sin trabajo respiratorio.

A la exploración presenta eritema que sigue trayecto de esternocleidomastoideo, pared posterior de orofaringe de aspecto necrótico y tumoración laterocervical izquierda empastada y dura.

Se solicita analítica de sangre donde se objetiva leucocitosis de 20.980 y PCR de 440 mg/L, coagulopatía con INR 1.57, acidosis metabólica (pH 7.27 con HCO3 17.7), deterioro agudo de función renal con creatinina de 2.58 mg/dL, hiponatremia, hiperlactacidemia de 6.6 mmol/L y LDH 311 U/L.

Paul-Bunnell y antígeno de S. pyogenes negativos.

Se pauta analgesia, sueroterapia y se inicia antibioterapia empírica con Amoxicilina/clavulánico 2g iv y clindamicina 600mg iv.

Ante sepsis de foco otorrinolaríngeo (ORL) (SOFA 3) por sospecha de faringoamigdalitis necrotizante.Se solicita TC cervical sin contraste y se realiza interconsulta a UCI por si precisase manejo avanzado de vía aérea.

En el TC cervical se concluye la presencia de vía aérea permeable de tamaño normal y múltiples conglomerados ganglionares bilaterales en todos los espacios del cuello, el mayor en el espacio IIB izquierdo mide aproximadamente 26 x 24 x 39 mm, engrosamiento cutáneo laterocervical izquierdo con aumento de densidad del tejido graso subcutáneo así como de los planos grasos de los espacios laterocervicales izquierdos hasta el hueco supraclavicular izquierdo.

Tras valoración por UCI se mantiene manejo y se mantiene con vigilancia estrecha y se ingresa posteriormente en medicina interna con interconsulta a ORL.

Se solicita Eco-doppler cervical que descarta afectación yugular.

Se aísla Streptococcus pyogenes en dos extracciones de hemocultivos y en punción/biopsia de ganglio por lo que se modifica tratamiento a Penicilina G sódica 4MUI cada 4 horas manteniendo clindamicina. La citología de la punción del ganglio linfático resulta negativa para malignidad con fondo inflamatorio sugestivo de Linfadenitis aguda abscesificada.

Durante el ingreso presenta mejoría clínica con mejoría y analítica con normalización de función renal y descenso progresivo de reactantes de fase aguda, por lo que se procede al alta a los 10 días del ingreso, pautando amoxicilina 500mg

cada 8 horas durante 15 días más, corticoides y clorhexidina en colutorio.
El diagnóstico al alta es: Sepsis de foco ORL (SOFA 3), en contexto de conglomerado ganglionar abscesificado cervical por Streptococcus pyogenes, con bacteriemia secundaria; Fracaso renal agudo secundario a lo anterior, resuelto; Acidosis metabólica no compensada hiperlactacidémica, resuelta al alta; Coagulopatía, resuelta al alta; Elevación de transaminasas secundaria a sepsis +/- fármacos; Hiponatremia leve, resuelta al alta; Déficit leve de ácido fólico; Anemia leve de probable origen mixto: ferropénica + trastornos crónicos.
6 días tras el alta hospitalaria acude a revisión por ORL. A la exploración presenta piezas dentarias en mal estado, gingivitis importante, lengua saburral seca, suelo de boca blando,
conglomerado adenopático de consistencia aumentada en área II izquierdo de aproximadamente 2 cm no doloroso y se solicita ecografía de control.

CONCLUSIONES

Ante un paciente que se presenta hemodinámicamente inestable y febril es prioritario el control de foco.
Inicialmente el paciente no refiere odinofagia y es la anamnesis dirigida y a la exploración dirigida donde encontramos el origen del cuadro.
Es fundamental el abordaje ABCDE teniendo en cuenta la importancia de la exploración de piel y mucosas, donde no es inhabitual encontrar hallazgos relevantes.

P. #246

EXANTEMA DE PRESENTACIÓN ATIPICA EN UN LACTANTE MENOR: UN RETO DIAGNÓSTICO EN MEDICINA DE URGENCIAS

Francisco Gallo Puelles[1], Nadia Sayed Sancho[2], María Isabel Rios Risquez[3][4]

1. Servicio de Urgencias Atención Primaria Algezares. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
2. Servicio de Pediatría Centro Salud La Alberca. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Lactante de 54 días que consulta en un servicio de urgencias extrahospitalario por presencia de exantema en tronco y miembros asociado a febrícula de menos de 24horas de evolución. No clínica otorrinolaringológica, respiratoria, neurológica ni abdominal. No
hiporexia ni pérdida de peso.
Sin antecedentes personales de interés. Lactancia artificial, buena ganancia ponderal con hábito deposicional conservado. Hermana de 1 año con cuadro catarral y febrícula. Historia de piel atópica familiar.
Exploración física: Peso 4.5 kgs. Temperatura 37.6°C. Frecuencia cardiaca 174. TA 168/56. Saturación oxígeno 100%. Buen estado general, activo y sonriente. Escala Triángulo de evaluación estable. Coloración normal. Neurológica: Activo y reactivo, fuerza y tono normales. No signos meníngeos ni focalidad neurológica. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Respiración: Eupneico, sin distrés respiratorio, buena ventilación
bilateral. Abdomen blando y depresible sin masas, megalias ni peritonismo.
Otorrinolaringología sin hallazgos. Piel: Buen relleno capilar, presencia de exantema macular dianiforme a nivel facial, pabellón auricular, cuero cabelludo, tronco y extremidades superiores e inferiores. Algunas lesiones clarean pero no desaparecen a la digitopresión. No petequias ni equimosis.
Ante la presencia de una posible Vasculitis tipo Edema Agudo Hemorrágico se remite a urgencias del hospital materno-infantil para estudio y valoración de ingreso.
Pruebas complementarias:
-Analítica inicial: PROT.C REACTIVA: 0.64 mg/dL, PROCALCITONINA: 0.17 ng/mL, resto estudio (incluyendo anormal y sedimento de orina) anodinos.
-Control analítico (8 horas de la previa y tras pico febril): PCR 3.4 mg/dl, PCT 0.37 ng/ml.
Hemocultivo, Urocultivo, Cultivo S. Pyogenes (rectal), Test rápido VRS, Gripe A,B y SARS-COV2: negativos. PCR Virus respiratorios: positivo Metapneumovirus.
Se decide ingreso en Observación durante 72hrs para estudio y control clínico evolutivo. En las siguientes horas inicia fiebre (38°C), con picos febriles frecuentes, sin datos de deterioro infeccioso. En control analítico se objetiva mínima elevación de PCR como único hallazgo. El estudio microbiológico final

fue todo negativo, a excepción de PCR virus respiratorios, con determinación positiva para Metapneumovirus.
Durante su estancia hospitalaria el paciente permaneció estable, con buena tolerancia oral y diuresis mejorando la febrícula y con resolución parcial de las lesiones cutáneas.
Finalmente es dado de alta con diagnóstico de Edema Agudo Hemorrágico del lactante asociado a infección vírica (Metapneumovirus), pautando tratamiento sintomático con paracetamol y seguimiento estrecho por pediatra de zona.

CONCLUSIONES

El edema agudo hemorrágico del lactante (EAHL), Enfermedad de Finkelstein, Enfermedad de Seidlmayer o púrpura "en medallón", es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeño vaso de carácter benigno frecuentemente infradiagnosticada. De incidencia mayor en lactantes varones de 4-24 meses, resulta excepcional a menor edad, como ocurrió en nuestro caso. Su presentación clínica consiste en lesiones maculo-papulosas purpúricas "en diana" a nivel facial y extremidades junto a febrícula, habitualmente tras una infección, exposición a fármacos o vacunaciones recientes. En la revisión de la literatura médica (unos 400 casos publicados hasta 2021) no hay casos descritos debido a infección por Metapneumovirus (sí por otros virus: Rotavirus, Coxackie o SARS-COV2).
Aunque de curso autolimitado (1-3 semanas) y buen pronóstico, resulta necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial con entidades similares (Púrpura de Schönlein-Henoch..) y otras de mayor gravedad (Sepsis meningocócica, Síndrome de Sweet), así como profundizar en el conocimiento de esta inusual patología en los servicios de
urgencias.

P. #253

¿ES EL DOLOR TORÁCICO SIEMPRE UN MOTIVO PARA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS?

Pedro Jara Navarro[1], María Del Carmen Marín Infer[2], Patricia Cayuela García[2], Elena García Gutiérrez[2], Marta Arrufat Sánchez[2], Lourdes Ruiz Parra[2]

1. Hospital Reina Sofía, Ceutí, España
2. Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

El dolor torácico representa entre el 5% y el 25% de las consultas de urgencias variando desde enfermedades coronarias hasta traumatismos costales. La importancia de este síntoma radica en la detección de enfermedades potencialmente graves y en poder diferenciarlas de las menos significativas.
Una paciente de 67 años, acude por dolor en el reborde costal bilateral. La paciente tiene antecedentes de hipertensión, es fumadora de un paquete al día y tiene un bocio multinodular de larga evolución sin cambios durante su seguimiento. Actualmente, está siendo tratada con Ibersartan/Hidroclorotiazida 300/12.5 mg, tomando un comprimido por las mañanas.
La paciente refiere un dolor torácico bilateral, con predominio en la zona basal izquierda. El dolor es de carácter pleurítico y ha estado presente durante aproximadamente un año, empeorando en las últimas dos semanas. Además, presenta una ligera tos seca sin mucosidad y una ligera dificultad respiratoria con ortopnea de dos almohadas, que no ha aumentado en los últimos meses. No ha tenido fiebre, según refiere.
En la exploración física, constantes vitales dentro de la normalidad. A destacar, saturaciones del 86% y auscultación pulmonar con crepitantes en base izquierda e hipoventilación. Hemoglobina de 10,8, hipercalcemia de 10,9 y proteinuria. Resto de pruebas complementarias sin hallazgos significativos.
Sin embargo, en la radiografía de tórax se observa un derrame pleural izquierdo y un abultamiento en la pared torácica izquierda, que parece estar relacionado con la pleura. Se decide el ingreso en el servicio de neumología para realizar un estudio más completo.
El TAC toracoabdominal, durante el ingreso, evidencia callos de fractura en costillas bilaterales y múltiples fracturas vertebrales, además de una masa de partes blandas en costilla izquierda. Se realiza biopsia costal compatible con mieloma múltiple.
El debate de este caso, radica en el dolor torácico como motivo de consulta. En primer lugar, es importante realizar una evaluación general del paciente, teniendo en cuenta una breve anamnesis, signos vitales y un electrocardiograma (ECG), para determinar la estabilidad del paciente y la necesidad de monitorización.
En segundo lugar, la anamnesis. Es fundamental realizar preguntas específicas para evaluar el tipo de dolor torácico y clasificarlo. Existen varios patologías principales: origen cardiaco, aórtico, pleurítico, osteomuscular, esofágico y psicógeno. En este caso, basándonos en la anamnesis y descartando los grupos de mayor riesgo de gravedad, como el dolor cardiaco y aórtico, nos orientamos hacia causas de dolor pleurítico y osteomuscular.
El dolor pleurítico puede ser causado por tres condiciones que deben descartarse en urgencias: neumotórax, tromboembolismo pulmonar (TEP) y neumonía, todas ellas enfermedades graves.

Es importante caracterizar este tipo de dolor para diferenciarlo de otros. El dolor pleurítico suele ser punzante, localizado en la zona costal y se intensifica con la inspiración y la tos, dificultando la respiración profunda. Algunas diferencias a tener en cuenta son que el neumotórax se caracteriza por un inicio brusco, taquipnea y disnea en un paciente joven, delgado y alto. El TEP puede presentar una clínica variable en pacientes operados o con periodos prolongados de inactividad, como viajes en avión o uso de anticonceptivos. Por otro lado, la neumonía puede estar asociada con fiebre o síntomas catarrales previos.
Finalmente, aunque no sean una emergencia, hay que considerar orientar el diagnóstico de los motivos de consulta de urgencias. De esta manera, darles el recurso del servicio sanitario necesario.

CONCLUSIONES

El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta y, aunque se descarten las causas más urgentes como la patología coronaria, es importante tener en cuenta otros diagnósticos. Tener en cuenta, procesos de larga evolución pero que su detección precoz podría cambiar el pronóstico del paciente, aunque no sea una patología realmente de urgencias.

P. #260

HINCHAZÓN Y DEBILIDAD MUSCULAR: DESCIFRANDO EL ENIGMA DEL RS3PE EN URGENCIAS

Elena Romero Gismera, Blanca Gómez Del Río
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 68 años de edad con los antecedentes descritos, que acude a urgencias por clínica consistente en edemas bilaterales de dos semanas de evolución con empeoramiento progresivo.
También refiere poliartralgias / polimialgias bilaterales de meses de evolución de predominio en hombros y cintura pélvica que empeora al realizar movimientos de sedestación / bipedestación y elevación de brazos, sin llegar a claudicación. Niega claudicación mandibular, cefalea ni alteraciones de la visión. Astenia y anorexia, pero sin pérdida de peso objetivada. Afebril en todo momento. No edemas en miembros inferiores ni clínica compatible con ICC (no ortopnea, DPN, disnea). No otra sintomatología.
A la exploración física destaca limitación funcional a la elevación de hombros bilateral, edemas en ambas manos sin fóvea, ausencia de edemas en miembros inferiores. No claudicación mandibular, ni dolor a la palpación de arterias temporales.
Analíticamente, BNP en rangos de normalidad, ausencia de parámetros inflamatorios ni infecciosos.
Dada la temporalidad de la clínica y la ausencia de signos de alarma se decide estudio ambulante, pero dada la alta sospecha de patología reumatología subyacente (probable síndrome de R3SPE / Polimialgia Reumática) se inicia prednisona a dosis de 12.5 mg / día para valorar respuesta clínica con la misma.

CONCLUSIONES

La evaluación en urgencias ofrece una oportunidad crucial para realizar un diagnóstico diferencial preciso, especialmente en cuadros con manifestaciones inespecíficas como edemas y debilidad muscular. En este caso, la ausencia de signos de insuficiencia cardíaca y la normalidad del BNP permitieron descartar una causa cardiogénica, mientras que la distribución y evolución de los síntomas sugirieron una etiología reumatológica. La identificación precoz de un posible síndrome RS3PE o polimialgia reumática permitió iniciar tratamiento con corticoides de forma ambulatoria, evitando ingresos innecesarios y mejorando el pronóstico. Este enfoque subraya la importancia de la evaluación integral en urgencias para optimizar el manejo y agilizar el diagnóstico.

P. #350

TENGO UN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, SABES CÓMO TRATARME?

Leire Hidalgo Mardones, Junkal Larrea Elizondo, Julia Pascual Estevez

OSI BIDASOA / Osakidetza, Hondarribia, España

INTRODUCCIÓN

Las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA),presentan unas características específicas tales como dificultades para la comunicación , sensibilidad de estímulos sensoriales y alteración de la conducta que suponen un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria.
Por otro lado, los servicios de urgencias resultan complejos , rígidos, hostiles , saturados de personas y estímulos ,que suponen una barrera para la atención óptima hacia ellas.
No hay que olvidar que estas personas sufren un envejecimiento prematuro , una salud más frágil y un 70% de ellas presentan dos o más condiciones de salud mental.
Los pacientes sufren las barreras de acceso al sistema , que paradójicamente , hacen que los pacientes con TEA no consulten lo que necesitan.
Dado que es su DERECHO (Real Decreto Legislativo 1/2013, 29 de noviembre) y nuestro DEBER proporcionarles una atención de calidad , humana y personalizada vemos la necesidad de dar a conocer los protocolos y guías de actuación ya existentes para favorecer su desarrollo a aquellos sistemas y/o comunidades que carezcan de ellos.

OBJETIVO

*Garantizar y humanizar la atención a los pacientes con TEA haciéndola adecuada, personalizada y respetuosa.
*Mejorar su confortabilidad creando ambientes amigables.
*Avalar su accesibilidad a los servicios de urgencias.
*Dar a conocer los protocolos y guías de atención existentes.
*Formar al personal sanitario y no sanitario.
*Conseguir una atención temprana para anticiparnos a complicaciones durante la estancia en el servicio y conseguir la colaboración del paciente.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de artículos en las principales bases de datos tales como Google Académico y PubMed utilizando como palabras clave: Trastorno del Espectro Autista , protocolos , urgencias.
Búsqueda de protocolos y guías de actuación en las diferentes intranet de los servicios de salud nacionales y en las web de las asociaciones de padres/ madres de personas con TEA .
Encuesta pasada a todo el personal sanitario y no sanitario del servicio de urgencias de nuestra Organización Sanitaria de Servicios.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En nuestra Organización Sanitaria de Servicios trabajamos 94 personas entre médicos especialistas en urgencias , pediatras ,MIRes ,DUEs , TCAEs, celadores y auxiliares administrativos.
A pesar de la existencia de protocolos, guías de actuación y material gráfico (pictogramas , cuadernos de comunicación con el paciente , web con vídeos sobre diferentes técnicas , espacios)sobre la atención a los pacientes con TEA ,sólo les ha llegado la información / formación al 1.88% de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

CONCLUSIONES

Si en nuestra Organización Sanitaria de Servicios el personal conocedor de los protocolos de manejo de pacientes con TEA es del 1.88% ,cabe sugerir que el resto de servicios estarán en las mismas condiciones por lo que pensamos que:
Una formación adecuada sería la clave para mejorar la experiencia del paciente y del personal que les atiende en el servicio de urgencias.
La colaboración con los familiares y acompañantes es crucial para garantizar una intervención eficaz.
BIBLIOGRAFÍA
*Atención al paciente con TEA en urgencias pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.Propuesta de protocolo.
*2307 Trastorno del Espectro Autista, atención en urgencias. Castilla y León.Burgos.
*Abordaje integral del paciente con TEA en urgencias pediátricas 29/04/2024.Revista Ocronos.
*Proyecto TEAyudamos.Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
*Plan de Apoyo a la Asistencia de personas con TEA (Gautena).
*1ºConferencia 2024 "Atención sanitaria a personas con TEA":

P. #383

EPILEPSIA O NO EPILEPSIA, ESA ES LA CUESTIÓN

Marta Arrufat Sánchez, Pedro Jara Navarro, María Del Carmen Marín Infer, Patricia cayuela García, ?Elena García Gutiérrez, Lourdes Ruiz Parra

Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:
- Sin alergias medicamentosas.
- Epilepsia con crisis focales de etiología estructural (displasia cortical parietal izquierda)
-Trastorno paroxístico no epiléptico con pseudocrisis.
-Ingresos hospitalarios por crisis epilépticas en 04/18, 09/18 (ingresa en UCI por estatus, coma barbitúrico e Intubación orotraqueal), 10/18.
-24-28/5/2021: episodio pérdida de consciencia con atonía.
-Último ingreso en junio de 2023 por cuadros compatibles con crisis epilépticas. Durante el ingreso presentó varios episodios de pseudocrisis confirmados mediante videoelectroencefalografía.
- No otros antecedentes medico quirúrgicos de interés.
Tratamiento crónico: Clonazepam 0.5mg 1-0-1, clonazepam 2mg 0-0-0-1, zonisamida 100mg 1-0-1, risperidona 3mg 0-0-0-0.5, Carbamazepina 200mg 1-1-1.5, desvenlafaxina 50mg 1-0-0, Ácido fólico 5mg 1-0-0, valproato 500mg 0-0-1.
No consumo de tóxicos.
Enfermedad actual:
Varón de 54 años derivado desde su centro de salud mental, por presentar durante la entrevista clínica con su psiquiatra cuadro de rigidez generalizada y contracciones clónicas de las 4 extremidades junto a oclusión palpebral forzada y desconexión del medio sin respuesta a las preguntas. De forma intercalada refiere periodos de flacidez y relajación de corta duración. Tras la administración de diazepam intramuscular y, dado persistencia del cuadro más de una hora, el paciente es trasladado a urgencias.
A nuestra llegada a la sala de hemodinámica:
Tensión arterial (TA): 104/62 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 78 latidos por minutos (LPM), saturación de oxígeno (SATO2): 95%, glucemia capilar: 96.
Orientado en las tres esferas. Respuesta verbal coherente a las preguntas realizadas. Glasgow: 15. pupilas isocóricas y normorreactivas.
Contracción tónica de los cuatro miembros.
Se administra diazepam intravenoso y se cursa analítica.
Se reevalúa al paciente media hora más tarde:
Buen estado general. Eupneico en reposo con Ventimask al 50%.
TA 111/61mmHg, FC 96 lpm SatO2 96%
Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado,
sin ruidos patológicos.
Abdomen: sin hallazgos.
Neurológico: orientado en las 3 esferas. Responde preguntas. Pares craneales normales. No impresiona de alteraciones campimétricas. Balance muscular normal en las 4 extremidades. Funciones superiores conservadas.
Durante su estancia en urgencias, coincidiendo con comienzo de retirada de la oxigenoterapia, comienza de nuevo con episodios que impresionan de pseudocrisis consistentes en contracción tónica generalizada con algunas clonías de MMSS y flexión forzada de MMII, que podemos resolver pidiéndole que estire las piernas o las manos. Tras estos episodios, no presenta periodo postictal manteniendo el paciente una conversación normal con nosotros. Ante la aparición repetitiva de estos episodios decidimos administrar SSF. se mantiene al paciente en observación durante varias horas, sin aparición de nuevos episodios similares.
El paciente es dado de alta con diagnóstico de probables Pseudocrisis resueltas.

CONCLUSIONES

Con cierta frecuencia en pacientes diagnosticados de epilepsia pueden concurrir episodios de pseudocrisis. Aunque el diagnóstico definitivo requiere de un electroencefalograma durante los episodios sintomáticos, existe una serie de características clínicas diferenciales que en conjunto pueden ayudarnos a diferencias ambas entidades. Diferenciar ambas entidades es importante para realizar un tratamiento dirigido y no acabar intubando una pseudocrisis, o no proporcionando el tratamiento adecuado a un estatus epiléptico, con las consecuencias neurológicas que conllevaría para el paciente.
Las crisis epilépticas tienen un inicio y fin abrupto, con duración inferior a 2 minutos, con movimientos estereotipados y síncronos, sin respuesta a estímulos (inconciencia real), incontinencia, caídas con traumatismo, ojos abiertos con desviación ocular fija. La respuesta farmacológica es buena.
Sin embargo, en las pseudocrisis, el inicio y fin son progresivos, la duración puede ser mayor a 5 minutos, con movimientos irregulares y asimétricos, sin patrón claro, respuesta a estímulos parcial o completa, sin periodo postictal, rara vez se producen lesiones, los ojos en oclusión forzada, mala respuesta a antiepilépticos.

P. #403

CUANDO LA VISTA ENGAÑA: CLAVES PARA RECONOCER EL SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN URGENCIAS

Osbelin Cristina Salazar Salazar, Cristina López Mayoral, José Miguel Molina Rodríguez, Leticia Uriarte Vega, Raquel Ortiz Hernando, Juan González De Abreu

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 88 años con antecedentes personales (AP) de Degeneración macular asociado a la edad (DMAE) en tratamiento con inyecciones intravítreas, Fibrilación auricular (FA), Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Faquectomia bilateral, en tratamiento habitual con atorvastatina, vildaglitptina, atenolol, acenocumarol, que acudió a la urgencia debido a que en el día previo, tras la colocación de nueva prótesis dentaria, presentó cefalea en región frontal de moderada intensidad durante el día, y por la tarde mientras estaba sentada comienza con malestar general y mareo, con posterior pérdida de consciencia de segundos de duración. Al recuperar nivel de consciencia se muestra parcialmente "aturdida" durante algunos minutos, recuperándose de forma completa.

Acude a su centro de salud, donde se evidencia Tensión arterial (TA) 200/90 mmHg, que cede con antihipertensivos. No otra clínica asociada. Posteriormente, observa en las paredes "flores de diversos colores, y agua en el suelo" por lo que es traslada a urgencia.

En la urgencia tiene TA: 170/64 mmhg, frecuencia cardiaca: 87 latidos por minuto, Saturación de oxígeno: 95%. Glucemia 116mg/dl. Temperatura 36°c.

A la exploración física no sintomatología. No se objetiva patología psiquiátrica. Analítica de sangre: anodina. Sistemático de orina: sin alteraciones. Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo: no patología intracraneal aguda.

Es evaluada por servicio de Neurología donde al momento de la anamnesis la paciente hace crítica de dichas visiones, refiere que sabe que no hay flores ni agua a su alrededor, posteriormente realizan exploración neurológica sin hallazgos reseñables, descartan patología neurológica, y recomiendan valoración por oftalmología con resultado: Agudeza visual: Ojo derecho 1/10, Ojo izquierdo cuenta dedo a 1 metro, pupila izquierda midriática, ambas normorreactivas, no defecto pupilar aferente relativo. Fondo ojo: Retina aplicada, atrofia macular extensa, papila de bordes nítidos y buen color. Vítreo claro.

Tras todo lo anterior describen que dada la baja agudeza visual de la paciente es posible que la sintomatología referida se pueda explicar en el contexto de un síndrome de Charles – Bonnet (SCB).

CONCLUSIONES

Él (SCB) es un trastorno caracterizado por alucinaciones visuales en pacientes con deterioro severo de la agudeza visual, pero con función cognitiva intacta.

El diagnóstico diferencial es crucial para evitar confusión con trastornos psiquiátricos o neurológicos.

Se debe explicar al paciente que las alucinaciones se deben a la pérdida visual y no a una enfermedad mental, lo que puede aliviar la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento.

El SCB sigue siendo un diagnóstico infradiagnosticado en urgencias y debe ser considerado en pacientes con déficit y alucinaciones visuales estructuradas.

P. #424

UN TÓRAX EN CRECIMIENTO EXPONENCIAL

Fátima Martínez Durán, María Suárez Padrino, Delfina Gretel Frey Fernández, Raquel Rodríguez Sánchez, Isabel Nieto Rojas, Melody Muñoz Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de Consulta: Malestar general.
Antecedentes personales:
-No reacciones medicamentosas conocidas.
-FRCV: diabetes tipo 2.
-Tumores papilares mucinosos intraductales en cuello pancreático.
-Hernia hiatal/ERGE.
-Anemia perniciosa con anticuerpos anticélulas parietales gástricas, y atrofia gástrica.
Tratamiento:
- Metformina 850 mg 1-0-0
- Cianocobalamina cada 6 semanas
- Rabeprazol 20 mg 1-0-0
- Fentanilo 50 mcg cada 72 horas
Enfermedad actual: mujer de 76 años acude por malestar general tras la realización, unas horas antes, de gastroscopia. Refiere aumento de volumen de tórax superior y de cuello, junto con dolor torácico y aparición de disfonía. Previa realización gastroscopia asintomática. Niega fiebre. No otros signos/síntomas acompañantes.
Exploración Física:
Tª 36.7ºC TA 117/72 mmHg FC 108 lpm SatO2 92% FR 28.
Auscultación Cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho e hipogastrio. Sin datos de irritación peritoneal.
Tórax: se palpan áreas de posible enfisema subcutáneo en región antero-superior de tórax y en cuello.
Pruebas Complementarias:
Analítica: PCR 54, resto anodino.
ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje normal, segmento PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización.
TC torácico: Extenso enfisema mediastínico y cervical secundario a perforación esofágica (posiblemente con origen en pared lateral izquierda del esófago inferior).
Evolución: se trata de una mujer de 76 años que acude a urgencias por malestar general y aumento de volumen de tórax superior y cuello tras la realización unas horas antes de gastroscopia presentándose asintomática previamente. En la exploración destaca la presencia de enfisema subcutáneo en región torácica antero-superior. Dada la sospecha de neumomediastino ante la posibilidad de perforación esofágica en relación a la prueba endoscópica, se realiza TC torácico donde se confirma la sospecha: ENFISEMA SUBCUTANEO, MEDIASTINICO Y CERVICAL SECUNDARIO A PERFORACION ESOFAGICA. Ante el hallazgo se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde impresiona la presencia del enfisema subcutáneo dado el aumento de volumen que ha ocasionado y la sensación de disfagia que presenta la paciente. Se muestra hemodinámica y respiratoriamente estable en el momento del ingreso. Por riesgo de progresión del enfisema se realiza intubación orotraqueal. Se habla con endoscopista y se coloca endoprótesis esofágica metálica recubierta, observándose descenso importante del enfisema permitiendo extubar a la paciente a las 72h del ingreso en UCI. Tras 24 horas se produce un importante deterioro clínico obligando a reintubar. Se realiza nuevo TC torácico que muestra cambios inflamatorios sugestivos de mediastinitis con colección en mediastino periesofágica asociada. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2g, metronidazol 500 mg, y fluconazol 400 mg. Para control de la enfermedad se realiza nuevo TC de tórax, objetivándose resolución en un alto porcentaje del absceso del mediastino. Además de la mejoría radiológica, también se puede observar una mejoría notable de la clínica de la paciente, mostrándose eupneica sin disnea manteniendo SpO2 100% con aporte de oxígeno a través de GN 2l. Dada la buena evolución de la paciente se decide alta a cargo de Aparato Digestivo.

CONCLUSIONES

En el caso actual, ante el diagnóstico diferencial no existen dudas de la causa, siendo ésta la iatrogenia, pues la clínica aparece en una brevedad de tiempo muy escasa tras la realización de endoscopia.
Las complicaciones que podemos ver ante una endoscopia alta son sumamente bajas (0.13%), y la mortalidad aún menor. Pero es de importancia no subestimar su posible aparición como son: las derivadas de la sedación con benzodiacepinas (reacciones alérgicas, depresión y paro respiratorio), procesos infecciosos por inadecuada esterilización, perforación de tubo digestivo y hemorragias, principalmente ante la toma de biopsias.

P. #428

SOLO UN POQUITO DE SANGRE

Fátima Martínez Durán, María Suárez Padrino, Raquel Rodríguez Sánchez, Delfina Gretel Frey Fernández, Luz Natalie Ruiz Huarca, Melody Muñoz Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Rectorragia.
Antecedentes personales:
No alergias medicamentosas.
Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión arterial, dislipemia.
Fibrilación Auricular paroxística.
Aneurisma ilíaco común bilateral.
Ingresos hospitalarios de interés:
*24/08/23: Intervenido por aneurisma iliaco derecho roto y fístula aorto-entérica precisando reparación endovascular uniliaco + bypass femoro-femoral. Posterior ingreso requiriendo reintervención (sep/23) para sutura sobre íleon y sigmoidectomía.
*23/07/24: Ingreso por sangrado del muñón rectal.
Tratamiento habitual:
-Adiro 100 miligramos 1/24h.
-Atorvastatina 40 miligramos 1/24h.
-Bisoprolol 2.5 miligramos ½-0-1/2.
Enfermedad actual:
Varón de 78 años acude a urgencias por dolor en hipogastrio intenso seguido de un episodio de rectorragia de sangre rojo vinosa, sin saber cuantificar, de 4 horas de evolución; sin otra clínica acompañante.
Desde la última cirugía en julio/2024 presenta diariamente sangrados rectales de escasa cuantía de color oscuro.
Exploración Física:
Tensión Arterial (TA): 92/60, Frecuencia Cardiaca (FC): 92, Frecuencia respiratoria (FR): 18, Saturación de Oxígeno basal: 91% Temperatura (T°): 37.1°C. Escala Visual Analógica (EVA): 7/10.
Auscultación cardiaca y pulmonar sin hallazgos patológicos
Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, dolor a la palpación en zona periumbilical e hipogastrio, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.
Miembros inferiores: pulsos pedios débiles en ambos miembros, no edemas, ni livideces.
Piel: palidez mucocutánea , no diaforesis. Relleno capilar 4 segundos.
Exploración anorrectal: no lesiones perianales, fístulas/fisuras, hemorroides y/o procesos prolapsantes. Presencia de sangre fresca en dedil.
Pruebas complementarias (PPCC) en Urgencias:

- Analítica: Proteína C Reactiva (PCR) 62, fibrinógeno 819, leucocitos normales, Hemoglobina 10, lactato 38, resto anodino.
- TC abdominopélvico: Hallazgos sugestivos de fistulización del muñón del sigma al saco aneurismático, con aortitis infecciosa-inflamatoria secundaria.

Evolución:
El paciente acude a urgencias por dolor abdominal y rectorragia de 4 horas.
A su llegada, hemodinámicamente estable con TAM >65 mmHg, FC 92 lpm, eupneico y febrícula 37.1°C.
Se realiza anamnesis y exploración física. Teniendo en cuenta el conjunto de TAS < 100, FC 92 y los hallazgos de palidez mucocutánea y relleno capilar de 4 segundos, podemos plantear estar probablemente ante un cuadro de rectorragia grave con repercusión hemodinámica; ante lo cual se monitoriza, y se piden PPCC dirigidas.
Canalizamos 2 vías venosas periféricas, iniciamos resucitación activa y realizamos sondaje vesical para contabilizar diuresis.
Durante el control de constantes, se observa caída de TA hasta 71/42 mmHg y taquicardia de 113 lpm, obligándonos a continuar con la resucitación con volumen. Se presenta la duda de si estamos ante un shock hemorrágico o shock distributivo por sepsis sin foco claro.
En la analítica los datos son poco relevantes para discernir ante un tipo de shock u otro. Una Hb 10 podría dar peso al shock hemorrágico, pero comparando datos anteriores la pérdida ha sido de 1 punto de Hb, y si además tenemos en cuenta las pérdidas diarias que comenta el paciente de larga data, cae por su peso que tal repercusión hemodinámica se deba al sangrado actual.
Será la prueba de imagen la que clarifique el caso al objetivarse aortitis infecciosa-inflamatoria.
Ante lo cual se toman hemocultivos x2, y se inicia precozmente piperacilina/tazobactam 4/0.5g.
Interconsultamos a Cirugía Vascular, pasando a su cargo al estar ante un paciente con sepsis en relación a aortitis infecciosa por fistulización del muñón del sigma al saco del aneurisma.

CONCLUSIONES

Es importante vigilar de cerca cualquier tipo de sangrado, aunque a priori no muestre datos claros de inestabilidad.
Cualquier caso de inestabilidad hemodinámica debe contemplar las diferentes etiologías de la misma y no cegarnos exclusivamente ante una.
Importante revisar los antecedentes médicos ya que pueden clarificar el episodio actual, pues en este caso había sufrido anteriormente fístulas Ao-íleon que podían habernos hecho pensar en un nuevo episodio y por ende una aortitis.

P. #472

LA SAL DE LA VIDA

Leonor Ruano, Saturnino Pozuelo Pozuelo
HGU Ciudad Real, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: Deterioro del estado general.
Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular. No cardiopatía conocida. Síndrome de Down com discapacidad intelectual grave y dependência funcional severa. Disfagia con aspiraciones bronquiales frecuentes. Hipotiroidismo primário. Probable crisis epiléptica focal. Trombosis venosa profunda. Colecistitis aguda litiásica. Como intervenciones quirúrgicas presenta faquectomía bilateral, colecistectomía. En tratamento con ácido fólico 5 mg, Lixiana 60 mg, Levotiroxina 50 mcg, Lansoprazol 40 mg, Furosemida 40 mg, Levetirazetam 500 mg, Risperidona 0,5 mf y Mirtazapina 15 mg.
Enfermedad actual: Mujer de 53 años, derivada al SUH por su MAP por deterioro del estado general que ha empeorado en las últimas 24 horas y alteraciones detectadas en analítica de rutina. La familia refiere que la paciente presenta somnolencia intensa con escasa respuesta a estímulos verbales, reducción de la ingesta hasta hacerse nula en las 24 horas previas. Además asocia fiebre termometrada de hasta 38 °C, tos y molestias abdominales inespecíficas. No oliguria ni alteraciones del ritmo de diuresis.
Exploración física: TA: 126/75 mmHg, FC: 110 lpm. Afebril Sat: 94 % con GN a 4 lpm. Glasgow 8/15. Aceptable estado general. Escasa respuesta a estímulos verbales y dolorosos. No bocio, no adenopatías. Auscultación cardiaca sin alteraciones. A nivel pulmonar roncus dispersos. Abdomen sin alteraciones. Miembros inferiores sin edemas y sin signos de TVP.
Pruebas complementarias:
Radiografía de tórax: ICT > 0.5. SCF libres. Hilios sin alteraciones. No ensanchamiento mediastínico. No nódulos ni infiltrados.
Analítica de MAP: Urea de 147 mg/dl y ácido úrico 19.5 mg/dl.
Analítica en el Servicio de Urgencias: Urea 177 mg/dl, Creatinina 2,68 mg/dl, LDH 350 UI/L, Socio 180.9 mmmol/L. Potasio de 3,24 mmol/L. Proteína C reactiva de 10.83.
Estudio de orina: Sodio en orina 5.3, Potasio en orina 91.9, excreción fraccionada de sodio de 0.03.
ECG: RS a 60 lpm. PR sin alteraciones. QRS estrecho. QTc normal. Eje normal. No signos de bloqueo AV ni de Rama. T aplanadas. No signos de isquemia aguda.
Evolución: En base a las alteraciones analíticas de la paciente, se calculó el déficit de sodio a reponer en las siguientes 24 horas utilizando la fórmula: Agua corporal total x (Sodio actual / sodio deseado) – 1. A este valor se sumaron las pérdidas fisiológicas estimadas en aproximadamente 1500 cc. En este caso, el déficit total de agua a reponer fue de aproximadamente 10 litros, de los cuales la mitad se debía pasar en las primeras 24 horas. Posteriormente, se utilizó la fórmula de Adrogué-Madias para calcular el volumen de líquido a infundir, con el objetivo de corregir la hipernatremia a un ritmo máximo de 8 mEq/L por día, evitando así cambios rápidos que pudieran comprometer la seguridad de la paciente. La paciente fue trasladada al área de observación para monitorización estricta, incluyendo controles analíticos seriados, evaluación de la diuresis y vigilancia clínica. Una vez estabilizada, ingresó en planta de hospitalización, donde se logró la corrección progresiva de la hipernatremia y se inició el estudio hematológico pertinente.
Diagnóstico principal: Hipernatremia severa de origen prerrenal. Hipopotasemia moderada. Posible síndrome displásico a estudio.

CONCLUSIONES

La hipernatremia (Na > 145 mmol/L) es un trastorno electrolítico común especialmente en pacientes con incapacidad para ingerir líquidos (ancianos, enfermos dependientes). La fiebre contribuye a la hipernatremia al aumentar la pérdida de agua.
Los síntomas son principalmente neurológicos, mientras que en ancianos pueden pasar desapercibidos hasta que el sodio supera los 160 mmol/L.
Un tratamiento inadecuado, especialmente una corrección rápida, puede provocar lesiones cerebrales graves, edema cerebral o incluso la muerte.
El tratamiento se basa en corregir la causa subyacente y reponer líquidos con soluciones hipotónicas de manera progresiva y controlada.

P. #599

REACCIONES INESPERADAS: EXPLORANDO LA ALERGIA LOCAL AL 5-FLUOROURACILO

Marta Bosa Santana, Raquel Trujillo Hernández, Irene Cesteros Martín, Vanisha Lilaram Lachmandas, Celia Herrera González

HUNSC, Santa Cruz De Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 78 años con antecedente personal de carcinoma basocelular y queratosis actínica crónica en cara, estando en seguimiento por servicio de dermatología con tratamiento activo con crema de 5-Fluorouracilo (5-FU), a días alternos durante 8 semanas.
Tras cuatro semanas de tratamiento tópico, acude al servicio de urgencias de un hospital universitario por reacción en la piel de la cara y el cuello, acompañado de dolor muy intenso que no se alivia con analgesia oral habitual e interrumpe el descanso nocturno.
A la exploración física, el paciente presenta importante dolor en la cara con placa erosiva con costras y escamas gruesas en la superficie que ocupa ambas mejillas, el cuello y el escote, siendo éstas las regiones que coinciden con la administración de 5-FU.
Durante su estancia en el servicio de urgencias se administra tratamiento endovenoso con tramadol y corticoides, se observa mejoría parcial de los síntomas y se realiza interconsulta al servicio de dermatología.
Tras la valoración de las lesiones, se relacionan claramente con la aplicación de 5-FU y se comienza tratamiento con prednisona 30 mg oral durante 5 días y tramadol 37.5 mg/paracetamol 325mg cada 8 horas. Se le indica que aplique vaselina y crema de betametasona 0,5mg/gentamicina 1mg cada 24 horas durante dos semanas y que evite la exposición solar.
Tras dos semanas de tratamiento, el paciente acude a la consulta de dermatología con evidente mejoría clínica.

CONCLUSIONES

La dermatitis de contacto por 5-FU es una reacción poco común, pero significativa, que puede afectar a la calidad de vida del paciente y a la continuidad del tratamiento oncológico. Es crucial que los profesionales de la salud reconozcan esta reacción para poder ofrecer un manejo adecuado y evitar complicaciones.
Este caso resalta la necesidad de una vigilancia cuidadosa de los efectos cutáneos en pacientes tratados con 5-FU. La identificación temprana de la dermatitis de contacto puede facilitar un manejo efectivo y mejorar la adherencia al tratamiento oncológico. Se recomienda la educación continua sobre las reacciones adversas cutáneas asociadas a la quimioterapia.

P. #609

RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A INFECCIÓN VÍRICA EN EDAD PEDIÁTRICA

Alicia Pacho Gimaré[1], Rebeca Santos Nieto[1], Rafael Molinero Pérez[1], María Asunción Jorge Martin[1], Beatriz Nieto Miguel[2], María Cristina García Sánchez[1]

1. Gerencia de Asistencia Sanitaria, Zamora, España
2. Gerencia Territorial de Servicios Sociales, Zamora, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón 6 años. Fiebre y vómitos de 3 días de evolución. Dolor extremidades inferiores acompañado de debilidad muscular e incapacidad para caminar.
Sin antecedentes personales
Examen físico: normal. Dolor en miembros inferiores
Pruebas complementarias:
Acude al servicio de urgencias a las 24 horas del inicio de la fiebre, objetivando una CK (creatina quinasa) en sangre de 4000.
Antígeno Influenza de tipo A positivo.
Ante el buen estado general del niño se le indica observación y repetir analítica a las 48 horas. CK en sangre al tercer día: 13000.
Por lo que se decide ingreso.
Juicio clínico: Miositis secundaria a infección por Influenza de tipo A
Tratamiento
Sueroterapia intravenosa durante 24 horas. Con descenso progresivo de la CK.
Con mejoría clínica progresiva, mejoría en la marcha y disminución de la debilidad muscular

CONCLUSIONES

La Rabdomiólisis tiene múltiples etiologías siendo poco común en la edad pediátrica. Es una patología potencialmente grave que en los niños presenta sintomatología atípica y etiología diferente a los adultos, lo que puede dificultar el diagnóstico. Produce un daño muscular que puede derivar en insuficiencia renal.
Por ello el diagnostico precoz es importante para prevenir complicaciones graves como el fallo renal agudo

P. #643

VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA: CRÓNICA DE UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

Luis Antonio Brito Drullard, María Rodrigguez Romero, José Omar Valerio De León.

Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 85 años, sin antecedentes tóxicos ni medicamentos conocidos, que acude al servicio de urgencias el día 20 de Agosto, acompañado de su hijo derivado por su centro de salud por lesiones cutáneas. Entre sus antecedentes destacan una hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un episodio de síndrome coronario agudo en 2020: ángor inestable (coronarias sin lesiones), neoplasia de colon en 2017 (tratada con cirugía, sin quimioterapia ni radioterapia) y un carcinoma urotelial (tratado en 2018 con RTU y recurrencia en 2022, pendiente de cistectomía). Su tratamiento crónico incluía entre otros, antihipertensivo, antidiabéticos orales, inhaladores, acido acetilsalicílico y alopurinol.

En urgencias el paciente refiere la aparición súbita (24 horas antes), de unas lesiones en la piel, maculares y violáceas sobre todo en miembros inferiores, y en menor grado en manos, abdomen y espalda, las cuales no desaparecían con la digitopresión. Días previos había completado una pauta de ciprofloxacino por un proceso de infección respiratoria. Sus constantes eran estable (tensión arterial de 165/87mmHg, temperatura de 36.2°C, frecuencia cardiaca de 100 latidos/minutos y una saturación del 95%), y allí se le realizan diferentes pruebas complementarias (radiografía de tórax, analítica general, perfil hepático y serología de VIH VEB, Hepatitis B,C y D) y se decide ingreso en medicina interna para completar estudio de las lesiones cutáneas, por sospecha vasculitis.

Durante el primer día de ingreso, y ante la sospecha diagnóstica, iniciaron tratamiento con prednisona oral 30mg/día, sumado a una dosis ibuprofeno 400mg y curas locales, también realizan diferente pruebas complementarias; analítica general, y autoinmunidad cutánea. Al presentar un episodio súbito dolor en región dorsolumbar, realizan radiografía de dorsolumbar (sin alteraciones) y ecografía abdominal (ureterohidronefrosis izquierda grado II, y esteatosis hepática), también una biopsia cutánea cuyo informe era compatible con vasculitis leucocitoclástica (descartándose vasculitis por IgA). Días posteriores el paciente presenta mejoría de las lesiones y se decidió el alta a domicilio (28/8/2024), revisión en un mes, suspendiendo el Alopurinol.

El día 7 de septiembre, el paciente vuelve a ingresar en urgencia, por empeoramiento de las lesiones cutáneas, estas ahora eran necrosis en las áreas de presión, con presencia de bullas, flictenas y edemas generalizados. Las analíticas evidenciaron ligera alteraciones de la bioquímica y anemia. Se vuelve a ingresar con diagnóstico de "Evolución tórpida de vasculitis leucocitoclástica", y durante este ingreso le realiza TAC toracoabdominopélvico que revelo progresión tumoral a nivel vesical, ganglionar y musculo iliaco derecho, confirmando también la naturaleza paraneoplásica.

En este ingreso se continuo el manejo con corticoides para posterior desescalada y curas locales. Sin embargo la madrugada del 4 de Octubre, el paciente presenta un deterioro clínico con agitación, desorientación y fiebre (39°C), por lo que realizan cultivo de orina, hemocultivos y pautan antibioterapia empírica. Los cultivo fueron positivo para el bacilo gramnegativo de probable origen urinario (multirresistente). Ante este deterioro clínico y a pesar del tratamiento antibiótico, analgésico y sedante (morfina y midazolam), se comunico a la familia del mal pronóstico. El paciente evolucionó a fracaso multiorgánico, siendo declarado "Exitus Letalis" ese mismo día. Su diagnóstico final fue de vasculitis leucocitoclásticas necrotizantes paraneoplásicas, secundario a carcinoma urotelial progresivo, complicando por una sepsis de origen urinario.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la complejidad diagnóstica y terapéutica en el manejo de la vasculitis leucocitoclástica como fenómeno paraneoplásico. La asociación entre progresión del carcinoma urotelial y la exacerbación de la vasculitis subraya el enfoque multidisciplinar que precisan estos pacientes en su manejo. La evolución adversa sumada con la aparición de infecciones nosocomiales, pone en relieve la vulnerabilidad de los pacientes ancianos con múltiples comorbilidades, donde una estrategia integral y una adecuada vigilancia de la salud serian fundamentales.

P. #694

COMENZAR POR LOS CIMIENTOS: NO EMPEZAR LA CASA POR EL TEJADO. ¡LA IMPORTANCIA DE UNA SIMPLE RX DE TÓRAX!

Danae Moreno Alcaide, Patricia Martínez Olaizola, Alba Sasia Tomas, Oihane Orokieta Rincon, Aida Calonge Tudanca

HU. Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 55 años con antecedentes de episodio de taquicardia supraventicular a 180 lpm revertida en servicio de urgencias con Adenosina 2 meses antes y Enfermedad de Parkinson estadio II de Hoehn y Yahr de inicio precoz en tratamiento con Rasagilina 1mg en el desayuno, es trasladada a urgencias desde el centro de salud en soporte vital avanzado por taquicardia de QRS estrecho a 200 lpm tras administración de salbutamol nebulizado por broncoespasmo.

Previamente, la paciente se encontraba en tratamiento con Furosemida 40mg en el desayuno y Symbicort inhalado cada 8 horas por presentar disnea progresiva en los últimos 2 meses hasta precisar de desplazarse en silla de ruedas por la calle. Asociando edema en hemicara derecha y brazo derecho en la última semana, por lo que su MAP asocia Prednisona 30mg en el desayuno. Pese a tratamiento pautado, persiste disnea sin mejoría, persistiendo a su vez edema en hemicara.

A su llegada, se encuentra taquipneica en reposo con saturación basal a 96%, con tensión arterial (TA) 105/55mmHg y frecuencia cardiaca 170 lpm.

En ECG presenta taquicardia rítmica de QRS estrecho a 180 lpm. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos; y pulmonar, con hipoventilación generalizada de pulmón izquierdo y con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos en derecho.

Se realiza masaje del seno y valsalva, pero persiste taquicardia. Por lo que iniciamos adenosina 6mg en bolo sin respuesta y tras bolo de 12mg, revierte a ritmo sinusal a 110lpm con mejoría de TA 140/75mmHg y mejoría de disnea.

En la exploración, destaca a su vez edema en hemicara derecha con edema en brazo derecho y mama derecha.

En analítica, presenta PCR 61 y LDH 788. Hemograma y coagulación anodina. Se amplía Dímero D por persistencia de taquicardia, que es de 2530.

En radiografía (Rx) de tórax presenta derrame pleural derecho severo. Por lo que ante ambos hallazgos solicitamos AngioTAC pulmonar.

Hallazgo de gran masa mediastínica anterior (sugiere proceso linfoproliferativo como primera opción diagnóstica, sin poder descartar por completo otras opciones, aunque menos probables como teratoma) que condiciona síndrome de vena cava superior que se encuentra totalmente englobada por la masa y no permeable. Trombosis de vena yugular derecha. Severo edema del hemicuerpo derecho. Atelectasia prácticamente total del pulmón derecho y moderado/severo derrame pleural derecho.

Se le realiza toracocentesis evacuadora de 1100ml de líquido hemorrágico, que interrumpimos por tos persistente y se cursa ingreso en Hematología para estudio de masa mediastínica.

Se le realiza biopsia de adenopatía supraclavicular con resultado de Linfoma B difuso de células grandes. Por lo que se programa inicio de quimioterapia dirigida.

CONCLUSIONES

La Rx de tórax es una prueba complementaria esencial en nuestro medio desde hace muchos años. Fundamental para el diagnóstico de múltiples patologías del día a día de la practica clínica común, desde patología ósea hasta pulmonar; y es por ello, de las más utilizadas por su fácil accesibilidad y rapidez de realización.

En este caso, pese a que la paciente presentaba 2 meses de disnea refractaria a tratamiento pautado, no se le realizo Rx torácica hasta su segunda visita a Urgencias, no habiéndola realizado antes pese a varias consultas con su MAP como en su primera visita a Urgencias.

Habiendo realizado esta sencilla prueba de imagen, probablemente se podría haber evitado las complicaciones y el diagnóstico con tan avanzado compromiso respiratorio y vascular de la paciente.

P. #731

LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS TAMBIÉN EXISTEN

Marta Arrufat Sánchez, Pedro Jara Navarro, María Del Carmen Marín Infer, Patricia Cayuela García, Elena García Gutiérrez
Hospital Reina Sofía, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 42 años que ingresa por fiebre de hasta 39.3°C que cede con antitérmicos acompañado de tiritona, odinofagia y artralgias generalizadas de 5 días de evolución. Además, aparición de rash cutáneo en extremidades. Contactos sexuales de riesgo, no lesiones peneanas, no exudados purulentos. No viajes al extranjero ni contactos con la misma clínica, no picaduras. No otra clínica infecciosa. No dolor torácico, ni palpitaciones, ni disnea.
Exploración física:
Presión arterial: 118/65 mm Hg; Frecuencia cardiaca: 56 l.p.m. Frecuencia respiratoria: 10 r.p.m. saturación de oxigeno2: 96 %; Temperatura: 38.5 Grados
Regular estado general. Bradipsiquia. Orientado en las tres esferas. Normocoloreado, normohidratado, normonutrido.
Faringe sin hiperemia. No aumento de tamaño de amígdalas. No adenopatías. No dolor a la palpación del tiroides.
Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
Presenta un rash macular confluente en la zona superior del torso y en la espalda.
Abdomen: blando y depresible, no masas ni organomegalias, no dolor a la palpación ni irritación peritoneal. Ruidos conservados.
Miembros inferiores: pulsos pedios presentes y simétricos, no edemas ni signos de Trombosis venosa profunda.
Exploraciones complementarias:
Electrocardiograma normal
Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos.
Ecografía de abdomen: sin hallazgos de interés.
En la analítica solo destaca leucocitosis (23600 10e3/uL), neutrófilos 89%), resto de parámetros (coagulación, gasometría, perfil hepático y pancreático) normal.
Se recoge serologías para enfermedades de transmisión sexual, urocultivo, hemocultivo y PCR de orofaringe para virus respiratorios.
El paciente pasa a camas de observación con antitérmicos a la espera de ingreso.
Evolución:
Nos avisa enfermería por agitación intermitente, deterioro del nivel de conciencia y cuadros de ausencias atípicas (se quedaba perplejo durante unos minutos) acompañándose de mioclonias que predominaban en miembro inferior derecho y menos intensas en ambos brazos.
Se realiza TC urgente que muestra un dudoso edema cerebral.
Se realiza punción lumbar y extracción de muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) y se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona + Vancomicina + Aciclovir, a la espera de los resultados de cultivo de LCR y se añade corticoides por la sospecha de enfermedad de Still.
El paciente ingresa en UCI comatoso, Glasgow de 7, precisando de intubación orotraqueal y ventilación mecánica e iniciándose fenitoína, valproato y levetiracetan.
Al día siguiente se realiza en UCI:
-Electroencefalograma (EEG): patrón de estatus electro-clínico con actividad epileptiforme generalizada.
-Tac cuello y toraco-abdominal: Múltiples adenopatías cervicales bilaterales de predominio derecho. Leve derrame pleural bilateral. Pequeña atelectasia basal izquierda. Hepato-esplenomegalia. Discreto edema periportal. Varios ganglios mesentéricos aumentados de tamaño.
Durante su estancia en UCI el paciente mantiene actividad epileptiforme durante diez días, remitiendo progresivamente a partir del día once desde el ingreso y normalizándose el EEG. El día doce comenzamos descenso de sedación y antiepilépticos con mejoría clínica neurológica consiguiendo extubación.
Pruebas complementarias restantes:
LCR: 10 células (100% linfocitos), proteínas 117, y glucosa 38 con glucemia simultánea de 70.
Cultivo LCR y hemocultivo, urocultivo, serologías y PCR virus respiratorios negativos.
En analíticas seriadas, destaca elevación progresiva de ferritina, hasta valores de 37014 µg/l y descenso de leucocitosis progresiva.
Ante los resultados y con una sospecha muy alta de enfermedad de Still, se retiran antibióticos y aciclovir, manteniéndose corticoides.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Still supone un reto diagnóstico. Desde el manejo en puerta de urgencias, ante un cuadro de fiebre con afectación neurológica, se debe cubrir con antibióticos y antiviral hasta descartar encefalitis bacteriana o vírica, mediante análisis de LCR. Si la sospecha es de enfermedad autoinmune, los corticoides serán el tratamiento usado. Además, ante un cuadro de estatus epiléptico, se deberá proceder a sedación y administración de antiepiléptico con carácter urgente, para evitar el daño neurológico.

P. #814

EDEMA DE ÚVULA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Laura Jódar Manzanera[1], Victoria Jódar Manzaner[2]

1. Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España
2. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 32 años, originaria de Argentina, médica de profesión, con antecedentes de psoriasis, dermatitis atópica, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, y reflujo gastroesofágico (RGE) en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). La paciente acudió a urgencias hospitalarias tras experimentar prurito intenso en la orofaringe, estridor inspiratorio, sensación disneica y voz gangosa al despertar. Al autoexplorarse, notó un edema importante de úvula y alertó a los servicios de emergencia (SEM). La paciente negó la ingesta de alimentos, medicamentos o productos de higiene nuevos.

A la llegada de SEM, la paciente estaba hemodinámicamente estable, sin alteraciones cutáneas ni respiratorias, pero presentaba edema de la úvula y voz gangosa. Administraron polaramine y metilprednisolona, remitiendo a urgencias hospitalarias para valoración adicional. En el hospital, la paciente seguía estable hemodinámicamente, con signos vitales normales y sin alteraciones en la piel ni auscultación cardiorrespiratoria. Se observó un importante edema uvular, sin signos de infección o complicaciones. La analítica mostró neutrofilia sin otros hallazgos.

A pesar del tratamiento inicial, la persistencia de la sintomatología llevó a solicitar una valoración urgente por otorrinolaringología (ORL). La exploración ORL, que incluyó oroscopia y nasofibroscopia, reveló edema de la úvula, pero sin otras alteraciones en la laringe o cuerdas vocales. Los hallazgos indicaron un leve edema y eritema de la mucosa retroaritenoidea, sugerente de reflujo gastroesofágico.

La paciente, al referir aumento de los síntomas de reflujo y distensión abdominal en las semanas previas, concordante con exploración de ORL, llevó a ajustar el tratamiento con una dosis intravenosa de IBP en urgencias, resultando en una mejora significativa de los síntomas. La paciente fue dada de alta con seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES

Este caso presenta un hallazgo poco frecuente de edema uvular relacionado con el reflujo gastroesofágico (RGE). Aunque el diagnóstico inicial apuntaba a una reacción alérgica o anafiláctica, la evolución clínica y los hallazgos en la exploración ORL sugirieron que el RGE era la causa subyacente. El RGE es una afección comúnmente caracterizada por el paso del contenido gástrico hacia el esófago, pero puede tener manifestaciones extraparenquimatosas, como disfonía, tos crónica y, en casos muy raros, edema uvular.

El mecanismo fisiopatológico detrás de este edema podría estar relacionado con la exposición crónica del contenido gástrico en la laringe y faringe, lo que puede generar inflamación en la úvula. Aunque la úvula no se ve directamente afectada por el paso del contenido gástrico, su proximidad al esófago y la laringe hace que sea vulnerable a los efectos del reflujo ácido. En este caso, el inicio tan rápido de los síntomas, junto con el tratamiento inicial con antihistamínicos y esteroides insuficiente, obligó a un enfoque diagnóstico más profundo.

Esto pone de relieve la importancia de un diagnóstico preciso en casos de síntomas orofaríngeos persistentes, ya que el tratamiento adecuado del RGE con IBP resulta en una resolución clínica significativa. Es fundamental reconocer el RGE como un diagnóstico diferencial en estos casos, ya que su manejo adecuado puede evitar complicaciones a largo plazo.

Este caso también subraya la relevancia de un enfoque multidisciplinario, involucrando tanto a los servicios de urgencias como a otorrinolaringología y gastroenterología, para lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz.

La identificación temprana del reflujo gastroesofágico como la causa del edema uvular fue clave para este caso. La intervención con inhibidores de la bomba de protones permitió una mejora clínica significativa. Este caso resalta la importancia de considerar el RGE en el diagnóstico diferencial de síntomas orofaríngeos persistentes, especialmente cuando los tratamientos iniciales no son completamente eficaces. Asimismo, destaca la necesidad de una evaluación multidisciplinaria para garantizar un manejo adecuado y prevenir complicaciones a largo plazo.

P. #819

IMPORTANCIA DE LA REVISIÓN INTEGRAL DE PRUEBAS DE IMAGEN EN URGENCIAS PARA BÚSQUEDA DE DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

José Manuel Martín Valverde, Jenifer Crespo Gutiérrez, Irene Ortega Bueno

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 91 años con antecedentes de HTA, EPOC sin seguimiento, deterioro cognitivo tipo Alzheimer (GDS 4), hipoacusia neurosensorial y patología prostática con PSA elevado sin control actual. Antecedente quirúrgico de colecistectomía.
Acude a urgencias por deterioro progresivo del estado general, con cansancio y dolores óseos que han limitado su movilidad en los últimos 6-7 meses. No refiere caídas ni traumatismos previos.
Se le pide analitica completa, TC craneom ECG y RX de torax. La exploración física revela una palidez y un deterioro crónico físico, con normalidad a la auscultación. El TC de craneo sin lesiones agudas, la radiografia de torax en principio sin leisones destacables de derrame o consolidaciones y el ECG en ritmo sinusal. Analiticamente destaca una anemia normocítica sin signos de sangrado externo por el que se transfunden dos concentrados de hematíes.
Revisando pruebas complementarias en la radiografía de tórax se encuentran unas lesiones parcheadas en ambas cabezas humerales. Al revisar la historia clínica buscando posibles causas se observa que hace seis meses acudió por dolor abdominal y en la radiografía de pelvis realizada entonces, ya se evidenciaban lesiones en ambas palas ilíacas, pero no fueron valoradas en su momento.
Ante la sospecha de enfermedad osea oncologica se decide su ingreso en Medicina Interna para completar el estudio. Durante su ingreso se solicita TC abdominopélvico con contraste, donde se evidencian: múltiples lesiones óseas sugerentes de metástasis en pelvis y extremidades superiores, afectación ganglionar retroperitoneal. Hallazgos compatibles con neoplasia prostática avanzada.

CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de revisar minuciosamente las pruebas complementarias que se solicitan buscando un enfoque integral del paciente. Las lesiones óseas metastásicas ya estaban presentes meses antes, pero pasaron desapercibidas al no ser el foco del estudio.
El deterioro funcional, la anemia y el dolor óseo en un anciano con antecedente prostático deberían haber generado sospecha precoz de enfermedad metastásica. La detección temprana de estos hallazgos podría haber permitido un diagnóstico y abordaje más oportuno.
En conclusión, es fundamental:
1. Revisión minuciosa de pruebas complementarias previas: En pacientes geriátricos con síntomas inespecíficos, es fundamental revisar estudios de imagen anteriores, incluso si no fueron solicitados para el motivo de consulta actual. En este caso, las lesiones óseas metastásicas ya eran visibles en pruebas previas, pero no se interpretaron al no ser el foco del estudio inicial.
2. Enfoque clínico integral en pacientes con comorbilidades: Es esencial evaluar de manera global a los pacientes con enfermedades crónicas sin seguimiento adecuado. En ancianos con deterioro progresivo y antecedentes urológicos, es imprescindible considerar la posibilidad de patología oncológica no diagnosticada.

P. #852

CUANDO EL ESTÓMAGO SE OBSTRUYE: MANEJO CONSERVADOR DE UN BEZOAR GÁSTRICO

Claudia Fuertes Gimeno, Iñigo Guerra Molina, Sara Fernández Maestre, Sara Elena Sánchez Rodríguez

Hospital De La Princesa, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 49 años, con antecedentes de hernia de hiato y enolismo importante, quien acude a urgencias por episodio de predominio nocturno de vómitos de contenido alimentario y diarrea de tres días de evolución.

Además, refiere dolor abdominal generalizado junto con distensión abdominal que empeora con las comidas y mejora con el ayuno. El paciente asocia meteorismo y dispepsia.

Menciona dieta vegana de forma habitual y que desde hace un mes no ha tomado suplemento de vitamina B12 debido a la pérdida del bote tras una mudanza reciente.

Por otro lado, también refiere ingesta copiosa de alimentos durante los últimos días e inicio reciente de tratamiento con Olanzapina, prescrito hace tres semanas para el manejo de ansiedad.

A la exploración física, presenta constantes vitales normales con buen estado general, pero llama la atención la disminución de ruidos intestinales, la distensión abdominal difusa y dolor generalizado a la palpación si evidencia de peritonismo.

Los estudios realizados en urgencias incluyen una analítica sanguínea anodina sin alteraciones significativas. Se realiza ecografía a pie de cama, que muestra abundante gas de forma difusa que impide ver con normalidad estructuras abdominales junto con una cámara gástrica muy distendida con abundante contenido en su interior. Dichos hallazgos se confirman con la radiografía de abdomen que muestra una dilatación significativa de la cámara gástrica con contenido heterogéneo, probablemente de origen alimenticio, y abundante gas en el marco colónico, con distensión generalizada, sin signos de obstrucción intestinal, pero impresionando de estómago de retención (Bezoar).

Finalmente se realiza TAC abdominal urgente donde se objetiva cámara gástrica y primeras porciones duodenales con abundante contenido en su interior, sin causa obstructiva además de cambios inflamatorios vs infecciosos en ambas bases pulmonares en probable contexto de aspiración.

Con el diagnóstico presuntivo de bezoar gástrico, el paciente fue manejado inicialmente de manera conservadora. Se decidió realizar una dilución química utilizando Coca-Cola, debido a sus propiedades para favorecer la disolución del bezoar gracias a su bajo pH y su alto contenido en bicarbonato de sodio y burbujas de CO_2.

Se administraron aproximadamente 1980 ml de Coca-Cola a través de una sonda nasogástrica durante un período de 12 horas. Tras este tratamiento, se repitió una radiografía de control que evidenció una disminución significativa de la distensión gástrica, aunque con persistencia de contenido heterogéneo en el estómago que condicionó su ingreso en planta.

El paciente presentó una mejoría clínica progresiva, con resolución de los vómitos y disminución de la distensión abdominal. No se presentaron complicaciones adicionales y el manejo conservador fue exitoso.

CONCLUSIONES

Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos, particularmente en aquellos con antecedentes como el consumo excesivo de alcohol, dietas restrictivas, y tratamientos farmacológicos. Además, subraya la eficacia de la dilución química con Coca-Cola como opción terapéutica en el manejo de bezoares gástricos sin signos de obstrucción intestinal.

P. #908

LOS MINUTOS CUENTAN

Celia Molero De Ávila Martín Maestro, Carlos Hernández González, Irene Corral Flores, Lorena Vallejo Puntero, Paloma Fernández Gómez, Estíbaliz Garrido Leal

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 57 años con antecedentes personales de dislipemia sin otros factores de riesgo ni tratamiento habitual que acudió a urgencias por malestar general. Presentó artromialgias y astenia de una semana de evolución junto con sudoración nocturna sin fiebre termometrada ni clara pérdida de peso; añade desde esa mañana distensión abdominal con dolor focalizado en hipocondrio izquierdo irradiado hacia región lumbar negando otra sintomatología.

La exploración física fue completamente normal con abdomen no doloroso ni distendido y se solicitó radiografía de tórax y abdomen obteniendo resultados anodinos.

Analíticamente destacó fracaso renal agudo, leucocitosis con monocitosis, trombopenia, elevación de lactato con acidosis metabólica compensada, PCR elevada e hipertransaminasemia. Se pautó Plasmalyte y
medicación analgésica en espera del resultado de TAC abdominopélvico.

Junto al resultado del TAC habría que hacer diagnóstico diferencial entre:

- Apendicitis con peritonitis: Se visualizó un engrosamiento ileocecal de 9 mm y moderada cuantía de líquido libre en los 4 cuadrantes.
- Proceso neoplásico: Engrosamiento parietal irregular en base de ciego con adenopatías ileocólicas de hasta 14 mm.
- Proceso hematológico subyacente: Se sospechó por la clínica de astenia, sudación y resultados analíticos obtenidos destacando la hiperuricemia, además de la ampliación con elevación de LDH.

En un primer momento, dado el posible diagnóstico radiológico de apendicitis con peritonitis, se pautó piperacilina/tazobactam y se interconsultó a cirugía. Tras la ampliación analítica y la sospecha hematológica
se interconsultó a hematología quien realizó un frotis y aclaró la sospecha diagnóstica de probable síndrome de lisis tumoral por linfoma agresivo, obteniéndose: "células inmaduras de aspecto blástico que recuerdan a los blastos del linfoma NH Burkitt" con trombopenia confirmada y datos de SLT (LDH 7879, Urea 72 mg/dL,
Creatinina 2.17 mg/dL, FG 32.6 mL/min) descartando así el origen abdominal del cuadro.

Una vez diagnosticado de SLT se inició tratamiento junto con los médicos de urgencias con rasburicasa y prednisona e ingreso a cargo de hematología con interconsulta a nefrología para ajuste de sueroterapia.

CONCLUSIONES

El síndrome de lisis tumoral (SLT) es una urgencia oncohematológica causada por la lisis masiva de células tumorales con liberación de grandes cantidades de potasio, fosfato y ácidos nucleicos a la circulación sistémica con alteraciones metabólicas y complicaciones musculoesqueléticas, renales, cardiacas y neurológicas, que se presenta habitualmente al inicio de terapia en pacientes con enfermedades
oncohematológicas con alto índice proliferativo como el linfoma no Hodgkin tipo Bukitt, leucemia
mieloblástica aguda o leucemia linfoblástica aguda, aunque hasta 1/3 lo desarrolla en ausencia de tratamiento citotóxico, distinguiendo el SLT inducido y el espontáneo como es este caso. El tratamiento se basa en reposición de fluidos, uso de agentes hipouricemiantes y corrección de alteraciones metabólicas, además de depuración extrarrenal con diálisis.

Dada la liberación masiva de componentes celulares al torrente sanguíneo se resume su diagnóstico en la hiperuricemia, hiperfosfatemia, hiperpotasemia e hipocalcemia, impidiendo la eliminación renal de éstos, traduciéndose en insuficiencia renal.

Posteriormente, en este paciente se descubrió al repetir TAC que la imagen engrosada ileocecal objetivada correspondía a una enterocolitis neutropénica o tifilitis en el contexto del linfoma Brukitt, que se confirmó más adelante. Es por ello que la importancia de este caso radica en que, aunque debamos apoyarnos en las pruebas complementarias y radiológicas y hacer un diagnóstico diferencial con apendicitis o neoplasia, ante la sospecha clínica y analítica de esta entidad hemos de ser capaces de reconocerla rápidamente y continuar con el estudio en colaboración con hematología para realizar frotis sanguíneo y poder llegar al diagnóstico e iniciar tratamiento precozmente dado que es una entidad potencialmente letal.

P. #1001

CASO CLÍNICO: HEMOTÓRAX MASIVO CON NIVEL DE TRIAJE 4

Alba Espallagures Cebrian, Nina Ruiz Rintelen, Javier Ignacio Cabana

Hospital Quironsalud Badalona, Badalona, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES:
Hipertensión, diabetes, fibrilación auricular e hipertiroidismo. Intervenido de by-pass gástrico. En tratamiento con propanolol, metformina, edoxaban y tirodril. Intervenido de by-pass gástrico.
ANAMNESIS:
Hombre de 59 años con cuadro dolor en zona escapular derecha y flanco y zona lumbar derecha tras caída en el baño 10 días antes con disnea progresiva hasta hacerse de reposo desde hace 4 días.
EXPLORACIÓN:
Tensión Arterial: 121/90 mmHg | Frecuencia Cardíaca: 64 lpm | Temperatura: 36.1°C | Frecuencia Respiratoria: 26 rpm | Saturación O2: 96% | EVA: 7 | TRIAJE 4.
Regular estado general, taquipneico con tiraje abdominal al aire ambiente con mala tolerancia al decúbito
Tórax: hipofonesis hemitórax derecho. Hematoma en zona dorsal derecha con dolor a la palpación
Abdomen: dolor a la palpación en flanco y zona lumbar derecha con importante hematoma
Miembros inferiores: Edemas hasta tercio tibial superior con estigmas de estasis venoso.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Analítica: anemia normocítica hipocrómica con hemoglobina 9.5 mg/dL, , leucocitosis de 16800, neutrofilia 13800, plaquetas en rango, INR 1.6, IQ 52.9%, TP 17.8s, hiperglucemia 221 mg/dL, urea 68 mg/dL, BUN 32 mg/dL, PCR 18.1, resto sin alteraciones. Gasometría arterial hipoxemia sin hipercapnia, lactato 2.3
Electrocardiograma: fibrilación auricular
Radiografía de tórax: velamiento de hemitórax derecho con desplazamiento de mediastino hacia la izquierda.
TAC tórax-abdomen: Extenso derrame pleural derecho causando importante efecto masa con desplazamiento mediastínico izquierdo y atelectasia completa del pulmón derecho. Contenido de alta densidad en región declive en base derecha sugestivo de restos hemáticos sin signos de sangrado activo.
Fracturas de apófisis transversa derecha de L1, de D11 y D10. Fractura de arco costal posterior de 12° costilla derecha a nivel de la unión costovertebral. Fractura de arcos costales posteriores de 11° y 10° costillas derechas.
TRATAMIENTO:
Monitorización, cama a 45°, ventimask a 5L. Administración vitamina K y complejo protrombínico. Se coloca drenaje pleural derecho con drenaje de 5L de contenido hemático oscuro a Pleur-evac. Ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

El triaje es una herramienta fundamental para la clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes y para una gestión asistencial equitativa y un uso eficiente de los recursos disponibles
En nuestro hospital es usado el Sistema Estructurado de Triaje que engloba los conceptos de gravedad, urgencias y complejidad clasificando a los pacientes en 5 niveles, siendo el I reanimación y el V no urgente y es realizado por personal de enfermería tras formación.
Este sistema de triaje se basa en datos objetivos como serían las constantes vitales o el signo o síntoma clave y requiere de experiencia del personal para saber reconocer e identificar a los pacientes en situación de riesgo vital
En este caso el sistema de triaje clasificó al paciente en nivel IV (menos urgente) a pesar de clasificarse dentro del grupo "Traumatismo mayor y/o de riesgo" y con el antecedente de toma de anticoagulación dado el tiempo de evolución, por constantes vitales iniciales en rango y dolor moderado. Si se hubiera tenido en cuenta que el paciente estaba anticoagulado el nivel de triaje adjudicado por el sistema hubiera sido un nivel II, emergencia, situaciones de riesgo vital cuyo desenlace depende radicalmente del tiempo con inestabilidad fisiológica, dolor severo.
En este caso podemos reflexionar sobre la importancia que sigue teniendo la experiencia, la formación y el nivel de volumen de trabajo del personal de triaje para detectar pacientes que a nivel objetivo pueden estar en nivel bajos de urgencia, pero con patología grave subyacente. Creemos que en este caso un nivel III de urgencia (urgencia), en el que se incluyen situaciones de riesgo vital potencial en pacientes con estabilidad fisiológica, habría sido más adecuado que el nivel IV o II.

P. #1023

LA PARADOJA DEL BRICKER OBSTRUIDO: ¿SE PUEDE TENER RETENCIÓN AGUDA DE ORINA SIN VEJIGA?

José Rubén García Montes[1][2], Enrrique Noé Navarro Jiménez[2], Luis Alejandro Santoyo Contreras[2], Gabriel José Carpio Guayamo[3][2], Jorge Hernán Agrado Vanegas[4], Giannina Milagros Escalante Matos[1]

1. CS Illescas, Illescas, España
2. Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España
3. CS Torrijos, Torrijos, España
4. CS Nambroca, Nambroca, España

HISTORIA CLÍNICA

La retención aguda de orina (RAO) es una urgencia urológica caracterizada por la imposibilidad súbita y dolorosa de vaciar la vejiga de manera voluntaria. Es una complicación frecuente en pacientes con vejiga intacta, pero excepcional en aquellos con derivaciones urinarias, como la urostomía tipo Bricker. Presentamos el caso de un paciente con cistectomía radical y derivación urinaria tipo Bricker que desarrolló RAO secundaria a obstrucción del asa intestinal, un evento raramente documentado en la literatura.

Se trata de Varón de 74 años triado como molestias de estoma. Acude por inflamación en la zona de la urostomía. Refiere sensación distérmica y dolor abdominal difuso, predominante en el lado derecho. Niega diarrea y menciona que su última deposición fue normal.

En la exploración destaca una masa a nivel de la urostomía con características sugestivas de globo de asa. En la analítica destaca Leucocitosis con neutrofilia (14.4 x10^9/L, 92.4% neutrófilos) Creatinina elevada (1.70 mg/dL) con filtrado glomerular estimado en 38.9 L/min/1.73m^2 (indicador de enfermedad renal crónica estadio G3b) PCR elevada (18.8 mg/L). En el sistematico de orina se aprecia Hematuria significativa (300/microL) Leucocituria con piuria Bacteriuria abundante y Nitritos positivos.

En la exploración por parte del servicio de Urología se identificó acodamiento del asa de Bricker en su porción inferior

Se realizó sondaje del asa, con salida de orina concentrada, más evidente en bipedestación. Con el sondaje y tratamiento antibiótico empírico, la evolución fue favorable, con mejoría clínica y analítica.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de reconocer la RAO en pacientes con urostomía tipo Bricker, a pesar de su baja incidencia ya que el diagnóstico temprano y un manejo adecuado, como el sondaje del asa y la antibioterapia dirigida, pueden evitar complicaciones graves.

Bibliografía

Fitzpatrick JM, Kirby RS. Management of Acute Urinary Retention. BJU International. 2006;97 Suppl 2:16-20; discussion 21-2. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.06100.x.

Thomas K, Chow K, Kirby RS. Acute Urinary Retention: A Review of the Aetiology and Management. Prostate Cancer and Prostatic Diseases. 2004;7(1):32-7. doi:10.1038/sj.pcan.4500700.

Serlin DC, Heidelbaugh JJ, Stoffel JT. Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. American Family Physician. 2018;98(8):496-503.

Selius BA, Subedi R. Urinary Retention in Adults: Diagnosis and Initial Management. American Family Physician. 2008;77(5):643-50.

Thorne MB, Geraci SA. Acute Urinary Retention in Elderly Men. The American Journal of Medicine. 2009;122(9):815-9. doi:10.1016/j.amjmed.2009.05.009.

Ghodoussipour S, Ladi Seyedian SS, Jiang D, et al. Predictors of Need for Catheterisation and Urinary Retention After Radical Cystectomy and Orthotopic Neobladder in Male Patients. BJU International. 2021;128(3):304-310. doi:10.1111/bju.15329.

Abdelhalim A, Elshal AM, Elsawy AA, et al. Bricker Conduit for Pediatric Urinary Diversion--Should We Still Offer It?. The Journal of Urology. 2015;194(5):1414-9. doi:10.1016/j.juro.2015.05.028.

Kouba E, Sands M, Lentz A, Wallen E, Pruthi RS. A Comparison of the Bricker Versus Wallace Ureteroileal Anastomosis in Patients Undergoing Urinary Diversion for Bladder Cancer. The Journal of Urology. 2007;178(3 Pt 1):945-8; discussion 948-9. doi:10.1016/j.juro.2007.05.030.

P. #1170

MAMÁ SE ME ESCAPA EL AIRE

Jorvi José Aguilar Valero, Alma Cervera Albenca, Jorge Antonio Gracia García, María Del Mar Loring Rodríguez, Marcelo Alberto Lazo Carballo, Paola Carolina Guerrero Flores

ASEF, Eivissa, España

HISTORIA CLÍNICA

Ámbito del caso: Centro de Salud Can Misses. Hospital Can Misses
PRESENTACIÓN DEL CASO:
Antecedentes personales: Laringotraqueomalacia (diagnosticada a los9 años por Laringitis a repetición a través de fibrobroncoscopia)
NRAM
Motivo de consulta: Tos + dismetría torácica.
Enfermedad Actual: Se trata de adolescente masculino de 12 años de edad quien 5 días previos a la valoración, inicia cuadro de fiebre hasta 39.5° al que se asocia tos seca irritativa y persistente. Estaba en Madrid al inicio del cuadro y pautan corticoides vía oral. Acude a su pediatra por persistir con tos y alzas térmicas + odinofagia leve por lo que se le realiza test rápido con Gripe B +, en este caso se pauta corticoide vía inhalatoria mas tratamiento sintomático domiciliario. Paciente que las 24hrs es llevado nuevamente al servicio de urgencias por empeoramiento de la clínica y agregarse crepitación mas dismetría del costado izquierdo por lo que deciden derivar a urgencias del hospital de referencia.
Exploración física:
Peso 43.6 kilos, TA 101/61 mmHg, FC 102 lpm, Sat 96%aa, Sat 100% con mascarilla reservorio. Tª 38.1°C.
Regular estado general, postura antiálgica en flexión.
Normohidratado
Consciente y orientado
Disneico y febril
Tórax: Asimétrico, abultamiento en zona costal izquierda y supraesternal bilateral con crepitación. AC tonos rítmicos, no soplos. Respiratorio con buena entrada de aire lado derecho, disminuida en lado izquierdo. Ruidos de despegamiento y roncus. No uso de musculatura accesoria.
Exploraciones complementarias.
Laboratorio:
Analítica al ingreso:
- Hemograma: leucocitos 13700/ul, Hto 42%, Hb 14.1 g/dl, plaquetas 178000/ul.
- Bioquímica: glucosa 90 mg/dl, urea 27 mg/dl, Cr 0.58 mg/dl, proteínas totales 68.6 g/dl, CK 1275, Na 140, K 4.1
- Gasometría: pH 7.36, pCO2 50, HCO3 28, BE 2.3
- Coagulación: normal. TP 79%, INR 1.17, fibrinógeno 488 mg/dl

Imagen:
Rx AP tórax al ingreso: neumotórax LSI pequeño con linea pericardiaca izquierda sugestiva neumomediastino. Importante enfisema en zona costal izquierda y en toda la zona cervical bilateral.
JC:
-Enfisema subcutáneo en contexto de una Infección respiratoria por Gripe B
-Neumotórax
Diagnostico diferenciales: Exacerbaciones de asma, Aspiración de cuerpo extraño, Ruptura espontánea del esófago (síndrome de Boerhaave), Iatrogénica
Evolución y comentarios:
A su ingreso se inicia tratamiento con oxigenoterapia, para favorecer la reabsorción. A nivel farmacológico se pauta Broncodilatadores de acción corta (Salbutamol) nebulizado con antipiréticos si precisa. De forma progresiva presenta mejoría clínica de los accesos de tos con reabsorción del enfisema y el aire ectópico en pulmón y mediastino en radiografía control. Mejoría de los picos febriles a partir de 4° día de ingreso que se espacian y se hacen menos intensos hasta permanecer afebril el 7° día de ingreso. Dada la evolución clínica se decide alta y seguimiento en consultas externas de NeumoPed

CONCLUSIONES

El enfisema subcutáneo espontáneo es una condición poco común en pediatría que se caracteriza por la presencia de aire en el tejido subcutáneo sin una causa aparente. Este aire puede provenir de una fuga desde los alvéolos pulmonares hacia el mediastino (neumomediastino) y luego disecar hacia el tejido subcutáneo. De ahí la importancia no solo de la auscultación cardiopulmonar sino de la inspección y palpación del aparato respiratorio y el cuello. Como dato importante también se destaca que cuando estemos ante la presencia de un enfisema SIEMPRE hay que pedir rayos x de tórax para descartar un neumomediastino asociado o en este caso un neumotórax.

P. #1177

CETOACIDOSIS DIABÉTICA GRAVE EN PEDIATRÍA: ASISTENCIA PREHOSPITALARIA EN UN DEBUT DIABÉTICO

Sandra Giménez Revert[1], Laura Acosta Urbano[2]

1. Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunitat Valenciana (SESCV), Valencia, España
2. Delta Condado Campiña - Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: P1_ Parada Cardio-Respiratoria. SH_Alteración Consciencia, Inconsciente.
Anamnesis: El 112 recibe una alerta por una persona con alteración de conciencia. Se trata de un niño de 9 años que presenta un deterioro brusco del estado general. El CICUCV solicita una unidad SAMU (Servicio de Ayuda Médica Urgente).
Antecedentes personales: Durante el camino hasta el lugar se revisan la historia clínica y los antecedentes del paciente. Sin patología de base ni tratamientos crónicos. Sin alergias medicamentosas conocidas.
Evaluación inicial en el domicilio: A la llegada del SAMU, se encuentra a un niño en decúbito lateral izquierdo sobre la cama de su habitación. Se realiza una evaluación ABCDE para una valoración estructurada:

- A: Vía aérea permeable
- B: Destaca una gran disnea con respiración Kussmaul. Taquipneico en reposo (FR 41 rpm). Capnografía nasal: ETCO2: 25 mmHg. Auscultación pulmonar: ventilación conservada en dos hemitórax. No se escuchan roncus, crepitantes ni hipoventilación. SatO2 basal 94%.
- C: Auscultación cardiaca rítmica, TA 60/52 mmHg, ECG (monitor) taquicardia sinusal (FC 144 lpm). Pulsos periféricos conservados. Relleno capilar aumentado. Piel fría y pálida.
- D: Glucemia capilar: 465 mg/dl. Hipotónico, poca reactividad a estímulos externos y mirada perdida. Nivel de consciencia: GCS: 9 (O3, V2 M4). Dolor no valorable. Pupilas isocóricas y normorreactivas.
- E: Se descubre completamente. Afebril (Tª 36,2 °C). El resto de la exploración resulta anodina.

Información referida por los padres: El paciente tuvo episodios previos de polidipsia, poliuria y pérdida de peso en la misma semana. Por la mañana tuvo un episodio de "mareo" seguido de un deterioro progresivo del nivel de conciencia hasta la llegada de la unidad SAMU, por la tarde. Paciente inestable, se prioriza estabilización y traslado urgente.
Manejo y evolución prehospitalaria: Monitorización continua, canalización de dos vías venosas periféricas. Se decide sedoanalgesia (Fentanilo 1-5µg/kg + Midazolam 0,1mg/kg + Rocuronio 0,8-1mg/kg) e intubación orotraqueal (IOT), VMI modo IPPV (TET nº6), SNG (12Fr). Inicio de tratamiento con fluidoterapia intensiva con suero salino isotónico al 0,9% a 10–20ml/kg en 1h. En cuanto a la insulinoterapia, dada la imposibilidad de realizar pruebas analíticas complementarias en el ámbito prehospitalario, se decide administrar bolus inicial de insulina de acción rápida intramuscular (0,1 UI/kg). Sondaje uretral (10Fr) para medir diuresis. Normotermia. Se contacta con CICUCV y se confirma traslado a un hospital de tercer nivel, con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).
Pruebas complementarias en el SUH:

- Analítica sanguínea: glucosa 385 mg/dl, cuerpos cetónicos 5 mmol/L, potasio 5.8 mmol/L, sodio 128 mmol/L.
- Gasometría venosa: pH 6.7, HCO3- 5 mmol/L, EB -23.5.
- Radiografía portátil de tórax: sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico: Por todo lo descrito se realiza ingreso en UCIP con diagnóstico inicial cetoacidosis diabética (CAD).

CONCLUSIONES

1. La CAD es una complicación de la diabetes mellitus (DM) que representa una urgencia vital.
2. Su tratamiento se basa en la recuperación del volumen intravascular, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, reversión de la cetosis e hiperglucemia, prevención de complicaciones asociadas del tratamiento e identificar y manejo los factores precipitantes.
3. Antes de administrar insulina, es imprescindible conocer el nivel de potasio plasmático. Solo se recomienda un bolo inicial de insulina intramuscular si hay un retraso en el inicio de la perfusión intravenosa, como sucede en este caso.
4. Todo paciente con CAD requiere analíticas seriadas y monitorización estrecha. En este contexto prehospitalario, la ausencia de un analizador de sangre dificultó la obtención de los parámetros básicos necesarios en un paciente grave.
5. Es clave reconocer las limitaciones materiales de cada entorno y adaptar las decisiones clínicas basándose en la mejor evidencia disponible.
6. Ante cuadro de CAD grave, se debe seguir un tratamiento protocolizado sin demorar el traslado, con perfusión de insulina y reposición hidroelectrolítica desde el ámbito prehospitalario.

P. #1209

ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA

Rocío Villar Sánchez
Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 57 años hipertenso, diabético tipo 2 , bebedor importante con dos epsiodios de pancreatitis aguda grave, portador VHB.
Tratamiento habitual: sitagliptina/metformina 50mg/1000 mg, enalapiril /hidroclorotiazida 20 mg/ 12.5 mg
ENFERMEDAD ACTUAL: Dolor epigástrico que irradia a brazo izquierdo de inicio súbito hace 6 horas junto con mareo inespecífico. Refiere ingesta escasa de comida y toma de 3 copas de alcohol. Estando en urgencias tras extracción analítica presenta síncope.
EXPLORACIÓN FÍSICA: regular estado general, TA 104/57 FC 78, palidez mucocutánea. Consciente y orientado en las 3 esferas. Auscultación cardíaca: Rítmico sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso a la palpación profunda de epigastrio sin signos de peritonismo. Extremidades inferiores: No edemas ni signos de TVP, pulsos pedios simétricos y presentes
GASOMETRÍA VENOSA: pH 7.1, láctico 10 mmol/L, pCO2 41.9 mmHg, Bicarbonato 25.7 mmol/L, exceso de bases 0.7 mmol/L,
BIOQUÍMICA: creatinina 1.3 mg/dL, glucosa 137 mg/dL, amilasa 63 U/L
Dímero D 1.8 mg/L
ANGIO TAC TORACO ABDOMINAL: Se descarta patología aórtica aguda y tromboembolismo pulmonar.
ECG: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización.
ECOCARDIOSCOPIA A PIE DE CAMA: Función biventricular preservada sin alteraciones de la contractilidad, sin valvulopatías groseras ni derrame pericárdico.
EVOLUCIÓN
Se inicia fluidoterapia intensiva con 3L de suero salino fisiológico con lo que mejora el pH y desciende el láctico hasta que ambos parámetros se normalizan, así mismo la creatinina también desciende a 0,95 mg/dL.
El paciente también evoluciona favorablemente desde el punto de vista clínico , por lo que puede ser dado de alta.

CONCLUSIONES

La acidosis láctica en pacientes con diabetes mellitus tratados con metformina es una complicación muy rara con una elevada tasa de mortalidad, pero iniciando el tratamiento de forma precoz con sueroterapia intensiva tiene mejor
pronóstico respecto a la inducida por sock séptico.
Bibliografía:
1. Solano M, González C, Álvarez M. Acidosis láctica en paciente diabético tratado con metformina. An Med Interna (Madrid) 2004;21(6):288-90.
2. Holanda MS, Suberviola B, González A. Acidosis láctica grave asociada a intoxicación por metformina. Nutr Hosp 2007;22(1):124-5
3. Devetzis V, Passadakis P, Panagoutsos S. Metformin-related lactic acidosis in patients with acute kidney injury. Int Urol Nephrol 2010. doi: 10. 1007/s11255-010-9845-1
4. Friesecke S, Abel P, Roser M. Outcome of severe lactic acidosis associated with metformin accumulation. Critical Care 2010;14:R226. doi: 10.1186/cc9376.

P. #1272

DE PIEL A RIÑÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina Vera Del Río, Juan Diego Aragón García, Celia Calzado Rodríguez, Carmen García Rosado, Andrea Gallardo Jiménez, Andrés Del Carmen Alcalá Camúñez

Hospital de La Serranía de Ronda, Ronda (málaga), España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 29 años con antecedentes personales de hipotiroidismo secundario a tiroiditis autoinmune en tratamiento con Eutirox 75mcg y de Hipertensión arterial esencial diagnosticado en 2017, tratado con Enalapril 10mg, actualmente sin tratamiento por buen control tensional.

Valorado en Urgencias por dolor abdominal en epigastrio, recurrente, que no cede con analgesia de primer y segundo escalón, y lesiones cutáneas en tronco y extremidades, tipo púrpura, de dos semanas de evolución. En el servicio de Urgencias, se realiza biopsia de una de las lesiones con diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. Se solicita proteinuria de 24 horas y autoinmunidad que resultan negativas. No otra clínica sugerente de patología sistémica, excepto un episodio de úlceras orales.

A la exploración, destaca dolor abdominal a la palpación profunda de epigastrio, sin signos de defensa ni peritonismo. Presenta lesiones cutáneas redondeadas, de unos 5mm de diámetro mayor, de base eritematosa, dispersas por la parte anterior del tronco y, en menor medida por espalda, pruriginosas, que desaparecen a la vitropresión. En miembros inferiores, numerosas lesiones de color violáceo, no descamativas, que no desaparecen a la vitropresión, compatibles con petequias. No presenta lesiones en palmas ni plantas. No presentó hematuria ni síntomas miccionales. No alteración en el tránsito intestinal. No toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Auscultación cardíaca y pulmonar normales. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Resto de exploración física sin hallazgos de interés.

Se solicitó una bioquímica de orina con hallazgo de proteinuria en rango nefrótico (microalbuminuria en orina 24h: 1075.3 mg/24h (normal <30mg/g); Cociente Albúmina /Creatinina (CAC): 609.76 mg/g (normal <30mg/g); Proteínas orina /24h: 1613.45 mg/24 h (normal <150mg/g).

Se realizó un TAC abdominal con hallazgo de duodenitis inespecífica de etiología a filiar, siendo menos probable, por la ausencia de otros hallazgos asociados, de isquemia intestinal. Se solicitó a Digestivo una Endoscopia Digestiva Alta (EDA) con toma de biopsias que mostró una gastritis crónica leve sin otros hallazgos de interés.

Se realizó una biopsia de una de las lesiones del miembro inferior izquierdo, con diagnóstico de Vasculitis Leucocitoclástica. Autoinmunidad con anticuerpos anti-nucleares (ANA), anti-péptido cíclico citrulinado, anti MPO (ANCA) y anti PR3 (ANCA), dentro de la normalidad.

Finalmente, se deriva a Nefrología que realiza biopsia renal previo consentimiento informado del paciente, donde se obtiene diagnóstico de Nefropatía IgA con expansión mesangial.

CONCLUSIONES

La Nefropatía IgA supone una enfermedad frecuente e infradiagnosticada debido a su sintomatología inespecífica. El paciente de nuestro caso tuvo un episodio de hipertensión arterial mantenida durante unos meses, cuando tenía 22 años, que se relacionó con un posible origen emocional de la misma. Pasados unos años, el paciente dejó el tratamiento por buen control tensional a pesar de la toma errática del mismo. Probablemente, ese episodio supuso una manifestación de la nefropatía que en ese momento era incipiente. Con los años, y probablemente en relación a la activación autoinmune por algún virus clínicamente asintomático (posiblemente el Covid-19), se produjeron las manifestaciones más larvadas a nivel clínico: las petequias en miembros inferiores y la duodenitis inespecífica. En este caso, la solicitud de la bioquímica de orina donde se manifestó la proteinuria en rango nefrótico, y la biopsia cutánea que detectó la vasculitis leucocitoclástica, fueron claves para llegar al diagnóstico final a través de la biopsia renal que demostró la enfermedad latente.

P. #1282

DIAGNOSTICANDO UN CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTE CARDIÓPATA

Inmaculada Sandoval Guirao
Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 74 años fumador, hipertenso y diabético, en tratamiento con atorvastatina 80 mg, sitagliptina/metformina 50/1000 mg cada 12 horas, omeprazol 20 mg, forxiga 10 mg, barnix 20 mg, adiro 100 mg, olmesartan/hidroclorotiazida 40/12.5 mg
Acude a urgencias por dolor centro-torácico irradiado a brazo izquierdo de una semana que se intensifica en las últimas horas, asociado a disnea en reposo, vómitos diarios y dolor epigástrico.
Un mes atrás, acudió por mismo motivo, descartando patología cardiopulmonar aguda en el estudio realizado, pero presentaba un bloqueo de rama izquierda no conocido hasta la fecha.
A la exploración, se auscultan sibilantes y roncus generalizados, además presenta dolor a la palpación del epigastrio. Resto de exploración normal.
Constantes: Tensión arterial 155/58, Frecuencia cardiaca 81 latidos por minuto, afebril, Saturación oxígeno 96% basal.
Se realiza electrocardiograma presentando ritmo sinusal a 78 latidos por minuto y bloqueo de rama izquierdo conocido hace un mes; analítica de sangre con hemoglobina de 9.1, serie blanca normal, potasio de 6.1, PCR negativa, Pro-BNP 3338, Dímeros-D 1481 resto normal; Radiografía de tórax con aumento de densidad difuso central bilateral que sugiere descompensación cardiopulmonar.
Ante los hallazgos, se solicita Angio-Tc de arterias pulmonares descartando tromboembolismo pulmonar agudo, pero se identifican nódulos pulmonares en Lóbulo superior izquierdo con adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales que sugieren neoplasia pulmonar T3-T4, N3, MX. Por lo que se decide ingreso en neumología.
Durante su estancia en urgencias a espera de cama, presenta empeoramiento de disnea y dolor torácico y epigástrico con desaturación al 80% a pesar de mascarilla reservorio, hipertenso a 195/115 y taquipneico a 136 latidos por minuto. Se administra actocortina, furosemida y cafinitrina, remontando saturación al 90% aún con trabajo respiratorio, por lo que se solicita Tc abdomino-pélvico donde presenta aortitis extensa desde la aorta descendente y origen de los Troncos Supraaórticos cranealmente hasta las arterias iliacas distalmente, condicionando estenosis crítica de aorta iliaca común derecha y oclusión completa de la aorta iliaca común izquierda, iliaca externa izquierda y ambas iliacas internas.
Se desestimó tratamiento quirúrgico por parte de cirugía vascular y se decide finalmente ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI)
Durante su estancia en UCI, se realiza Tc toraco-abdominal de control, presentando disminución del calibre de arterias viscerales con aparición de infartos esplénicos y renales bilaterales y edema pulmonar con aumento del derrame pleural bilateral.
A las 24 horas de ingreso en UCI, presenta taquicardia con QRS estrecho con rachas de disociación, dolor torácico y abdominal intenso que no mejora con analgesia, condicionando bajo gasto con déficit neurológico (espasticidad en hemicuerpo derecho), se realiza ecoscopia a pie de cama con abundantes líneas B e insuficiencia mitral severa no conocida, probablemente secundaria a isquemia miocárdica aguda.
Se administra solinitrina, amiodarona y furosemida, presentando de forma brusca disminución de conciencia, precisando intubación, suspendiendo fármacos hipotensores y administrando noradrenalina en perfusión.
Se mantiene tratamiento con bolos de corticoides, tocilixumab, antibioterapia con ceftriaxona y azitromicina.
Mejoría clínica a los 2 días, por lo que, se desentuba y se solicita Tc craneal para valorar lesiones encefálicas objetivando ictus isquémico occipital derecho.
A los 2 días, vuelve a presentar episodio de hipotensión progresiva, oliguria, con caía progresiva de la saturación y datos de hipoperfusión periférica, siendo finalmente éxitus.

CONCLUSIONES

Importancia de reevaluar al paciente en urgencias, ya que un paciente estable hemodinámicamente puede evolucionar a inestable en pocas horas.
Aunque se diagnostique una patología importante no conocida, como fue la neoplasia pulmonar, no se debe perder de vista otras causas de dolor torácico y epigástrico, como puede ser un fallo cardiaco.
Se debe estudiar todo cambio en el electrocardiograma asociado a dolor torácico y disnea.

P. #1283

EL PRÍNCIPE Y EL GUISANTE

Elena López De Las Heras[1], Sara María Parrondo Rebollo[1], Estefanía Córdoba Canella[1], Andrea Beatriz Bravo Periago[1], Paula Queizan García[2], Leire Paramas López[3]

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
2. Hospital General de Segovia, Segovia, España
3. Hospital Sur de Tenerife, Tenerife, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 82 años parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y apnea obstructiva severa; con múltiples ingresos hospitalarios previos por infecciones respiratorias. Acude al servicio de urgencias por un cuadro de tos, disnea y fiebre de hasta 39 °C de tres días de evolución, sin otros síntomas acompañantes.

A su llegada a urgencias, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con una saturación de oxígeno del 92% con gafas nasales a 2 L/min. En la exploración física, destaca un murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar izquierda con sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares.

Se realiza un análisis sanguíneo que evidencia leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (procalcitonina y proteína C reactiva). Ante la sospecha de infección respiratoria, se solicita una radiografía de tórax, donde se observa un infiltrado en la base pulmonar izquierda, hallazgo compatible con neumonía adquirida en la comunidad. También se extraen hemocultivos con pico febril y antigenuria de neumococo y legionella.

Dado el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos, se inicia tratamiento empírico con Levofloxacino y Ceftriaxona junto con tratamiento broncodilatador. Durante su ingreso hospitalario, el paciente muestra una evolución favorable con mejoría progresiva de los síntomas respiratorios y descenso de los parámetros inflamatorios. Con resultado negativo tanto de los hemocultivos como de la antigenuria.

Sin embargo, en los controles radiológicos de seguimiento, aunque se observa la resolución del infiltrado en la base izquierda, se identifica un aumento de densidad en el pulmón superior izquierdo, compatible con atelectasia. Ante estos nuevos hallazgos, se decide realizar una tomografía computarizada (TAC) de tórax, en el que se observa contenido correspondiente a secreciones en bronquios segmentarios y subsegmentarios de la pirámide basal izquierda con atelectasia subsegmentaria asociada. Además hay áreas parcheadas de vidrio deslustrado en lóbulo superior izquierdo y língula y micronódulo peribroncovasculares en lóbulo superior derecho y más numerosos en lóbulo medio, con algunas atelectasias en lóbulo medio y lóbulo inferior derecho. Los hallazgos son compatibles con patología infecciosa de la vía aérea por lo que se decide realizar broncoscopia en la que se evidencia una obstrucción completa de la entrada a la pirámide basal izquierda por un cuerpo extraño. Se realiza su extracción con pinza de agarre, observándose un fragmento vegetal que, tras su análisis, se identifica como una leguminosa.

En un paciente con este cuadro clínico y hallazgos radiológicos, el diagnóstico diferencial incluye patologías como el cáncer de pulmón, que puede cursar con atelectasias secundarias a lesiones endobronquiales o el neumotórax

CONCLUSIONES

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de ingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. La microaspiración de secreciones orofaríngeas es una vía frecuente de adquisición en sujetos sanos, mientras que la aspiración masiva de contenido gástrico ocurre en pacientes con factores predisponentes, como alteraciones en la deglución o un nivel de consciencia reducido. Este caso destaca la importancia de una evaluación integral del paciente, ya que la adecuada selección de la textura de los alimentos podría reducir el riesgo de broncoaspiraciones y las complicaciones que ello conlleva.

P. #1294

DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN EN URGENCIAS: ANAMNESIS COMO HERRAMIENTA CLAVE

Sergio Ortega Pérez[1], Luis Miguel Garrido Aguayo[2], Noelia Martínez Gazquez[2]

1. Centro de Salud de Torredelcampo, Jaén, España
2. Centro de Salud de Mengíbar, Jaén, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón de 58 años que acude a urgencias hospitalarias por edemas en miembros inferiores (MMII) de 3 meses de evolución. Ha sido valorado previamente por cardiología, descartando insuficiencia cardiaca mediante analítica y ecocardiografía; por reumatología, sin hallazgos reumatológicos significativos a pesar del dolor en tobillos y rodillas, descartando causa reumatológica; y en varias ocasiones por su médico de familia y urgencias de su centro de salud. Estaba en tratamiento con furosemida 1 comprimido al día desde hace una semana y media, con leve mejoría pero sin resolución del cuadro.
No refería fiebre, disnea ni otros síntomas. Negaba poliuria o polidipsia.
Ante la carga asistencial de urgencias, lo habitual habría sido aumentar la dosis de furosemida y dar el alta, pero la persistencia de los edemas y el descarte de causas cardíacas y reumatológicas motivó una anamnesis más detallada. Se identificó un antecedente de tabaquismo activo de 1.5 paquetes diários desde los 15 años, lo que amplió el diagnóstico diferencial hacia causas neoplásicas, incluyendo, entre otros, un síndrome de obstrucción linfática o un síndrome de la vena cava superior. Se solicitó radiografía de tórax, evidenciando una lesión de 4.5 x 4.5 x 5 cm en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Se contactó con neumología y se inició estudio complementario, que confirmó carcinoma escamoso de pulmón T2 N2 (paraaórtica) M0, estadio IIIA, el último estadio con posibilidad de cirugía.
Recibió 4 ciclos de neoadyuvancia con paclitaxel y carboplatino, logrando una respuesta casi completa con reducción tumoral de 52x45 mm a 40x20 mm, quedando pendiente de cirugía.

CONCLUSIONES

1. La anamnesis exhaustiva es una herramienta clave en urgencias para evitar errores diagnósticos y mejorar la detección precoz de patologías graves.
2. La persistencia de edemas sin causa evidente debe motivar la búsqueda de etiologías alternativas, incluyendo neoplasias ocultas.
3. La detección temprana del cáncer de pulmón en estadio IIIA permite una posible intervención quirúrgica, impactando significativamente en el pronóstico del paciente.

P. #1378

LA INFLUENCIA DEL SESGO IMPLÍCITO EN URGENCIAS

Lorea Gómez Berasategui[1], Carlos Pardo Rodríguez[1], Irati Oregi Belaustegi[2], Alba Ramos García[3], Sheila Condor Pineda[1], Ana Rengifo Martínez[1]

1. Hospital Bidasoa, Hondarribia, España
2. Hospital Mendaro, Mendaro, España
3. Centro de Salud Irun Centro, Irun, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 31 años natural de Colombia. Acude al servicio de Urgencias en calidad de detenida por la policía. Estando dormida en el calabozo, se despierta sobre las 16h con cefalea holocraneal y refiriendo que no siente el brazo y la pierna izquierdas. Durante la anamnesis, la paciente se muestra dubitativa, poco colaboradora. Niega traumatismos. Confirma consumo de alcohol la noche previa; niega otros tóxicos. Hablado con la policía, la mujer es detenida de madrugada y llevada al calabozo. Se va a dormir sobre las 8h y se la encuentran sobre las 16h con dicha sintomatología. A la exploración, la paciente presenta bradipsíquia, hemiparesia de hemicuerpo izquierdo con fuerza 1/5 en brazo y 2/5 en pierna izquierdas. Desviación de comisura bucal izquierda con normalidad de surcos frontales. El reflejo cutáneo-plantar izquierdo es indiferente, derecho flexor. Se avisa a Neurólogo de guardia quien acude y la explora intentado descartar una posible simulación del cuadro. Se realizan pruebas de distracción y de simulación. Ante la duda, se solicita escáner craneal que muestra hematoma intraparenquimatoso a nivel de ganglios de la base derechos de 20x25x44mm, que condiciona efecto masa y edema cerebral. Se completa estudio con escáner de troncos supra-aórticos que muestra: importante disminución del calibre de ambas arterias carótidas internas con mala visualización de las mismas en región supraclinoidea. Mala visualización de ambas arterias cerebrales medias y anteriores, visualizándose en su lugar una red de capilares tortuosos. Datos sugestivos de enfermedad de Moya-Moya. Se comenta caso junto con Neurólogos e Intensivistas de guardia, y finalmente se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos para control y seguimiento evolutivo.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Moya Moya es una patología cerebrovascular crónica y progresiva que se caracteriza por la oclusión o estenosis bilateral de las arterias del polígono de Willis y formación de circulación colateral prominente, llamados vasos Moya Moya ("humo de volcanes" en japonés). Su etiología aún no ha sido aclarada pero cada vez existe mayor evidencia de participación de factores genéticos, aunque las opiniones están divididas entre causa congénita o adquirida. Se han descrito desde pacientes asintomáticos hasta déficits neurológicos graves, siendo descritas cuatro formas clínicas principales: infartos cerebrales, crisis isquémicas transitorias, hemorragias cerebrales y convulsiones. La arteriografía cerebral es el patrón de oro para el diagnóstico de la enfermedad.
El término simulación, puede referirse a actitudes de encubrimiento, fingimiento o exageración de síntomas existentes

o engaño, mientras que en otras ocasiones puede ser la invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico o de una posible incapacidad de la que se deriva alguna ventaja personal. Uno de los contextos donde se establece la sospecha clínica de simulación es el contexto médico-legal, donde aparece la posibilidad de obtener compensaciones económicas, e incluso en casos extremos, escapar de problemas con la ley. La detección de simulación plantea importantes consideraciones éticas y legales. Acusar incorrectamente a un paciente de simular puede llevar a consecuencias legales. Es importante evitar los prejuicios, ser consciente del sesgo implícito y todas las evaluaciones deben basarse en evidencia clínica sólida y no en suposiciones subjetivas. El término 'sesgo implícito' se refiere a actitudes o estereotipos que afectan nuestra comprensión, acción y decisión de manera inconsciente. Este sesgo provoca daños directamente al paciente. Los investigadores respaldan una relación entre la atención al paciente y el sesgo de los médicos de manera que podrían perpetuar las disparidades en la atención médica. La voluntad de un individuo de examinar sus propios posibles prejuicios es un paso importante para comprender las raíces de los estereotipos y prejuicios en nuestra sociedad.

P. #1407

NO TODO ES GASTROENTERITIS

María Pérez Alonso-Castrillo, Raquel García Hernández
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Niño 6 años sin enfermedades médico-quirúrgicas relevantes que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de dos días de evolución. Dolor difuso y cólico irradiado a fosa iliaca derecha. Náuseas , vómitos y pico febril de 38 °C.
A la exploración regular estado general, somnoliento y con postura antiálgica. Constantes: TA: 108/74 mmHg, FC 120 lpm, SatO2 99% Tª: 37 °C. Peso: 27.0Kg
Abdomen con ruidos disminuidos, timpánico con dolor a la palpación generalizada y datos de irritación peritoneal. Blumberg+. Rovsing+. Realiza vómito fecaloideo en urgencias.
Pruebas complementarias:
-Radiografía de abdomen con distensión de asas a nivel proximal y escaso gas distal
-Analítica con leucocitosis (21.73 x10E3/microL) y neutrofilia (19.00 10E3/microL). Segmentados. 68% (14.77x10e3/microL). Proteína c reactiva 120 mg/L. Na 130.
-Ecografía abdominal urgente: Dilatación generalizada de asas de delgado con engrosamiento de sus paredes. Alteración inflamatoria generalizada de la grasa intraabdominal y líquido libre de aspecto complejo. Apéndice cecal no visualizado.
Se aportan imágenes.
Clínica y pruebas complementarias compatibles con obstrucción intestinal con signos de sufrimiento. Se expande con SSF 250 ml y se inicia antibioterapia iv con ampicilina, gentamicina y metronidazol.
Fue trasladado a hospital de referencia para intervención quirúrgica urgente, donde objetivaron Divertículo de Meckel volvulado con necrosis intestinal de 15-20 cm que requirió resección con ileostomía.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia pediátrica y es imprescindible una correcta anamnesis y exploración física de cara a diagnosticar las patologías que requieren tratamiento quirúrgico urgente siendo la más frecuente la apendicitis aguda. En niños la obstrucción intestinal suele deberse a adherencias intraabdominales, hernias o invaginación ileocólica.
El vólvulo de divertículo de Meckel es una complicación muy rara pero grave que requiere una rápida actuación para prevenir complicaciones fatales como la isquemia intestinal o perforación.
El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tracto digestivo. Es un vestigio del conducto ónfalo mesentérico situado a 40-100cm de la válvula ileocecal, ocurre en el 2% de la población a los 2 años y sólo produce sintomatología en el 2-4% de ellos, habitualmente en la infancia. La complicación más frecuente es la hemorragia intestinal en forma de sangrado rectal, generalmente en menores de 5 años y debido al tejido gástrico ectópico que secreta ácido clorhídrico

y puede generar ulceras en la mucosa.
Menos frecuente y en niños más mayores o adultos puede ocasionar cuadros de obstrucción intestinal por invaginación o volvulación que puede tener consecuencias fatales.
El tratamiento consiste en la intervención quirúrgica urgente y resección del divertículo afectado con o sin resección de asa intestinal.

P. #1410

GOLPE DE CALOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruth Libertad Gómez Bravo[1], José María Arevalo La Calle[1], Diana Martín Reyes[1], Raúl López Piñas[2]

1. SAMUR Protección CIVIL, Madrid, España
2. SUMMA 112, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Aviso 112: Junio, 15 de la tarde. Solicitan soporte vital avanzado para una niña de 1 año que se ha quedado atrapada dentro de un vehículo, el cual se encuentra aparcado. A nuestra llegada la madre nos informa que la niña lleva encerrada unos 15 minutos, pues se ha dejado las llaves dentro del coche. En una primera inspección visual observamos que la niña se encuentra somnolienta, que respira con dificultad, con aspecto pletórico, impresiona de gravedad. 112 nos informa que los bomberos tardaran unos 15 minutos en llegar. Se decide la rotura controlada de un cristal para poder acceder a la víctima.
EXPLORACIÓN FÍSICA:
A la llegada y siguiendo el acrónimo de actuación ABCDE durante la
valoración inicial:
A: Vía aérea permeable
B: Ventilación simétrica, taquipneica, FR: 50 rpm. SatO2: 92%. ACP:normal.
C: Diaforética, piel caliente, pulso radial presente rápido y débil, taquicárdica (142 lpm), TA 70/40 mmHg
D: Consciente, somnolienta, pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 10 glucemia: 110,
E: Tª 39,8° C, no lesiones externas visibles aparentes.
TRATAMIENTO
Llevamos a la paciente a la ambulancia para alejarla de la fuente de exposición de calor y se inician medidas de enfriamiento externo con la retirada de ropa y proporcionándola un ambiente fresco controlado y ventilado mediante el encendido del aire acondicionado de la ambulancia. Se realizan medidas de soporte:
1- Se administra oxigenoterapia con dispositivo bajo flujo (Gafas nasales a 2 l/min) con buena respuesta y aumento de la saturación de O2 a 98%.
2- Se canaliza 1 vía venosas periféricas n 22 y se realiza carga de volumen con suero fisiológico 0,9% a 10cc/kg, con buena respuesta clínica: FC 118 y TA: 90/60
Progresivamente la pequeña empieza a manifestar una mejor respuesta neurológica, estando más despierta, iniciando movimientos, dirige la mirada e inicia llanto que es consolable con la madre lo que nos permite la rehidratación oral con lactancia materna, Se realiza nueva reevaluación permaneciendo estable. Se traslada a urgencias hospitalaria para valoración y seguimiento por pediatría. Durante su estancia mantiene una estabilidad hemodinámica sin alteraciones hidroelectrolíticas con lo que es dada de alta tras unas horas de observación.

CONCLUSIONES

El golpe de calor fue descrita por primera vez por Hipócrates, en el año 400 a. C., Se define como un trastorno multisistémico grave producido por la elevación brusca y extrema de la temperatura corporal con fracaso agudo de los mecanismos de termorregulación. El golpe de calor puede ser una entidad fatal en los niños, por su inmadurez y sensibilidad a los cambios de temperatura, produciendo muerte celular a partir de los 42°
Los objetivos del tratamiento van destinados a:
1- Control del entorno: Cuando un coche queda aparcado al sol, en las horas centrales del día, en dos horas puede alcanzar casi los 60 °, cuando en el exterior la temperatura es de 32 °, con lo que es es preciso realizar de manera rápida y eficaz una valoración del entorno para sacar al paciente del vehículo en el menor tiempo posible.
2- Conseguir un descenso de la temperatura corporal, iniciar reposición hidroelectrolítica y mantener una adecuada perfusión tisular ya que, la mayoría de los casos precisan reposo, la exposición a un ambiente fresco y bien ventilado e ingesta de líquidos.
Es esencial la educación a los padres sobre el golpe de calor, tomar precauciones cuando llevan a los niños en los vehículos y explicar las consecuencias fisiopatológicas y clínicas en espacios cortos de tiempo, con un importante riesgo de complicaciones y secuelas para nuestros pequeños.
.

P. #1526

ENCEFALITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 Y VIRUS INFLUENZA A EN PACIENTE PEDIÁTRICA

Irene Moreno García, Jonatan Estrada Carmona
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica:
Paciente mujer de 4 años que acude a urgencias por fiebre de 38ºC, vómitos y decaimiento persistente desde hace 24-48 horas, asociado a mialgias en extremidades, progresiva inapetencia, escasa ingesta y disminución de la diuresis. No presenta diarrea, dolor abdominal, tos, rinorrea ni clínica miccional.
En urgencias se observa regular estado general con signos de deshidratación clínica y fluctuación del nivel de consciencia. Se identifica acidosis metabólica con hiponatremia, iniciándose expansión de volumen con mejoría parcial. Durante la estancia, presenta episodio de rigidez de miembros superiores y aducción ocular derecha, sin signos de hipertensión intracraneal en TAC craneal. Se decide ingreso en UCIP por fluctuación del estado de consciencia.
Exploración al ingreso: TA 90/60 mmHg, Temperatura 37.2ºC, FC 121 lpm, SatO2 99%. Glasgow 10-13/15, tendencia a la somnolencia, signos meníngeos negativos, ROT exaltados en MMII. Pares craneales y marcha no valorables.
Pruebas complementarias:
- Gasometría: pH 7.27, PCO2 35 mmHg, Na+ 129 mmol/L, K+ 4.7 mmol/L, Glu 57 mg/dL, lactato 1.5 mmol/L, HCO3- 16.1 mmol/L.
- Analítica: Hb 13.2 g/dL, leucocitos 5.4x10^3/µL (neutófilos 4.16x10^3/µL), plaquetas 216x10^3/µL, PCR <4 mg/L, procalcitonina 0.07 ng/mL.
- Microbiología: Influenza A y VRS positivos. Parvovirus B19 IgM e IgG positivos, PCR positiva.
- LCR: Glucosa 73 mg/dL, proteínas 117 mg/dL, 83 células/µL, cultivo negativo, PCR positiva para Parvovirus B19.
- Neuroimagen: TAC y RMN cerebral sin alteraciones significativas.
- EEG: Actividad de fondo normal, sin actividad epileptiforme.

Evolución y tratamiento:
Se inicia tratamiento empírico con cefotaxima, vancomicina, aciclovir y oseltamivir. Tras resultados del LCR, se suspende aciclovir. Evolución con fluctuación del nivel de consciencia, somnolencia, irritabilidad y afasia progresiva. Se administran dos dosis de inmunoglobulinas a 1gr/kg, con mejoría parcial. Ante la lenta evolución, se inicia metilprednisolona 30mg/kg tras la cual se inicia pauta de prednisona 1mg/g durante 4 semanas, observándose mejoría clínica progresiva.

CONCLUSIONES

La encefalitis asociada a parvovirus B19 es una manifestación neurológica rara, aunque cada vez hay más casos descritos en nuestra en la literatura. Se cree que la afectación del sistema nervioso central puede deberse tanto a mecanismos directos del virus como a respuestas inmunomediadas, lo cual explicaría la eficacia de tratamientos inmunomoduladores en ciertos pacientes. En este caso, la coinfección con influenza A podría haber contribuido a la gravedad del cuadro clínico, subrayando la importancia de considerar infecciones virales múltiples en el diagnóstico diferencial de encefalitis pediátrica. El uso de inmunoglobulinas y corticosteroides demostró ser beneficioso en la recuperación neurológica, lo que sugiere su papel potencial en el manejo de casos refractarios. Este caso resalta la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico integral en encefalitis de origen viral.

P. #1596

DOCTOR, MI NIÑA ESTÁ OBNUBILADA

Rocío Lorenzo Álvarez, Paula Hermoso Oballe, Lucía Zambrano Serrano, Antonio Narvaez Rodríguez

Hospital De La Axarquia, Velez Málaga, España

HISTORIA CLÍNICA

Niña de 11 años si antecedentes de interés. Consulta en el servicio de urgencias por alteración del nivel de conciencia. Según refieren los padres fiebre de hasta 40°C de 24 horas (h) de evolución, bradipsiquia y bradilalia asociadas desde hace 6-7 h, y en ocasiones lenguaje incoherente intermitentemente, cefalea intensa frontal izquierda y hematoma en forma de L con ángulo de 90° y una longitud de unos 4-5 centímetros en cada segmento. Rinorrea de varios días. Vómitos en las últimas 24h. Niegan traumatismos, así como posibilidad de tóxicos. A su llegada hipotensa y taquicárdica, se solicita analítica de sangre, hemocultivos, escáner de cráneo (tc) y punción lumbar de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Analítica: leucocitosis con neutrofilia, proteína c reactiva 265, procalcitonina 19.58. Tc: ocupación de múltiples senos en relación con sinusitis aguda, realce meníngeo a nivel frontal con imagen de colección con burbujas de gas de localización extraaxial subdural a nivel bifrontal (epiema). LCR: turbio, leucos 5517 (polimorfonucleares 97%). Se inicia tratamiento con cefotaxima, vancomicina y metronidazol. Se contacta con urgencias de hospital de referencia para traslado.

A la llegada de hospital de referencia es valorada por neurocirugía y otorrinolaringología y se decide intervención quirúrgica urgente conjunta para limpieza de senos y evacuación empiema. No se reposiciona colgajo óseo de craniotomía por cerebritis con edema cerebral. Posteriormente ingresa en unidad de cuidados intensivos. Cultivos positivos a Streptococo pyogenes. Al bajar a planta neurológicamente, bradipsíquica, lenguaje escaso, hemiparesia derecha de predominio braquial, presenta una crisis comicial única y se inicia lacosamida y levetiracetam. Precisa tratamiento rehabilitador. Al alta sin focalidad neurológica, se decide craneoplastia diferida por infección del flap óseo.

CONCLUSIONES

La mayor incidencia de los abcesos cerebrales es entre 4 y 7 años; ya que la mayoría tiene asociada una infección de senos paranasales que son más frecuentes en niños mayores. Los factores predisponentes son cardiopatías congénitas y procesos infecciosos otorrinolaringológicos.

Es difícil realizar un diagnóstico etiológico microbiológico en general, debido al inicio de tratamiento antibiótico precoz anterior a la recogida de muestra del absceso.

La sintomatología característica es fiebre, cefalea y vómitos, aparece en el 60-70 % de casos. La tríada de convulsiones, alteración del nivel de conciencia y signos focales ocurre en el 25-50 % y la tríada de fiebre, cefalea y déficit focales en menos del 30 %, con signos meníngeos en menos del 25%.

Para el diagnóstico es fundamental, además de la clínica, la prueba de imagen, la de elección es el tc craneal, aunque a

veces puede emplearse la resonancia magnética. Si se excluye la existencia de un absceso cerebral debe realizarse el diagnóstico diferencial con una meningitis, precisando una punción lumbar.
En el tratamiento se utiliza la pauta clásica de tres antibióticos (cefalosporina de tercera generación, metronidazol y vancomicina) durante 4-6 semanas por vía parenteral pero se puede reducir la duración a 3-4 semanas si no es necesaria cirugía.
Cuando el proceso no tiene buena evolución, los abscesos son mayores de 2,5 cm o presentan síntomas de hipertensión intracraneal se debe asociar tratamiento quirúrgico. Hay varios métodos (drenaje-aspiración, el más frecuente, escisión, marsupialización y drenaje estereotáxico).
En conclusión, es muy importante tener sospecha clínica de un posible absceso cerebral para así poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz a la hora de mejorar la supervivencia y disminuir secuelas. En el diagnóstico sigue siendo muy importante la TC con contraste, aunque algunos autores propugnan utilizar la RM como prueba de primera elección. Para el tratamiento lo fundamental es realizar una amplia cobertura antibiótica y en algunos casos es necesario tratamiento quirúrgico asociado.

P. #1612

UNA DESAFORTUNADA PUNCIÓN LUMBAR: IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN EXHAUSTIVAS

Lourdes López Pérez, Celia Carmona Méndez, Marta Vacas Gordillo, Ana Asensio Martín, Lara Piñero Serrano, Josefina Hinojal Jiménez

H.U. San Cecilio, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalario acompañado por su madre debido a malestar general desde las 14:00 horas. Llega al hospital a las 21:00 horas en estado de postración.
Ingresa por el Box de Críticos dada la gran afectación general que presentaba el paciente. La madre relata que su hijo, previamente asintomático, comenzó con malestar general profuso y cefalea, mostrándose adormilado desde entonces. No presentó fiebre termometrada en domicilio, pérdida de conciencia, fotofobia ni aura visual. Se realizó exploración neurológica, que orientó el caso hacia una posible meningoencefalitis por cervicalgia que se identificó como rigidez de nuca.
El paciente fue trasladado a la Sala de Observación para la realización de una punción lumbar con el fin de descartar meningoencefalitis, iniciándose terapia empírica antibiótica con aciclovir, ceftriaxona y linezolid.
A la evaluación matutina posterior a la punción lumbar, el paciente se encontraba consciente y orientado en las tres esferas, con estado general regular, normocoloreado, normoperfundido y normohidratado. Se mantenía eupneico en reposo, aunque persistía postrado en cama.
Resultados de pruebas complementarias
Analítica de sangre: bioquímica dentro de rangos normales. PCR 20. PCT negativa. Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda.
TAC craneal: sin hallazgos patológicos ni complicaciones tras la punción lumbar.
Punción lumbar: recuento linfocitario y celularidad normales.
Ante estos resultados, se realizó una nueva anamnesis detallada, indagando en síntomas previos. El paciente refería odinofagia de dos días de evolución, aunque su madre minimizaba su importancia, mencionando que "siempre está liado con la garganta".
Durante la observación, el paciente permaneció hemodinámicamente estable y afebril. La exploración neurológica se mantenía normal, aunque persistía dolor a la movilización del cuello, sin rigidez muscular evidente. En la exploración ORL se evidenció faringoamigdalitis pultácea con adenopatías laterocervicales reactivas. El resto del examen físico no mostró hallazgos relevantes.
Se realizó una ecografía a pie de cama para descartar complicaciones como abscesos periamigdalinos, observándose únicamente adenopatías reactivas sin signos de malignidad.
Dado el estado general del paciente, se solicitó interconsulta con el Servicio de Enfermedades Infecciosas. Tras la evaluación, se recomendó la realización de un TAC cervicotorácico, que descartó complicaciones adicionales. Finalmente, el paciente

ingresó bajo el cuidado del Servicio de Enfermedades Infecciosas y fue dado de alta tras cuatro días de hospitalización con el diagnóstico de faringoamigdalitis.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de una anamnesis y exploración clínica exhaustivas antes de realizar pruebas invasivas, especialmente en cuadros poco definidos. En este contexto, descartar patologías más comunes, como la faringoamigdalitis, es fundamental antes de proceder con estudios como la punción lumbar.
Además, subraya la relevancia de la comunicación efectiva con pacientes y familiares, reconociendo errores cuando ocurren y ofreciendo explicaciones claras sobre las decisiones médicas. La transparencia en la práctica clínica fortalece la confianza en el equipo sanitario y mejora la seguridad del paciente.

P. #1618

DOCTORA, ME PONGO ROJA POR LAS TARDES

Eva Pérez Valle, María Bóveda García, Sara Aida Vinat Prado, Marina Sobreviela Albacete, Isabel Andrés De Miguel, Yolanda López Albarrán

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 79 años, hipertensa, acudió a Urgencias remitida por su Médico de Atención Primaria por mal control de cifras tensionales en domicilio. La paciente refirió llevar 3 semanas con un cuadro diario a partir de las 19:00h de cefalea, calor con rubor facial, nerviosismo, temblores generalizados sin termometrar fiebre y sensación de palpitaciones, habiéndose objetivado cifras de tensión arterial > 180/100 mmHg. A pesar de ajuste posológico por su Médico de Atención Primaria (en el momento de la valoración en Urgencias tomaba Losartán 50mg, Hidroclorotiazida 12,5 mg y Amlodipino 5 mg) e intento de manejo domiciliario, la paciente estaba muy sintomática por lo que fue remitida a Urgencias para valoración. La paciente no refirió fiebre ni clínica infecciosa, así como tampoco dolor torácico, disnea ni clínica de insuficiencia cardíaca. Tampoco refirió mareo ni síncope. La cefalea era de características tensionales, holocraneal, sin alteraciones visuales u otra clínica de focalidad neurológica aguda, así como tampoco otra clínica asociada en la anamnesis dirigida por aparatos.
A su llegada a Urgencias la paciente tenía TA 146/66 mmHg, siendo la auscultación cardiopulmonar normal, el abdomen no doloroso y sin signos de irritación peritoneal y la exploración neurológica sin datos de focalidad aguda. Mientras se estaba completando la anamnesis y exploración física, coincidente con las 19:00h aproximadamente, se objetivó episodio de sudoración y enrojecimiento facial, acompañado de pico de TA 197/107mmHg, que mejoró a 174/98 mmHg tras 25 mg de captopril y 1 mg de Lorazepam oral. Se solicitó analítica, Radiografía de tórax, ECG y sistemático de orina, siendo todo ello normal. Dada la dificultad de manejo domiciliario, la sintomatología, así como la afectación a su calidad de vida, se decidió ingresar para estudio, solicitando desde urgencias metanefrinas en orina y CT body como parte de ampliación del estudio.
Durante el ingreso, se realizó el CT body, donde se objetivó un ganglio intrapulmonar izquierdo, pero no se apreciaron lesiones tumorales a nivel suprarrenal u otros niveles. En el momento de la redacción del caso, está pendiente de los resultados de metanefrinas en orina, con sospecha de feocromocitoma como posible causa de hipertensión arterial secundaria. La paciente fue dada de alta asintomática y con adecuado control de cifras tensionales, habiendo añadido al tratamiento doxazosina 2 mg por la noche. También está pendiente de una cita en consultas de Nefrología.
El feocromocitoma es un tumor secretor de catecolaminas poco frecuente que aparece en menos del 0,2% de la población hipertensa. Suele cursar con una tríada sintomática clásica consistente en cefalea, sudoración y taquicardia. El diagnóstico se basa en la confirmación bioquímica de hipersecreción de catecolaminas y un estudio de imagen para identificar el tumor. En el caso presentado no se objetivó inicialmente un tumor en el

CT, pero queda pendiente comprobar si existe hipersecreción de catecolaminas que confirmen la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista del manejo en urgencias, es importante destacar la importancia de realizar una adecuada anamnesis y exploración física, así como una valoración integral del paciente y sus circunstancias para orientar, no solo la sospecha diagnóstica, sino la mejor forma en que esta puede realizarse. La sospecha de feocromocitoma podría estudiarse de forma ambulatoria en otros casos, pero en el de esta paciente precisó de una valoración inicial en urgencias y posterior ingreso dada la dificultad de control de cifras tensionales en centro de salud y la afectación a la calidad de vida de la paciente, que además tenía una situación social compleja, lo que habría dificultado el inicio del estudio ambulatorio.

P. #1640

ESTUDIO FALL-ER PRIMERA CAÍDA CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Lidia Fuentes[1], Elena Fuentes[1], Victoria Torres-Machado[1], Ana García-Martínez[2], Francisco Javier Martín-Sánchez[3], Javier Jacob[1][4]

1. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet De Llobregat, España
2. Hospital Clínic, Barcelona, España
3. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
4. Universitat de Barcelona, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un síndrome geriátrico frecuente. Con el aumento de la población anciana, las caídas son una razón frecuente para visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Es sabido que una primera caída en un anciano que acude al SUH tiene mejor pronóstico que una caída recurrente, aunque los eventos adversos a largo plazo no están suficientemente investigados.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue describir las características diferenciales y la presencia de episodios de nueva caída a largo plazo, de los pacientes mayores de 65 años que consultaron en un SUH por caída, en función de si el episodio índice era una primera caída o presentaba caídas previas.

MÉTODO

Se analizaron los datos del registro FALL-ER (FALLs attended at the Emergency Room). Se trata de un registro observacional de cohortes prospectivo y multicéntrico con un muestreo sistemático, un día fijado de cada semana, durante un periodo de un año (de 1 de septiembre de 2014 a 31 de agosto de 2015) con un seguimiento de 9 años. Incluye a todos los pacientes de 65 o más años, atendidos por una caída presenciada o referida por el propio paciente en los días de estudio. Se calcularon las odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95% para estudiar la magnitud de las diferencias entre los dos grupos, y las hazard ratio (HR) de las variables evolutivas, a los 9 años de seguimiento, que fueron la revisita a urgencias y la necesidad de hospitalización por nuevo episodio de caída tras el episodio índice.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se analizaron 1.442 pacientes, de los cuales 921 (63,9%) presentaban una primera caída. La cohorte tenia una edad media de 79,8 años y el 69,1% eran mujeres. Los pacientes con primera caída eran mas jóvenes, presentaban menos cardiopatía isquémica OR 0,659 (IC95% 0,440–0,986) y vasculopatía periférica, OR 0,651 (IC95% 0,460 – 0,922). Consumían menos antidepresivos, OR 0,615 (IC95% 0,428 – 0,883), neurolépticos 0,643 (IC95% 0,442 – 0,933), opioides 0,662 (IC95% 0,444 – 0,987) y medicamentos para la osteoporosis 0,662 (IC95% 0,446 – 0,984). Estaban menos

solos (0,637 (IC95% 0,459 – 0,884). El tiempo de seguimiento fue de 8,9 años, y la primera caída se asoció con una menor revisita a urgencias por nuevo episodio de caída, HR ajustada 0.678 (IC 95% 0.570 - 0.806), y menor hospitalización por nuevo episodio de caída, HR ajustada de 0.553 (IC 95% 0.420 - 0.727) cuando se comparó con los pacientes que tenían antecedentes de caídas previas.

CONCLUSIONES

Los pacientes de 65 o más años que consultan en un SUH por una primera caída presentan algunas características diferentes a los pacientes que tienen el antecedente de caídas previas. También presentan un menor riesgo de revisita o necesidad de hospitalización por nuevo episodio de caída en el seguimiento a largo plazo.

P. #1652

¡EMERGENCIA MÉDICA! ANEMIA HEMOLÍTICA, TROMPENIA Y FIEBRE EN MUJER JOVEN

Oihane Orokieta Rincon, Alba Sasia Tomas, Danae Moreno Alcaide, María Ángeles San Martín Díez, María Santisteban Bocos, Katalin Uriarte Elguezabal

Hospital Universitario De Basurto, Bilbao, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 26 años natural de Senegal, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, que reside con su marido e hijo nacido hace 4 meses. Acude al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) por presentar desde hace 5-6 días cuadro de fiebre , dolor abdominal , diarrea , cefalea y mareo. Niega viajes al extranjero al menos desde hace 2 años.

A su llegada se encuentra febril con 39°C, con una frecuencia cardiaca de 110lpm con resto de constantes en rango. A la exploración destaca palidez de mucosas y taquicardia rítmica, siendo el resto de la exploración incluida la la neurológica normal. Entre las pruebas complementarias realizadas destacan una bilirrubina de 2.5, LDH 2923, PCR 39, hemoglobina de 5,3 con volumen corpuscular normal y reticulocitos elevados,16.000 plaquetas, 15.850 leucocitos con predominio de polimorfonucleares y dímeros D de 16.150. Ante dichos hallazgos se amplía estudio por sospecha de hemólisis, siendo el Coombs directo negativo, por lo que se pone en conocimiento del Servicio de Hematología de guardia y se solicita ADAMTS 13 urgente, objetivándose una actividad < 1%. Se realiza test de PCR vírica y test de malaria que resultan negativos y tras extraen hemocultivos y urocultivo se avisa al Servicio de Reanimación, donde finalmente ingresa iniciándose tratamiento con glucocorticoides a dosis de 1mg/kg/día y recambios plasmáticos diarios con buena evolución, presentando aumento exponencial de plaquetas y hemoglobina. Una vez en planta de hematología, descartados desencadenantes infecciosos de forma razonable, se interpreta el parto como posible desencadenante. Tras varias sesiones de plasmaféresis y 3 dosis de rituximab semanal, se objetiva cifra de plaquetas estable> 200.000 durante 4 días y LDH < x 1.5 del límite superior de la normalidad de forma mantenida, con actividad de ADAMTS13 del 97%. Transcurridos 27 días desde el ingreso, se decide alta a domicilio con corticoides en pauta descendente y control en consultas externas.

CONCLUSIONES

La púrpura trombótica trombocitopénica adquirida o inmune (PTTi) es una enfermedad rara , con una incidencia en España de 2,6 casos/millón de habitantes por año. El pico de edad de presentación son los 30-40 años , sobre todo en mujeres y en la raza negra. Su etiología no es claramente conocida, en menos de la mitad de los casos es posible identificar un factor predisponente (enfermedades sistémicas, infecciones, vacunas ...) Se trata de una microangiopatía trombótica (MAT) de origen autoinmune causada por la aparición de anticuerpos contra la enzima ADAMTS13. El descenso de su actividad en PTTi se asocia a un aumento del riesgo de la generación de trombos en la microvasculatura, que inducen el desarrollo de trombocitopenia por consumo plaquetario, hemólisis microangiopática y daño orgánico isquémico de intensidad variable. Una actividad de ADAMTS13 < 10% es diagnóstica de PTTi.

Se trata de una emergencia médica, ya que sin tratamiento específico la mortalidad supera el 90%, siendo su recurrencia hasta de un 40%. El inicio brusco de esta enfermedad hace que en la mayoría de los pacientes el diagnóstico inicial se haga en los SUH, por ello se debe sospechar en todo paciente que presente anemia hemolítica microangiopática, prueba de Coombs directo negativa y trombopenia, pudiendo asociar, fiebre, alteraciones neurológicas o cardiacas. Ante una alta sospecha debe iniciarse tratamiento con recambio plasmático, inmunosupresores con glucocorticoides , con o sin rituximab asociado y valorar el inicio de caplacizumab (nano anticuerpo bivalente que evita la trombosis microvascular).

P. #1712

UNA VISITA INESPERADA

Alberto Gil Gómez[1][2], Yéssica Julia Expósito Cutillas[1][2], Celia Gil Gómez[3], Irene Fernández Bueno[4], Javier López Ayala[5]

1. Centro Salud Archena, Murcia, España
2. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
3. Servicio Murciano de Salud, Murcia, España
4. Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, España
5. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Escolar de 10 años sin antecedentes médicos de interés que acude al servicio de urgencias hospitalario por dificultad respiratoria. A su llegada al triaje, es trasladado al box de críticos al objetivar un triángulo de evaluación pediátrica alterado a nivel respiratorio. El paciente presentaba un estridor laríngeo inspiratorio en reposo y un tiraje moderado. Respiratoriamente objetivamos una taquipnea con una hipoventilación leve y una saturación del 99%. A nivel circulatorio objetivamos una taquicardia de 130 lpm, una tensión arterial alrededor de 130/85mmHg y un relleno capilar de 2 segundos. Neurológicamente el paciente presentaba un Glasgow de 15 con glucemia capilar de 110. No presentaba fiebre ni alteraciones cutáneas. Mientras se realizaba el primer abordaje, la madre nos comenta que el paciente comenzó con cuadro de tos grave y dificultad respiratoria leve, motivo por el que decidieron acudir a urgencias pediátricas hospitalarias. No obstante, durante el trayecto el paciente comenzó con aumento de la dificultad respiratoria y aumento del estridor, por lo que decidieron desviar su ruta hacia el hospital más cercano a pesar de no contar con servicio de pediatría. Tras el primer abordaje, dado que el paciente presentaba 5 puntos de la escala de Westley, se inició nebulización de adrenalina a 0,5mg/Kg (máximo 5 mg). Se reevaluó al paciente a los pocos minutos con mejoría significativa, desapareciendo el estridor laríngeo pero persistiendo ruidos respiratorios diseminados por ambos campos pulmonares. Ante la ausencia de formulación oral de dexametasona, se nebulizaron 2mg de budesonida, remitiendo por completo la clínica. Se contactó con urgencias pediátricas hospitalarias para su traslado y posterior control del paciente.

CONCLUSIONES

La laringitis aguda es una causa frecuente de obstrucción aguda de la vía aérea superior en la infancia. Se caracteriza por la presencia de tos perruna o metálica en grado variable, afonía, estridor y dificultad respiratoria, síntomas son debidos a obstrucción laríngea provocada por la presencia de edema subglótico. Según los scores podremos clasificarla en leve, moderada y grave, iniciando así una terapia determinada.
La eficacia de la adrenalina nebulizada en los casos moderados y graves viene marcada por su mecanismo de acción. Produce una vasoconstricción de las arteriolas precapilares mediante la estimulación de los alfarreceptores, disminuyendo el edema de la mucosa laríngea. Su efecto comienza a los 10 minutos, con un pico máximo de acción a los 30 minutos y una duración de 2 horas, por lo que se aconseja dejar al paciente en observación al menos durante 3-4 horas antes de ser dado de alta. La administración simultánea de corticoides evita el empeoramiento tras el efecto de la adrenalina. En caso de intolerancia oral o no disponer de dexametasona oral, existen estudios que demuestran el efecto beneficioso de la budesonida nebulizada a dosis de 2 mg, independientemente del peso y la edad, en el tratamiento de la laringitis aguda como alternativa.

P. #1735

PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA EN NEONATO

María Ñíguez Rivera, María Belén Rayos Belda, Mari Carmen Ponce Cuadrado

Hospital Vega Baja, San Isidro, España

HISTORIA CLÍNICA

Lactante de tres meses y veinte días con antecedentes personales de embarazo controlado, cesárea a las 34+6sdg por inicio de trabajo de parto, no RAM, lactancia artificial, vacunación iniciada y antecedentes familiares sin alteraciones. Antecedentes de ingresos: primer ingreso en neonatología por prematuridad e hipoglucemia asintomática precoz, segundo ingreso a los dos meses por cuadro de fiebre y dificultad respiratoria donde se realiza rx tórax y se visualiza condensación basal derecha, se diagnosticó de neumonía basal derecha, se trató con antibioterapia iv con ampicilina, cefotaxima y oxigeno de alto flujo 48h, tras buena evolución fue de alta con tratamiento oral. En esta ocasión acude por cuadro de dificultad respiratoria sin fiebre ni necesidad de oxígeno y es ingresado de nuevo. A la exploración física:
Peso 5,8 Kg, Tª 36°C, FC 142lpm, FR 50 rpm, SatO2 96%, adecuado estado general, mínimo tiraje subcostal, soplo sistólico vibratorio. Hipoventilación en base derecha con crepitantes teleinspiratorios, buena entrada de aire bilateral en el resto de campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalías, no irritación peritoneal.
Pruebas complementarias:
- Analítica sanguínea sin alteraciones.
- Ecocardio pediátrica: Buena función, no cardiopatía estructural.
- Test del sudor: 51mmol/l
- Coprocultivo heces: Negativo
Rx. Tórax: Condensación basal derecha. Diafragma derecho elevado a la altura de 7ª costilla
Ecografía abdominal: Sin alteraciones
Ecografía torácica: Base pulmonar derecha sin apreciar derrame plural o condensación evidente. No sugerencia de hernia. Ecografía en modo B: No se aprecia derrame plural ni líquido libre. Ecografía en modo M: Comparativa de ambos diafragmas, movilidad normal del diafragma izquierdo y aplanamiento significativo de la curva de excursión diafragmática derecha.
Fluoroscopia: Hallazgos sugestivos de parálisis diafragmática derecha.
Tras pruebas realizadas se deriva a cirugía pediátrica en HGUA con diagnóstico de parálisis diafragmática derecha.

CONCLUSIONES

El nervio frénico es el único de tipo motor que inerva el diafragma. Si se lesiona o se paraliza se altera la función del diafragma dando lugar a parálisis diafragmática o eventración con movimientos paradójicos durante la respiración. Hay un amplio espectro de signos y síntomas de parálisis diafragmática desde disnea, neumonías recurrentes, bronquitis crónicas, dolor torácico, hasta ser asintomáticas, o un hallazgo radiológico sin otras alteraciones.

La parálisis diafragmática es más frecuente en el lado derecho y unilateral cuando es debido a un trauma obstétrico, asociándose a lesiones en el plexo braquial en un 80-90 casos.

- Las causas más frecuentes de parálisis diafragmática en el recién nacido son el trauma obstétrico y las cirugías cardiotorácicas. Otras causas: defectos congénitos; cáncer; trastornos de la columna cervical, incluida artritis; enfermedades neuromusculares; lesiones médula espinal.
- En cuanto al estudio diagnóstico, la radiografía de tórax es un predicador pobre. Se visualiza mejor si se realiza en inspiración y espiración para comprobar el escaso cambio de volumen. La ecografía en modos B y M ha demostrado ser de las herramientas más útiles, inocuas y efectivas en cuanto al coste para el estudio de la motilidad diafragmática y permite realizar estudios comparativos en el seguimiento del paciente. La primera permite, además de la visualización directa del movimiento diafragmático y el descenso renal o de ramas izquierdas de la vena porta, medir el cambio de grosor del diafragma durante la inspiración, normalmente aumenta el grosor un 50–70% en caso de normofuncionamiente. El estudio fluoroscópico, es sensible y específico para el estudio de la parálisis unilateral, poco demostrativo en el caso bilateral y supone mayor radiación del paciente.
- El tratamiento inicial son medidas de soporte sin estar del todo definido las indicaciones ni el momento óptimo de la cirugía. La plicatura diafragmática se reserva para los pacientes con dificultad respiratoria persistente o necesidad prolongada de ventilación mecánica.

P. #1781

CUANDO DESAPARECEN LOS CÁNCAMOS

Francisco Javier Ladera Fernández, Beatriz Guerrero Barranco
Hospital Poniente, Almería, España

HISTORIA CLÍNICA

Lactante de 21 meses acude a urgencias traído por sus padres porque mientras estaban colocando cuadros en el domicilio les ha desaparecido un cáncamo y dudan sobre si se lo ha podido tragar el menor.

A su llegada se realizada radiografía de abdomen donde se objetiva cuerpo extraño (cáncamo) en cámara gástrica con dilatación gástrica asociada.

Se explica la gravedad de la situación a los padres, y la necesidad de extracción urgente mediante endoscopia para evitar perforación.

Se realiza EDA Urgente:

Gastroscopia urgente en quirófano bajo IOT.

Se introduce endoscopio observando orofaringe muy edematosa con sangrado superficial, sin identificar úlceras.

Esófago normal, sin lesiones.

Se accede a cámara gástrica identificando en antro, cuerpo extraño metálico de gran tamaño (alcayata con gancho), se procede a su extracción con pinza de ratón y campana.

No incidencias ni complicaciones inmediatas.

El paciente permaneció 24 horas en Observación, con sueroterapia, y vigilancia estrecha sin incidencias. Tras lo cual se procedió a alta a domicilio.

CONCLUSIONES

Los lactantes son especialmente vulnerables a la ingesta de cuerpos extraños debido a su curiosidad natural y a la tendencia a explorar el entorno a través de la boca. Esto aumenta el riesgo de que ingieran objetos pequeños, juguetes, alimentos inapropiados o cualquier otro material no comestible.

La ingesta de cuerpos extraños puede provocar una serie de complicaciones graves, que incluyen obstrucción intestinal, perforación del tracto gastrointestinal, infecciones y, en casos extremos, la muerte. La gravedad de las consecuencias depende del tipo, tamaño y naturaleza del objeto ingerido.

La prevención es clave para reducir el riesgo de ingesta de cuerpos extraños. Esto incluye mantener objetos pequeños fuera del alcance de los lactantes, supervisar de cerca el juego y la alimentación, y educar a los cuidadores sobre los peligros asociados con ciertos alimentos y juguetes. En caso de sospecha de ingesta de un cuerpo extraño, es crucial buscar atención médica inmediata. La intervención temprana puede ser vital para evitar complicaciones graves y garantizar la seguridad del lactante.

La educación de padres y cuidadores sobre los riesgos asociados con la ingesta de cuerpos extraños es esencial. La concienciación sobre los peligros y las medidas preventivas puede ayudar a reducir la incidencia de estos incidentes, es por esto que resulta fundamental implementar estrategias de prevención y educación para proteger a los más pequeños. La vigilancia constante y la intervención rápida son esenciales para garantizar su seguridad.

P. #1784

CUANDO LA LENGUA NO SOLO TROPIEZA CON LAS PALABRAS: UN CASO DE SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL

Ismael Fuentes Barón, Bienvenido Marín Cano, Ana Rocío Villalón Sánchez, María Del Carmen Aparicio Gallardo

Hospital Serrania de Ronda, Ronda, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a consulta por que presenta desde hace 4 horas edema lingual brusco acompañada de parálisis facial periférica derecha y se acompaña de dolor leve.
Exploración: Edema labial superior marcado con induración. Parálisis facial periférica derecha (signo de Bell positivo). Lengua fisurada (escrotal). No exantema ni adenopatías palpables.
Pruebas Complementarias:

- Analítica: Hemograma, bioquímica y perfil inmunológico normales; PCR ligeramente elevada.
- TAC craneal: Sin lesiones estructurales ni signos de inflamación.
- Se realiza Biopsia labial: Infiltrado granulomatoso con células epitelioides, compatible con síndrome de Melkersson-Rosenthal.

Diagnóstico diferencial:

- Angioedema
- Parálisis de Bell
- Sarcoidosis
- Enfermedad de Crohn
- Granulomatosis orofacial

Diagnóstico final: Síndrome de Melkersson-Rosenthal
Tras el diagnóstico previamente a la confirmación de biopsia labial se comienza a dar pauta de corticoides 1mg/kg al día durante 5 días y posteriormente pauta descendente.
Se aprecia mejoría clínica del paciente.

CONCLUSIONES

El síndrome de Melkersson-Rosenthal es una enfermedad rara, más frecuente en mujeres de raza blanca, que suele iniciarse en la segunda década de la vida, aunque puede aparecer a cualquier edad, incluso en niños. Su etiología es desconocida, aunque se han propuesto factores genéticos, alérgicos e infecciosos (como herpesvirus o Borrelia burgdorferi), sin conclusiones definitivas. Además, comparte características con la enfermedad de Crohn y la sarcoidosis, formando parte del concepto de granulomatosis orofacial.
La presentación clásica (triada de edema orofacial, parálisis facial y lengua fisurada) es poco común, observándose en un 8-25% de los casos. El edema orofacial, presente en el 80% de los pacientes, es súbito, recurrente y, con el tiempo, puede volverse permanente. Puede afectar labios, encías, mucosa oral, lengua y paladar, provocando síntomas como descamación, fisuras, dolor y eritema. La parálisis facial, indistinguible de la parálisis de Bell, suele ser unilateral, recurrente en un 10% de los casos y puede asociarse con cefalea, acúfenos o alteración del gusto. Otros nervios craneales también pueden verse afectados, provocando síntomas como disfagia, blefaroespasmo o neuralgia facial.
La lengua fisurada, presente en hasta un 50% de los casos, es una anomalía genética más frecuente en estos pacientes. Histológicamente, se observan granulomas no caseificantes en estadios avanzados, aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. Este síndrome presenta un diagnóstico diferencial amplio, incluyendo patologías como la enfermedad de Crohn y la sarcoidosis, debido a las similitudes clínicas e histológicas.

P. #1798

ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN AGRESIONES SEXUALES: CLAVES PARA UNA ACTUACIÓN COORDINADA MÉDICO-FORENSE

Sandra Giménez Revert[1], Alejandra Inés Frutos Pérez[2], José María Frutos Pérez[3]

1. Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunitat Valenciana (SESCV), Valencia, España
2. Instituto de Medicina Legal de Valencia, Valencia, España
3. Instituto de Medicina Legal de Cartagena, Cartagena, España

INTRODUCCIÓN

La atención integral de las víctimas de agresiones sexuales requiere una coordinación eficaz entre los servicios de emergencias extrahospitalarios y el personal médico forense. Su intervención conjunta no solo garantiza la preservación de la salud física y emocional de la persona afectada, sino que también facilita la recopilación de pruebas esenciales para la investigación judicial. Un enfoque estructurado permite minimizar la revictimización secundaria y optimizar la respuesta ante estos delitos.

OBJETIVO

Concienciar a los profesionales sanitarios sobre la relevancia médico-legal de estos delitos y la necesidad de realizar una evaluación integral de la víctima.
Promover un abordaje clínico que incorpore un enfoque médico-forense para facilitar la documentación precisa de hallazgos y la adecuada preservación de pruebas esenciales para la investigación judicial.
Fomentar la aplicación de protocolos homogéneos desde el medio extrahospitalario para una actuación coordinada y eficiente.

MÉTODO

Exposición del protocolo vigente para la atención integral, sanitaria y judicial de las víctimas de agresiones sexuales en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
Directrices para un abordaje uniforme de todos los profesionales involucrados.
Estrategias para la correcta obtención, conservación y análisis de muestras biológicas.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Por un lado, a nivel extrahospitalario los servicios de emergencias desempeñan un papel crucial en la primera atención a la víctima, incluyendo la estabilización, el tratamiento inicial de lesiones y la determinación de la necesidad de traslado hospitalario. Por otro lado, la intervención temprana del personal médico forense es clave para la correcta preservación de la evidencia. Su actuación permite la obtención y custodia adecuada de muestras biológicas, evitando su contaminación o pérdida, lo que resulta determinante en la investigación judicial.

CONCLUSIONES

El abordaje de las agresiones sexuales requiere una intervención eficaz y coordinada de los servicios sanitarios, judiciales, policiales y sociales. Para ello, resulta imprescindible contar con profesionales que tengan la sensibilidad y la formación necesarias para tratar las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres, incluidas las agresiones sexuales.
Un aspecto fundamental en la atención a la víctima es la recopilación de pruebas que contribuyan a la investigación policial y a la resolución judicial del delito. Dado que se trata de un proceso complejo, debe llevarse a cabo en los servicios sanitarios con la participación del personal médico forense.
Una intervención conjunta no solo permite ofrecer una asistencia médica completa y proteger a la víctima, sino que también optimiza el proceso de investigación judicial, asegurando la adecuada recolección y conservación de pruebas fundamentales para el esclarecimiento de los hechos y el acceso a la justicia.

P. #1869

PRURITO EN PALMAS Y PLANTAS

Manuel Artés Segura[1][2][3], Ana Belén Martínez Sánchez[4], Francisco Artes Segura[5], Rosalia Artes Navarro[6], José Antonio Jiménez García[3], José Carlos Martínez Sánchez[7]

1. Universidad Internacional UNIVERSAE, San Jose, Costa Rica
2. Hospital IMED Murcia, Murcia, España
3. SUAP Lorca 2, Lorca, España
4. Hospital Rafael Mendez, Lorca, España
5. CS Sorbas (Almería), Sorbas, España
6. Hospital Poniente, El Ejido, España
7. Orthem, Murcia, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 35 años gestante de 29 semanas que acude a nuestro servicio de urgencias presentando prurito generalizado de varios días de evolución de forma progresiva, refiere que ha aumentado de intensidad del prurito durante la noche.
Refiere prurito en palmas y plantas, acompañado falta de descanso por la alteración del patrón del sueño. La paciente se encuentra muy preocupada por lo leído en internet y las consecuencias para su futuro bebe.
Exploración física:
- Constantes: tensión arterial 130/55mmHg , frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, en piel presenta leve-moderado tinte ictérico, abdomen globuloso a expensas de útero gravídico.
- Se solicita a matrona de guardia monitorización fetal siendo esta normal.
- En analítica sanguínea se observa mínima elevación de transaminasas, bilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, y orina dentro de los valores de la normalidad normal.
- Se realizó interconsulta telefónica a ginecología con el diagnostico de probable colestasis intrahepática del embarazo y con recomendación de tratamiento con loratadina 10 miligramos.

Evolución: Dada la buena evolución de esta patología se dio de alta a la paciente con tratamiento con loratadina 10 miligramos cada 24 horas. Se solicitó analítica en centro de salud a las 48 horas para valoración por médico de atención primaria. Posteriormente se hizo seguimiento del caso con buena evolución tanto clínica como analítica hasta que en la semana 38+1 la paciente dio alud sin incidencias.

CONCLUSIONES

- El seguimiento adecuado y el control de la colestasis intrahepática del embarazo (CIE) son muy importantes para reducir los riesgos maternos y fetales.
- Un adecuado diagnóstico con la realización de pruebas hepáticas y niveles de ácidos biliares permite valorar estrategias a seguir de manejo efectivas.
- El tratamiento con ácido ursodesoxicólico y la monitorización fetal intensiva, incluyendo perfiles biofísicos y ultrasonografías, son a valorar en casos complejos.
- La inducción del parto a las 36-37 semanas puede reducir la mortalidad perinatal en casos grabes.
- Un enfoque multidisciplinario y el apoyo emocional a las pacientes son cruciales.

P. #1887

CONFLICTOS ETICOS EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA

María Isabel Ortega González-Gallego[1], Ángel RICARDO Valle García[1], Antonio Serrano García[2]

1. SESCAM (G.U.E.T.S.), Ciudad Real, España
2. SESCAM (GUETS), Alcazar De San Juan, España

INTRODUCCIÓN

El ámbito de la medicina de urgencias y emergencias se caracteriza por la necesidad de tomar decisiones rápidas y precisas, muchas veces en situaciones de alta presión y con información limitada. En este contexto, los conflictos y problemas bioéticos son frecuentes y pueden tener un impacto significativo en la calidad de la atención brindada.

OBJETIVO

El objetivo es identificar los conflictos éticos más frecuentemente reconocidos por los equipos de emergencias sanitarias extrahospitalarias y analizar la importancia que estos profesionales atribuyen a cada uno de dichos conflictos. Además, se destaca la relevancia de la formación en ética clínica ,para mejorar la capacidad de respuesta y toma de decisiones .

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa e integradora de la literatura para describir el estado actual de los profesionales de emergencias en relación con los conflictos éticos en su práctica diaria. Se consultaron las bases de datos Elsevier, PubMED, Cochrane y Nursing Ethics, utilizando descriptores como “Emergency Care”, “Decision Making” y “Ethical Dilemmas”.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La detección y abordaje de conflictos éticos asistenciales depende de la formación y experiencia del personal de emergencia. Aquellos que detectan menos problemas éticos suelen tener menos complicaciones, posiblemente porque no reconocen todos los problemas éticos o los consideran de otra naturaleza. En la atención extrahospitalaria, entre los problemas éticos que se nos plantean en la actividad cotidiana, se encuentran los siguientes:
Urgencias domiciliarias: a) Cuándo detener una reanimación cardiopulmonar (RCP), especialmente en casos de muerte súbita sin antecedentes. b) La presencia de familiares puede ofrecer consuelo, pero también añade presión al equipo médico y puede generar conflictos con las directrices médicas. c) Informar sobre la donación en asistolia requiere sensibilidad y claridad. d) Reconocer que es crucial respetar las últimas voluntades de los pacientes y considerar el papel de los padres en menores de edad. e) Procurar una muerte digna mediante analgesia y sedación, siendo una de las cuestiones más difíciles en nuestra actuación.

Urgencias en la vía pública, los desafíos son igualmente complejos, como: a) El consentimiento informado puede ser complicado, ya que los pacientes pueden no estar en condiciones de tomar decisiones informadas. b) Enfrentar situaciones de maltrato o violencia conocida añade complejidad, ya que los profesionales deben proteger al paciente mientras cumplen con las obligaciones legales. c) Decidir el traslado a centros con mayores posibilidades de éxito es crítico. d) Realizar maniobras de resucitación extrema presenta riesgos tanto para el paciente como para el equipo médico.
En última instancia, la gestión de errores asistenciales y su notificación son fundamentales para mejorar la práctica clínica. El concepto de "ceguera axiológica", o la incapacidad para reconocer problemas éticos, es una barrera importante en la formación ética de los profesionales. Se recomienda que la formación en ética clínica se centre en la identificación de conflictos y abordaje de problemas éticos. Estos resultados subrayan la necesidad de una formación continua y la implementación de programas formativos para mejorar la capacidad de respuesta y toma de decisiones en situaciones críticas."

CONCLUSIONES

Abordar estas cuestiones mediante una comunicación abierta y efectiva, la toma de decisiones compartida y un compromiso con la atención equitativa permite ofrecer los mejores resultados posibles para nuestros pacientes. Además, es esencial diseñar programas de formación que capaciten a los profesionales en el reconocimiento de problemas éticos clínicos, creando espacios de reunión para el intercambio de conocimientos y la discusión de intervenciones, así como fomentar el aprendizaje continuo. Todo esto permite reflexionar sobre los aspectos éticos de la atención y el cuidado en la emergencia extrahospitalaria, fortaleciendo así la sensibilidad ética. De esta manera, se puede garantizar una atención médica de emergencia que sea no solo eficiente y rápida, sino también justa y ética

P. #1913

DOLOR ARTICULAR Y FIEBRE: ¿UNA ENFERMEDAD COMÚN O ALGO MÁS?

María De Los Ángeles Álvarez García, Andrea Anllo Buznego, Nerea Barriuso Oria, Patricia Fernanda García Pesquera, Janire Villar Ramos, Carlos García Granados

Hospital de Cabueñes, Gijón, España

HISTORIA CLÍNICA

Acude a Urgencias un paciente de 42 años sin antecedentes de interés
salvo asma bronquial a tratamiento con Formoterol-Budesonida por dolor, eritema y aumento de temperatura en ambos tobillos junto con aparición de "bultos" en los mismos. La clínica se acompaña de fiebre de hasta 39º de predominio nocturno que no cede a pesar de tratamiento con antipiréticos
yantibiótico (Amoxicilina-Ácido Clavulánico 875/125 mg). En la exploración se destaca la presencia de dolor, eritema y tumefacción de ambos tobillos que sobrepasa la articulación, lesiones nodulares en región pretibial y parte inferior de muslos y mácula rosada en flanco izquierdo ligeramente molesta a la palpación.
En las pruebas complementarias realizadas se objetiva leucocitosis con desviación izquierda, aumento de los reactantes de fase aguda y VSG (velocidad de sedimentación globular) de 60 mm/h. Se realizan radiografías de tobillo que resultan normales.
El paciente ingresa en el Servicio de Reumatología para estudio, donde se realiza nueva analítica a los tres días con aumento de la VSG a 74 mm/h y serología de hepatitis e infecciosa que son normales. ECA (enzima convertidora de angiotensina) 78 U/L.
Se realiza TC (tomografía computarizada) torácico en el que se visualiza pequeña adenopatía en espacio subaórtico, adenopatías paratraqueales derechas bajas, subcarinales, paraesofágica inferior e hiliares e interlobares derechas y un nódulo de 4 milímetros en lóbulo medio de características inespecíficas.
En la biopsia cutánea se observa paniculitis de predominio septal sin vasculitis, compatible con eritema nodoso.
Durante su estancia hospitalaria se comienza tratamiento con Metilprednisolona intravenosa con mejoría de la clínica. Los hallazgos de adenopatías paratraqueales en el TC y la elevación de la ECA apoyan el diagnóstico de Sarcoidosis.
Al alta comienza con tratamiento con Prednisona 30 mg en pauta descendente , Ácido Risedrónico 35 mg semanal y Calcifediol cada dos semanas.

CONCLUSIONES

La artralgia o dolor articular es un motivo relativamente frecuente en los servicios de urgencias y en algunos casos dicho síntoma se encuentra dentro de un cuadro inflamatorio sistémico, cuyo diagnóstico diferencial incluye un amplio abanico de entidades. En este diagnóstico diferencial se encuentra la sarcoidosis.
La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, caracterizada histológicamente por granulomas epitelioides no caseificantes que afectan

a diferentes tejidos y órganos, con síntomas que varían dependiendo del grado y la localización. Afecta especialmente a ganglios linfáticos, pulmones, piel y ojos. En España la forma más frecuente de presentación es el síndrome de Löfgren, consistente en la asociación de eritema nudoso con adenopatías hiliares bilaterales y/o paratraqueal derecha, con o sin infiltrados pulmonares, en la radiografía de tórax. Algunos pacientes presentan una inflamación periarticular de los tobillos, seguida o no de eritema nudoso, que se considera una variante clínica del síndrome de Löfgren. El 90% de los pacientes presenta alteraciones en la radiografía de tórax, siendo la alteración más característica de la sarcoidosis el ensanchamiento mediastínico secundario a adenopatías hiliares. La tomografía computarizada (TC) permite diferenciar entre la presencia de patología hiliar neoplásica, adenopatías hiliares y anomalías vasculares. La enfermedad puede iniciarse como una lesión cutánea tipo eritema nodoso. El diagnóstico de certeza de sarcoidosis se realiza a través del estudio histológico y microbiológico de los tejidos (ganglios linfáticos, piel,
conjuntiva). El tratamiento de elección en los pacientes sintomáticos son los
corticoides.

P. #1938

IMPACTO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

José María Trillo Fernández, Trinidad Montero Vilchez, Sara Domingo Roa

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un factor clave en la atención médica y está influenciada por múltiples variables, incluidas las condiciones del entorno asistencial y la calidad percibida del servicio. En los servicios de urgencias, donde la atención se caracteriza por su rapidez y alto volumen de pacientes, la humanización juega un papel fundamental en la percepción de la atención y en la salud mental de los usuarios. Estudios previos han identificado que la sobrecarga asistencial, el estrés del personal médico y la falta de un enfoque centrado en el paciente pueden deteriorar la experiencia del usuario. Sin embargo, la implementación de estrategias de humanización, como la comunicación efectiva, la reducción del estrés ambiental y el acompañamiento emocional, ha mostrado efectos positivos en la percepción de calidad asistencial y en la adherencia al tratamiento.
El objetivo de esta revisión sistemática es analizar la evidencia disponible sobre el impacto de la humanización en los servicios de urgencias y su relación con la calidad de vida percibida por los pacientes.

OBJETIVO

Analizar la evidencia disponible sobre el impacto de la humanización en los servicios de urgencias y su relación con la calidad de vida percibida por los pacientes.

MÉTODO

Diseño: Revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA.
Bases de datos consultadas: PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library.
Criterios de inclusión:
Estudios publicados entre 2013-2024.
Investigaciones que evalúen la relación entre humanización en urgencias y calidad de vida.
Artículos en inglés y español.
Criterios de exclusión:
Estudios sin datos cuantificables.
Opiniones, cartas al editor y estudios con muestra insuficiente (<30 pacientes).
Estrategia de búsqueda: Uso de términos MeSH como “humanization of care”, “emergency department”, “quality of life in healthcare”.
Análisis de datos:
Extracción de variables clave.
Evaluación de calidad con la escala Joanna Briggs Institute (JBI).
Síntesis cualitativa mediante análisis temático.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se espera que incluyan hallazgos sobre cómo la humanización en urgencias impacta la percepción de la atención y la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

La importancia de estrategias de humanización, como la comunicación efectiva y el acompañamiento emocional, en la mejora de la calidad asistencial y la experiencia del paciente en urgencias.

P. #1958

URGENCIAS VITALES, LAS EXCEPCIONES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA IMPORTANCIA DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS CUANDO TRABAJAMOS CONTRARRELOJ

María Amparo Ruíz Carbonell[1], Alicia Mínguez Cortés[1], Pau Val Saurí[1], Alexander Sammel[2]

1. Hospital de Sagunto, Valencia, España
2. SES Castellón, Castellón, España

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado representa el máximo exponente del principio de autonomía, con el que respetamos las decisiones de los pacientes que tienen derecho a decidir por sí mismos acerca de los actos a realizar en su propio cuerpo. En urgencias vitales trabajamos contra reloj y en múltiples ocasiones sin que el propio paciente pueda verbalizar sus preferencias por afectación del nivel de consciencia.
Se pretende exponer las excepciones de trabajo en urgencias vitales sin haber podido conseguir el consentimiento por parte del paciente asegurando si además dispone de documento de voluntades anticipadas.

OBJETIVO

Hacer reflexionar a los médicos de urgencias de la normativa legal vigente en que nos vemos obligados a conocer los límites de uso del consentimiento informado en los siguientes casos: Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias y cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
Es importante comprobar en la historia clínica del paciente también si dispone de un documento de voluntades anticipadas con indicaciones concretas por ejemplo, de no reanimación en según qué casos.

MÉTODO

Se revisará la bibliografía jurídica y se expondrán casos concretos para hacer más sencilla la comprensión de en qué momentos podríamos actuar sin haber cumplimentado el consentimiento informado del paciente en determinadas ocasiones y los matices que recomiendan contar al menos con el consentimiento de los familiares más allegados en caso de imposibilidad de hacerlo el propio paciente: por estar inconsciente, sufrir una disminución de sus capacidades volitivas y psíquicas por cualquier motivo, entre otros.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Más allá del repaso del consentimiento informado, insistiremos también en la comprobación de si el paciente ha dejado registradas sus últimas voluntades con indicaciones concretas sobre las técnicas y terapias que desea o no desea recibir llegado el momento.

CONCLUSIONES

En los servicios de urgencias hospitalarias el volumen de trabajo y el ritmo frenético en ocasiones impide que hagamos un uso correcto de las herramientas jurídicas que debemos tener en cuenta en nuestra labor asistencial. Para nuestra seguridad asistencial y evitar negligencias deberemos contar con el consentimiento informado del paciente para la realización de técnicas o pruebas que puedan entrañar un riesgo para el paciente. Respetando el principio de autonomía deberemos a su vez respetar las últimas voluntades que el paciente haya dejado registradas por encima del criterio de los acompañantes en caso de no poder verbalizar su decisión en ese momento por afectación de sus capacidades.
Consideramos toda esta información relevante y de especial importancia para dar a conocer a médicos que empiezan a trabajar en los servicios de urgencias como urgenciólogos y como repaso para los veteranos.

P. #1962

Atención a animales en situación de desamparo en el ámbito de urgencias: coordinación interinstitucional desde el SUMMA 112

Patricia Caño Hortoneda, Elena Rebolledo Cotillas, Patricia Blanco Hermo, María Del Carmen Montero Pernia, María Redondo Lozano, Teresa Sierra García
SUMMA 112, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La nueva ley 7/2023, de 28 de marzo(1) define como animal desamparado a todo aquel que se encuentre en una situación de indefensión o enfermedad sin recibir atención o auxilio. En Emergencias prehospitalarias nos encontramos con situaciones de enfermedad aguda del cuidador en el que el animal queda en situación de indefensión(2).
Este protocolo define un enfoque integral, en el cual se detallan el procedimiento operativo del centro coordinador, los recursos móviles sanitarios de emergencias y los agentes locales para la intervención de los animales que tengan peligro, la identificación de su estado de salud y la posterior reubicación en refugios adecuados. Se establece la colaboración entre la coordinación de emergencias sanitarias, las autoridades locales, como la policía y la guardia civil, y protectoras de animales para garantizar una respuesta eficaz y coordinada ante esta situación de emergencia.
La coordinación incluye el intercambio de información, la asignación de recurso y la implementación de acciones conjuntas.
Discusión:
Se considera también esencial la sensibilización de la comunidad y los ayuntamientos para fomentar el respeto y cuidado hacia los animales, y se establecen mecanismos para el reporte de situaciones de desamparo. A través de este protocolo, se busca no solo la protección inmediata de los animales, sino también la prevención de futuros casos de desamparo.
Este esfuerzo colectivo refuerza la importancia de un marco de trabajo colaborativo y eficiente, garantizando que tanto el servicio de emergencias sanitarias como como las fuerzas de seguridad, las entidades locales y las protectoras de animales puedan actuar de manera rápida y efectiva en la salvaguarda del bienestar animal.

OBJETIVO

Para hacer frente a esta situación de desamparo animal hemos desarrollado, en nuestra comunidad autónoma, un protocolo de coordinación para proteger a animales desamparados que establece una serie de acciones y responsabilidades compartidas entre las distintas entidades comunitarias y locales. Se incluyen el servicio de emergencias sanitarias, los cuerpos de seguridad y las organizaciones protectoras de animales, con el fin de garantizar la protección, bienestar y recogida de los animales domésticos en situación de abandono o peligro. Aunque se han encontrado protocolos internos dentro de los cuerpos de seguridad (3,4), según nuestro conocimiento, este es el primero que engloba a todos los primeros intervinientes en emergencias

MÉTODO

Se establece un protocolo que permite identificar, en primer lugar, qué es situación de desamparo, quiénes son los agentes implicados en la ejecución del protocolo y en último caso, quién se hace responsable del animal durante la ausencia de su cuidador. Se comunica a tal efecto al paciente para su conocimiento y recuperación tras el alta.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Al considerarse esencial tanto el bienestar animal en sí mismo, como la sensibilización de la comunidad y los ayuntamientos para fomentar el respeto y cuidado hacia los animales, nos permite establecer mecanismos para el reporte de situaciones de desamparo. A través de este protocolo, se produce no solo la protección inmediata de los animales, sino también la prevención de futuros casos de desamparo.
Este esfuerzo colectivo refuerza la importancia de un marco de trabajo colaborativo y eficiente, garantizando que tanto el servicio de emergencias sanitarias como como las fuerzas de seguridad, las entidades locales y las protectoras de animales puedan actuar de manera rápida y efectiva en la salvaguarda del bienestar animal.

CONCLUSIONES

La implantación de este proyecto permite dar respuesta a una necesidad real, que no solo favorece el bienestar animal si no permite al paciente acudir al centro sanitario sin la preocupación añadida de la situación en la que queda el animal.

P. #1973

DELIRIO POR PARASITOSIS: DESAFIANDO LA REALIDAD EN DERMATOSIS FACTICIA

Carla Boixeda Serra, María Jesús Castaño Suero, Naila Canadell Marcos, Carolina RÁngel Falcon

Hospital Clínic i Providencial, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta: úlceras
Antecedentes personales:
Paciente de 23 años sin alergias medicamentosas conocidas. Cannabis ocasional hasta hace 2 años. Síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Psiquiatra (privada), tratamiento con fluoxetina 40mg/24h y lormetazepam 1mg/24h.
Anamnesis: Inicio a finales de Noviembre de lesiones vesiculosas zona de la mandíbula que posteriormente evolucionaron a lesiones ulcerosas y, posteriormente, en zona genital que relaciona con el rasurado.
Acude finalmente a Urgencias por aparición de nueva lesión a nivel del labio inferior y empeoramiento de las lesiones previas. Refiere creer que la causa de las lesiones son los "parásitos que le recorren todo el cuerpo", motivo por el cual lleva 72h sin dormir.
Exploración física: Hemodinámicamente estable. Consciente y orientada. Pupilas midriáticas, pero isocóricas y reactivas. Movimientos oculomotores conservados. No déficits sensitivos faciales. No desviación de la comisura. Fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades. Marcha normal.
Múltiples úlceras de bordes contusos, que afectan ambas hemicaras, con fondo de fibrina o mínimo tejido de granulación, sin signos clínicos de sobreinfección. Otras lesiones de aspecto excoriativo, más residuales. Lesiones de características similares en la región vulvar y perivulvar
Exploraciones complementarias:
* Analítica: Hemoglobina 115mg/dl, leucocitos 5090× 109/L, plaquetas 24300× 109/L, proteína C reactiva <0'4. Creatinina 0'76, aspartato transaminasa 18U/L, alanina aminotransferasa 20U/L, amma-glutamil transferasa 16U/L, bilirrubina 0'5mg/dl, fosfatasa alcalina 51mg/dl, lactato deshidrogenasa 157UI/L, creatinquinasa 69mg/dl, albumina 4'3g/dl, sodio 145mg/dl, potasio 4'3mg/dl.
El paciente ingresó a cargo de medicina interna para completar estudio dada la sospecha inicial de Síndrome de Behçet. Durante el ingreso:
Se amplía estudio de las úlceras:
* Serología y autoinmunidad negativas.
* TAC craneal: Sin signos de patología aguda.
* Punción lumbar: Glucosa 60mg/dl, proteínas 205g/dl, lactato deshidrogenasa 16UI/L, adenosina desaminasa 2'1. Sin hematíes ni leucocitos en el líquido. Cultivo negativo.
Dada la normalidad de las pruebas complementarias referentes a la etiología se descartó causa infecciosa y autoinmune.
Orientación diagnóstica: delirio por parasitosis en contexto de dermatitis artefacta/factícia
Tratamiento: Fluoxetina 60mg/24h, inicio de olanzapina 7,5mg/24h, vinculación urgente con CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos) de referencia.

CONCLUSIONES

El delirio por parasitosis en el contexto de dermatitis artefacta presenta un notable desafío diagnóstico y terapéutico, debido a la complejidad de los síntomas y la naturaleza dual de los trastornos involucrados. El delirio por parasitosis, también conocido como parasitosis delirante, es una condición psicodermatológica en la cual el paciente tiene la creencia infundada de estar infestado por parásitos. Esta creencia puede llevar a conductas autolesivas, como la manipulación compulsiva de la piel, resultando en lesiones cutáneas significativas y, en este caso, en la dermatitis artefacta.

El manejo de este tipo de pacientes requiere una aproximación multidisciplinaria, involucrando tanto a dermatólogos como a psiquiatras. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo para excluir otras causas posibles de los síntomas cutáneos y las alucinaciones. El tratamiento de primera línea para el delirio por parasitosis incluye el uso de antipsicóticos atípicos, que han mostrado eficacia en la reducción de los síntomas delirantes.

Además, la dermatitis artefacta, caracterizada por lesiones autoinfligidas, debe ser manejada con un enfoque holístico que incluya intervenciones dermatológicas y apoyo psicológico continuo. Es crucial educar al paciente y a su entorno sobre la naturaleza de la enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles. En algunos casos, la psicoterapia puede ser beneficiosa para abordar los factores subyacentes que contribuyen al comportamiento autolesivo.

En resumen, el delirio por parasitosis en el contexto de dermatitis artefacta es una condición rara pero severa que requiere una evaluación y tratamiento integrales. La colaboración entre dermatólogos y psiquiatras es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir futuras autolesiones. La investigación continua y la publicación de casos clínicos son vitales para aumentar la comprensión y el manejo de este complejo trastorno.

P. #2011

LA EMPATÍA; UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE. ¿LA CONOCEMOS BIEN?

María Pilar Torró Cabratosa
IAS, Torroella De Montgrí, 17257, España

INTRODUCCIÓN

La práctica profesional de la enfermería incluye arte y ciencia. La empatía ha sido definida como el arte de la enfermería, esta está ampliamente reconocida por ser una habilidad cognitiva y psicológica en los profesionales de la salud.

Influye positivamente en muchos aspectos de su práctica en el cuidado de la salud.

Aun así, la empatía sigue siendo una habilidad que se presupone y no una herramienta que se tiene que desarrollar y practicar.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es profundizar en el conocimiento general de la empatía en el ámbito de la enfermería extrahospitalaria.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una revisión de la literatura científica sobre del concepto de la empatía en los profesionales de la salud.
- Diferenciar entre los conceptos de simpatía, empatía y compasión.
- Presentar formas de mejora de la empatía en los equipos asistenciales extrahospitalarios.

MÉTODO

La metodología de este trabajo es una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos, libros y conferencias. Por otro lado, es, también, una reflexión sobre la empatía desde la experiencia personal y contextualizándola en el ámbito extrahospitalario.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

La presencia de enfermería en el ámbito extrahospitalario en Cataluña está ampliamente implantada desde hace años , su papel en el sistema de emergencias está cogiendo cada vez un mayor protagonismo con el incremento dentro del sistema extrahospitalario urgente de las dotaciones avanzadas donde el responsable puede ser un diplomado en Enfermería.

La tecnificación y especialización de la medicina en los últimos tiempos ha hecho que en muchos casos se prioriza la atención a la enfermedad como problema biológico y se olvida la visión emocional de la persona como ser complejo, coge preeminencia el saber, el conocimiento y la tecnología dejando en segundo término las herramientas comunicativas donde la empatía toma su máximo sentido en la relación entre enfermería y paciente.

Es importante resaltar esta diferencia entre la empatía y la simpatía o la compasión, dado que tiene importantes implicaciones en la relación entre paciente y profesionales de la salud. Compartir las emociones de los pacientes podría interferir en un buen juicio profesional.

En el contexto de la atención al paciente un exceso de simpatía es un factor deshabilitador, en cambio la empatía no requiere ser limitada puesto que es un factor facilitador de la relación con el paciente.
En la empatía no se produce un juicio de valores, al contrario de la simpatía donde existe un contagio emocional. La verdadera empatía nace de una reflexión y un esfuerzo por hacer nuestra la realidad de otro, al que no conocemos. Podríamos decir que la empatía es una simpatía profesional.

CONCLUSIONES

Hay que reforzar la empatía formando de forma específica los equipos asistenciales extrahospitalarios.
Cuando los profesionales de la salud se centran en llegar a buenos diagnósticos médicos pueden convertirse en poco empáticos.
La valoración del grado de empatía de la enfermería en el ámbito prehospitalario nos puede ayudar a conocer mejor nuestra calidad como profesionales.
Revalorizar la empatía como una herramienta profesional y no como una característica innata.

P. #2014

PACIENTE MAYOR CON PSICOFÁRMACOS, ¿QUÉ RIESGO TIENEN DE CAIDAS?

Ana Arcos Atienzar[1], María Aragón Sánchez[2], Virginia Mazoteras Muñoz[3], Carmen Monroy Gómez[3], María Ángeles Caballero Mora[3], Cristina Patricia Morales Manso[4]

1. Completo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España
2. Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla -La Mancha, Ciudad Real, España
3. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España
4. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas, Ciudad Real, España

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las caídas en población de avanzada edad constituyen un problema infradiagnosticado, sin embargo, éstas representan el motivo principal por el que los ancianos acuden a los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Las caídas en este tipo de pacientes constituyen un problema de salud pública mundialmente significativo, el cual tiende a empeorar con el envejecimiento demográfico.
Según estudios epidemiológicos, una de cada tres personas que residen en la comunidad y son mayores de 65 años, sufren una caída al año, y de ellos se estima que la mitad volverán a caerse al año siguiente. Así mismo, en pacientes institucionalizados, el porcentaje de pacientes que padecen una caída asciende al 50 por ciento.
Hay múltiples razones por las que las caídas no suelen apreciarse, como la falta de signos y síntomas después de la caída, lo que predispone a que el paciente no consulte, y el personal sanitario tampoco se cuestione que la haya sufrido. A veces, el profesional de salud tampoco pregunta, o se cree, de manera errónea, que constituyen una parte irremediable del envejecimiento.
En la bibliografía consultada, la relación entre los psicofármacos y el riesgo de caídas ha sido muy difícil de encontrar, con pocos datos e información sobre el tema, además de que los pocos estudios que han sido analizados en general estaban realizados con muestras de pequeño tamaño. El objetivo de este trabajo es estudiar si verdaderamente los pacientes de avanzada edad sufren más caídas si están en tratamiento con psicofármacos que aquellos que no lo están, además de analizar otras variables que también puedan aumentar este riesgo, para así conocer que estrategias pueden llevarse a cabo y cuáles son las claves para disminuir el número de caídas en este tipo de población, ya que supone un gran problema de salud pública poco estudiado y en mi opinión, subestimada.

OBJETIVO

- Analizar la relación entre el consumo de psicofármacos en el paciente de avanzada edad con el riesgo de caídas en éstos, por efectos secundarios del tratamiento y comorbilidades asociadas.
- Comparación con pacientes que no presentan psicofármacos en su tratamiento habitual o están en situación de deprescripción.

MÉTODO

Es un estudio observacional retrospectivo analítico de cohortes con revisión de historias clínicas de pacientes de 70 años o más, atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, que han firmado el consentimiento informado.
Se compara la cohorte expuesta al tratamiento psicofarmacológico y la no expuesta, valorando la prevalencia de caídas en cada uno de los grupos.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

En el estudio participaron 80 personas, 49 de ellas mujeres y 31 hombres. De las 80 personas, 13 de ellas se encontraban institucionalizadas.
Un 73% de los pacientes presentaban hipertensión arterial, 33% diabetes mellitus y 54% dislipemia. Un 56% de los pacientes tenían psicofármacos en su tratamiento habitual, de los cuales 45% presentaron caídas, frente al 25% que sufrieron caídas en pacientes sin psicofármacos.
Además se halló que las benzodiazepinas, en concreto las de via media intermedia, como el lorazepam, se encuentran en un alto porcentaje de pacientes que sufren alguna caída.
Para resumin, los pacientes mayores tienen más probabilidad de sufrir alguna caída en la etapa anciana de su vida, influyendo sobre todo la cantidad de medicación que tienen en su tratamiento habitual (polimedicación) y qué tipo de fármacos tiene, siendo los psicofármacos un factor determinante para aumentar el riesgo de caídas.

CONCLUSIONES

Para concluir, se considera necesario realizar un abordaje del tratamiento que presentan los pacientes, revisando, prescribiendo y sobre todo desprescribiendo todos aquellos fármacos que no son necesarios, y que suponen un factor de riesgo para presentar una caída.

P. #2020

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANCIANO QUE ACUDE A URGENCIAS CON INFECCIÓN GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Paloma Fernández Gómez, Estíbaliz Garrido Leal, Miriam Romera De Francisco, Javier Cabañas Morafraile, Elia Chaves Prieto, William López Forero

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN

La población española está sufriendo un fenómeno de envejecimiento. El aumento de la supervivencia influye en un aumento de la población anciana, lo cual implica aumento de pacientes vulnerables, frágiles y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
Es por ello que el paciente anciano precisa de mayores cuidados sanitarios, entre los que destaca el aumento de la frecuentación a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) por las características de los pacientes.
Uno de los motivos que más frecuentemente lleva a consultar al paciente anciano en el SUH son las infecciones, segunda causa de mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Factores intrínsecos como la inmunosenescencia, pluripatología o desnutrición o extrínsecos como la institucionalización o el aislamiento social influyen de manera determinante para el aumento de la prevalencia de la patología infecciosa en el anciano.

OBJETIVO

Realizar un análisis descriptivo del paciente anciano que acude a Urgencias con infección grave.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio de cohortes observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, unicéntrico, en el que se seleccionaron a los pacientes ancianos atendidos en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de un hospital de tercer nivel por infección grave. Se seleccionaron a los pacientes atendidos en un periodo de tiempo comprendido entre julio de 2023 y febrero de 2024. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de centralización (media, mediana) y dispersión. La comparación de las variables cualitativas se realizará mediante el test de la chi cuadrado. La significación estadística se demostrará con una $p<0,05$.

RESULTADOS O DISCUSIÓN

Se atendieron durante este periodo de tiempo a 229 pacientes mayores de 75 años de los cuales 59,8% eran hombres y 40,2% mujeres. La edad media en hombres fue de 85,5 años (IC 95% 84,6-86,5) y 86,58 (IC 95% 85,6-88) en mujeres. Se observó una mayor proporción de varones con Índice de Barthel >60 (48,2%) frente a mujeres (41,3%) aunque sin apreciar diferencias significativas. Se observó una mayor proporción de varones con Índice de Charlson >5 76,6% vs 68,5% en mujeres sin encontrar diferencias

estadísticamente significativas. Se observó una mayor proporción de varones con deterioro cognitivo 56% vs 44% en mujeres sin diferencias significativas. Se observó un mayor porcentaje de varones con AP de IAM (13,1% vs 7,6%), ICC (29,2% vs 27,2%) y ECV (19,7 vs 16,3%) sin diferencias significativas. Sí se encontraron diferencias significativas en el antecedente oncológico (24,1% en hombres vs 5,4% en mujeres) (p<0,01) y el antecedente de EPOC (27% en hombres vs 4,3% en mujeres) (p<0,01).

CONCLUSIONES

En los pacientes ancianos atendidos por infección en nuestro SUH parece haber un aumento de comorbilidades en los varones respecto de las mujeres, siendo únicamente significativo en el EPOC y el antecedente oncológico.

P. #2085

¿ES POSIBLE SOSPECHAR LA ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

Alma Pardo Ribera, Mohammad Lobbad Kutit, Luis Vicente Sáenz Casco, Ignacio Ibáñez Soria, José Javier Jareño Esteban, Aryanne Minguillán Van Kapel

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales:
Se trata de un varón de 72 años, no fumador, originario de Perú y residente en España desde hace seis meses, asmático desde la infancia con múltiples agudizaciones frecuentes. Disnea con pequeños esfuerzos y expectoración mucosa con moldes bronquiales.
Tratamiento crónico con oxigenoterapia domiciliaria (1,5 L/min durante descanso nocturno), corticoides (GC) y agonistas beta-2 (B2) inhalados y mucolíticos.
Anamnesis:
Acude a urgencias por disnea de mínimos esfuerzos de dos semanas de evolución. El paciente refiere aumento de expectoración de coloración verdosa/transparente, sin asociar fiebre ni dolor torácico ni otra clínica asociada. Refiere pérdida de seguimiento y aporta informes médicos de su país de hace 1 año.
Exploración física:
- A/B: Eupnea en reposo sin oxigenoterapia con saturación periférica de oxígeno (SpO2) de 92%, no taquipnea, a la auscultación pulmonar (AP) abundantes roncus y sibilantes dispersos.
- C: Hemodinámicamente estable, índice de shock 0,76. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Sin edemas en extremidades.
- D: Glasgow 15/15.
- E: Afebril. Buen estado general. Tos productiva.

Pruebas complementarias:
- Radiografía de tórax: Patrón intersticial y bronquiectasias centrales bilaterales (ya descrito en informes que el paciente aporta). Existen datos de hiperinsuflación pulmonar. No derrame pleural. No cardiomegalia.
- Analítica sanguínea: Proteína C reactiva (3.51 mg/dl), leve linfopenia (12.80%), sin leucocitosis ni neutrofilia, eosinófilos en rango y procalcitonina (0.05 ng/ml); péptidos natriuréticos (57.60 pg/ml), creatinina de 1.11 mg/dl; equilibrio iónico, pH en rango (7.4), con presión parcial venosa (PV) de CO2 de 49, PV de oxígeno de 66, bicarbonato en rango (25.3 mmol/L), sin hiperlactacidemia (1.9 mmol/L), hemoglobina de 15.50 g/dl; sin coagulopatía, plaquetas en rango.
- Se recogen muestras de esputo para cultivo de bacterias, micobacterias y hongos.
- Test rápido para detección de virus respiratorios: Negativo.

Juicio diagnóstico:
Exacerbación asmática sin hipoxemia de posible origen infeccioso en paciente con asma persistente mal controlada y bronquiectasias.
Evolutivo y Plan:

El paciente permanece estable hemodinámicamente y eupneico en reposo con SpO2 de 92-94% sin oxigenoterapia, sin taquipnea, aunque con tos productiva y AP con roncus y sibilancias; debido a la estabilidad clínica con buen estado general del paciente sin datos de hipoxemia e insuficiencia respiratoria hipercápnica crónica, en paciente con tratamiento errático en las últimas semanas, y con imagen de bronquiectasias en la radiografía de tórax ya descrito en informes médicos de su país, se da de alta con consulta con neumología, seguimiento estrecho por su médico de atención primaria para resultados microbiológicos y tratamiento con GC orales, anticolinérgicos, GC y B2 inhalados, mucolíticos, azitromicina y oxigenoterapia.
Resolución:
El paciente fue diagnosticado de aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) con estudio inmunológico con IgE total elevada (5242 Ku/l), IgE específica anti-Aspergillus-fumigatus (25.70 Ku/l) e IgG anti-Aspergillus-fumigatus (248 mg/l). Las precipitinas para hongos fueron positivas. La espirometría y curva flujo volumen mostraron una obstrucción severa al flujo aéreo (CVF: (56%), VEF1: (39%), VR: (69%), FeNO 18 ppb). La tomografía computarizada (TAC) pulmonar mostró bronquiectasias quísticas y varicosas centrales, de forma bilateral difusa junto con infiltrados en lóbulos superiores. El estudio microbiológico confirmó la presencia de Pseudomona aeruginosa. El paciente recibió tratamiento con oxigenoterapia, GC+B2 inhalados, anticolinérgicos, corticoides orales, ciprofloxacino oral y colistina inhalada durante 21 días, fisioterapia respiratoria, mucolíticos y omalizumab.

CONCLUSIONES

- La ABPA es una identidad infrecuente caracterizada por una reacción de hipersensibilidad contra las especies de Aspergillus sucedidas en pacientes con exacerbación asmática o con menor frecuencia, en fibrosis quística. Los datos que pueden orientar al diagnóstico en urgencias son las exacerbaciones frecuentes, la clínica subaguda, nuevas bronquiectasias, infiltrados parenquimatosos y la hipereosinofilia.
- El tratamiento consiste en corticoterapia oral y los propios de la exacerbación asmática o fibrosis quística. Los agentes antimicóticos si resistencia al tratamiento.

P. #2101

EVITANDO EN SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

Nagore Rojo Ruiz, Marta Padilla Sainz, María Andrea Garrido Quintero

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 23 años natural de Perú. Sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos ni antecedentes médico-quirúrgicos. Sin antecedentes familiares de enfermedades hematológicas.
Acude al servicio de urgencias por astenia de un mes de evolución y lipotimia el día anterior. En la anamnesis explica adenopatía occipital hace dos meses que se resolvió espontáneamente. Posteriormente refiere adenopatías retroauriculares, submandibulares y supraclaviculares palpables, orientado como adenitis, recibió tratamiento con Amoxicilina en su centro de atención primaria.
Consulta por presentar palpitaciones, aumento de la astenia, disnea los últimos días y aparición de petequias en extremidades superiores y escote. Niega síntomas infecciosos, fiebre ni síntomas B.
Exploración física. Taquicardia a 130lpm. TA 123/65. Temperatura 36,3°C. Saturación 100% a aire ambiente.
Auscultación cardiaca rítmica sin soplos.
Auscultación pulmonar buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos.
Abdomen blando y depresible, no se palpa hepatoesplenomegalia.
Adenopatías retroauriculares, suboccipitales, submandibulares, cervicales, inguinales y axilares, induradas y no dolorosas.
Se solicita analítica sanguínea que muestra leucocitosis de 109,43 x109/L con un 96% de leucoblastos, hemoglobina de 79g/L y plaquetas de 112x109/L; y radiografía de tórax que muestra ensanchamiento mediastínico.
Ante la sospecha leucemia linfoblástica aguda se solicita aspirado de médula ósea y se inicia tratamiento con rasburicasa para evitar el síndrome de lisis tumoral (SLT) mientras se solicita un ionograma completo y ácido úrico para descartarlo.
El ionograma presenta potasio, sodio, magnesio y calcio en rango, uricemia en rango y fosfato elevado con función renal normal por lo que se descarta síndrome de lisis tumoral en ese momento.
Finalmente se solicita ingreso en Hematología donde el aspirado de médula ósea confirma con un 89% de blastos de aspecto linfoide la leucemia linfoblástica aguda.

CONCLUSIONES

El síndrome de lisis tumoral se da cuando hay una destrucción masiva de células tumorales habitualmente tras la destrucción por tratamientos con tratamientos oncológicos. Se diagnostica con 2 o más criterios Cairo-Bishop: Hiperuricemia (> 8 mg/dL), hiperfosfatemia (> 4.5 mg/dL), hipocalcemia (< 7 mg/dL o síntomas neuromusculares) y/o hiperpotasemia (> 6 mmol/L o alteraciones en el ECG).
Sin embargo, existe el SLT espontáneo que se ve favorecido en los siguientes casos:

- Carga tumoral alta: leucocitosis extrema (> 100,000 x10^9/L), adenopatías o infiltración hepatoesplénica.
- Elevada actividad proliferativa: Tumores con alto índice de replicación celular como la LLA o el linfoma de Burkitt.
- Disfunción renal preexistente: Reduce la capacidad de eliminación de potasio, fósforo y ácido úrico.
- Ensanchamiento mediastínico o afectación del SNC: Puede indicar una alta carga tumoral.

Ante una paciente joven con adenopatías, astenia, adenopatías y palpitaciones, en urgencias se debe realizar una analítica para descartar enfermedades hematológicas.

Tras el hallazgo de leucocitosis con linfoblastos, anemia y trombocitopenia que apoyen la sospecha diagnóstica de LLA debemos descartar el SLT espontáneo e iniciar tratamiento de soporte con hidratación agresiva, rasburicasa y/o alopurinol si existe hiperuricemia, corrección de alteraciones metabólicas y monitorización continua. Incluso puede necesitar realizar hemodiálisis.

En urgencias no debemos esperarnos al diagnóstico definitivo por parte de hematología ya que puede suponer el diagnóstico tardío de esta enfermedad que puede resultar potencialmente mortal por las complicaciones de la diselectrolitemia.

P. #2147

DOCTORA ME ESTOY DESCAMANDO

Pablo Madrid Martos, Cristina Girón Crespo, José Francisco Vargas Rivas, Amparo Reyes Fernández, Celia Adriana Fignani Molina, María Filomena Alonso Morales

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 89 que acude a nuestro servicio hospitalario de urgencias por cuadro de eritema de 72 horas de evolución asociada a descamación y malestar generalizado con sensación disneica asociada. Refiere que comenzó hace un mes con prurito generalizado por todo el cuerpo, sin lesiones cutáneas asociadas, motivo por el cual acudió a su médico de familia que pautó Hidroxicina 25 mg dos veces al día. Niega la toma de fármacos de reciente introducción (exceptuando la toma de Hidroxicina) o de alimentos nuevos. Niega fiebre termometrada en domicilio o cortejo bacteriémico asociado. Nadie en domicilio con clínica similar. También comenta pérdida de peso no cuantificada en los últimos meses, junto con astenia e inapetencia. No náuseas ni vómitos. No tos, disnea ni otra sintomatología respiratoria destacable. Sí comenta escozor ocular del mismo tiempo de evolución. No síndrome miccional. No otra sintomatología relevante por sistemas y aparatos.

Entre los antecedentes personales destacan DM tipo 2, EPOC con espirometría 2019: FEV1 64%, CVF 108% y FEV1/CVF 44%, mMRC 2 con oxígeno domiciliario 16 horas con 2lpm. ERC de causa multifactorial. Riñón derecho atrófico, con RI compensador. Ex-fumador, con inicio a los 16 años de edad y fumador de un paquete al día hasta los 83 años aproximadamente (ICAT de 60 paq-año).

A su llegada el paciente se encuentra afebril y hemodinámicamente estable con glucemias bien controladas. Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo sin trabajo respiratorio asociado. Eritrodermia que blanquea a la presión y descamación generalizada que afecta a la totalidad de la superficie cutánea y se acompaña de afectación a nivel de plantas de pies pero respeta palmas de las manos. No lesiones a nivel de mucosas oral ni genital. Nikolsky negativo. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni datos de TVP. Analíticamente lo único que destaca es PCR 53 sin leucocitosis ni neutrofilia ni eosinofilia.

Ante estos hallazgos y tratándose de un paciente pluripatológico decidimos pasar al paciente a la sala de observación e interconsultar con el servicio de Dermatología, quien realiza biopsia cutánea con punch e iniciamos tratamiento con urbason 40mg y polaramine.

Nuestra primera impresión fue una posible toxicodermia secundaria a la toma de hidroxicina 25mg. Dado que parecen poco probables las enfermedades inmunoampollosas (penfigoide de las membranas mucosas y el síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica) debido a la ausencia de lesiones ampollosas y a la ausencia de afectación de mucosas. También parece poco probable la existencia de

una dermatosis inflamatoria (no antecedentes personales de psoriasis ni de dermatitis atópica).
Debido a que no podemos descartar que se trate de un síndrome paraneoplásico por ser un paciente fumador de alto riesgo interconsultamos con medicina interna que cursa ingreso.

CONCLUSIONES

La principal conclusión que establecemos ante este caso es la importancia de realizar una historia clínica completa así como tener en cuenta los antecedentes personales para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Además, destacar la importancia del manejo multidisciplinar y de la coordinación entre las distintas especialidades para el correcto manejo.

P. #2148

DE ESA CARNE, NO HAY QUE FIARSE

Roger Gabriel Vera Gómez[1], Nancy Leonor Vera Nieto[2], Lucía García Carrasco[2], Marilenny Montilla Mesa[1], Emmanuel García Casilla[1], Juan Manuel Orriach González[1]

1. Hospital General La Mancha Centro, Alcázar De San Juan, Ciudad Real, España
2. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

HISTORIA CLÍNICA

*NRMC.
*Fumador 10 paquetes/año
Descripción del caso
Varón de 25 años acude por presentar edema peri-orbitario, escalofríos, sensación distérmica no cuantificada en domicilio, mialgias y artralgias leves que ceden con paracetamol. Niega disnea, no dolor abdominal, no nauseas o vómitos, no deposiciones diarreicas, no síntomas urinarios. Niega viajes al extranjero. Comenta que hace +/- 3 semanas ha comido carne de jabalí y hace +/- 1 semana su primo presento síntomas similares, enviaron tratamiento con mejoría clínica.
Exploración y pruebas complementarias
TA 126/58mmHg, FC 78 lpm, T° 36.4°C, Sat/basal 98%.
Buen estado general. Normohidratado, Normoperfundido. Normohidratado.
NRL: Consciente y orientado en las 3 esferas. Lenguaje fluido, comprende, nomina y repite. Discurso coherente sin afasia ni disartria. Pares craneales simétricos sin alteraciones. Balance muscular global 5/5. Marcha sin alteraciones. Romberg ausente
Cara edema periorbitario bilateral, no alteración de AV
Cuello: Pulsos carotideos presentes y simétricos, no masa palpable ni adenopatias palpables.
AC: Rítmica, sin soplos audibles
AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos
Abdomen: RHA presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.
MMII: Pulsos pedios y poplíteos presentes, no edemas, no signos de TVP.
• Laboratorio:
Leucocitos 7.5 miles/µl (4 - 10) Segmentados 5.7 miles/µl (1.3 - 7.5) Linfocitos 0.9 miles/µl (1.1 - 4.8) Monocitos 0.5 miles/µl (0.08 - 1.2), Eosinófilos 0.8 miles/µl (Inf. 0.6). Hematíes 5.47millones/µl, Hemoglobina 17g/dl, Hematocrito 49.4%, Plaquetas 271miles/µl.
Tiempo de Protrombina 12 segundos (Inf. 13.5), aTTP 33.9 segundos, (22 - 38.9), Fibrinógeno 454 mg/dl (200 - 500), INR 1.09 INR.
Glucosa 87 mg/dL (70 - 110), Urea 32 mg/dl (20 - 48), Bilirrubina Total 0.5 mg/dl (0.2 - 1), Creatinina 0.75 mg/dl (0.7 - 1.2), Proteínas Totales 7.2 g/dl
AST/GOT 22 UI/L (5 - 33), ALT/GPT 18 UI/L (5 - 45), LDH 192 UI/L (135 - 225), CPK 183 UI/L (34 - 171).
Sodio 138.3 mmol/L (136 - 145), Potasio 4.02 mmol/L (3.5 - 5.1), Cloro 102.6 mmol/L (98 - 107), Calcio 9.7 mg/dL (8.6 - 10.2), 2.6 mg/dl (2.5 - 4.5), Magnesio 1.9 mg/dl (1.9 - 2.8).
Proteína C Reactiva: 0.58 mg/dl (Inf. 0.5)
Trichinella IgG en suero: Positivo
Orientación diagnóstica:

Triquinosis
Diagnóstico diferencial:
Celulitis periorbitaria, Miositis, Fiebre reumática

CONCLUSIONES

Se trata de un paciente en el que los antecedentes de consumo de carne no procesada adecuadamente, un familiar afecto previamente con los mismos síntomas, además de los resultados analíticos nos hacen pensar en triquinosis por el consumo de carne de origen dudoso. El diagnostico se confirmó con el resultado de anticuerpos positivo posteriormente.
Es importante que se tenga en cuenta el origen de la carne que consume y evitar la ingesta de carne de animales silvestres o selváticos o de aquellos productos cárnicos que no han pasado la inspección veterinaria. Se recomienda cocinar la carne fresca, carne de animales silvestres, a una temperatura y por un tiempo suficiente para que todas las partes de la pieza lleguen a 77° C. Si se plantea consumir carne silvestre, congelar a -15°C durante al menos 3 semanas.
Para evitar el riesgo de contraer triquinosis, es mejor no consumir carne salvaje o de origen dudoso y asegurarse que la carne este debidamente tratada y cocinada.

P. #2162

UN CASO INESPERADO, DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME POCO FRECUENTE EN PACIENTE GERIATRICO

Sonia Ruiz Morales[1], Raquel Palomares Bonet[1], Tareca Díaz Grijuela[2], César Octavio Covarrubias Guzmán[1], Luis Manuel Sánchez Valdez[2], Hipólito Ramón García Miranda[1]

1. Hospital Sant Joan de Reus, Reus, España
2. Hospital Lleuger de Cambrils, Cambrils, España

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 91 años, no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos.
Antecedentes patológicos:
HTA/DLP. AIT. Infarto lacunar.
Enfermedad de Alzheimer. Parkinson.
Insuficiencia renal estadio III.
Varón de 91 años, con antecedentes citados, institucionalizado en Cambrils Suite, consulta a Hospital Sant Joan de Reus por vómitos en posos de café en 2 ocasiones durante la noche y otro en la mañana. Fue valorado hace 2 días por vómitos y altado en contexto de gastroenteritis. Dificultad en anamnesis por deterioro cognitivo y desorientación. A su llegada a urgencias estable hemodinamicamente, con TA 141/58mmHg, FC 64lpm, Sat O2 98% basal, Tª axilar 35,0°C. A la exploración paciente impresiona buen estado general, consciente, ligera desorientación. Normohidratado y normoperfundido. A la exploración abdominal, abdomen globuloso, ligera distensión, sin signos de peritonismo. Se solicita ECG que muestra Fibrilacion auricular a 104 lpm, no otras alteraciones en la repolarización. La analítica muestra Leucocitosis 17.100 mm3 con desviación a la izquierda (neutrofilia 86,7%) y aumento de RFA (PCR 5,70mg/dL), neutrofilia 86,3%. Funcion renal Cr 1,29mg/dL, Urea 71mg/dL. FG 48mL/min. Na 146mmol/L, K hemolizado. Perfil hepático normal. Albumina 3,9 g/dL. Proteinas 7,3g/dL. Ca 10,2 mg/dL. Gasometria venosa pH 7,43. PaCO2 52,1mmHg, HCO3 34,4 mEq/Lmg, EB 8,4 mmol/L compatible con alcalosis metabolica compensada.
Se indica dieta absoluta, serumterapia ev, ondansetron 8mg y omeprazol 80mg en bolo. Posteriormente en la noche paciente presenta cuadro de vómitos que impresionan fecaloideos, se indica SNG en aspiración con dificultad para colocación por agitación. Se decide sondaje vesical por disminución de micción en últimos días según familia. Tacto rectal, heces normales, sin melenas. Dado persistencia de vómitos se intensifican antieméticos, SNG en aspiración previo midazolam 2 mg ev, se solicita TAC abdominal urgente para identificar causa y se contacta con Servicio de Cirugía general de Urgencias. A los resultados, TC abdominal muestra hallazgos de marcada distensión de la cámara gástrica (con SNG en su interior) acondicionada por un "stop" a nivel de bulbo duodenal, donde se observa una comunicación de éste con la vesícula biliar (desestructurada y de paredes engrosadas) identificándose un aparente cálculo biliar a este nivel como causa de la obstrucción (Síndrome de Bouveret). No se visualiza liquido libre ni signos de neumoperitoneo. Se comenta caso con Cirugía que decide intervención quirúrgica urgente. Se explica alto riesgo quirúrgico, tutor legal firma consentimiento. Finalmente, el paciente es intervenido con éxito y permanece ingresado posteriormente en planta de Cirugía.

CONCLUSIONES

Este caso clínico presenta una obstrucción duodenal secundaria a síndrome de Bouveret, una entidad rara y frecuentemente subdiagnosticada en pacientes de edad avanzada. El síndrome de Bouveret, causado generalmente por la migración de cálculos biliares a través de una fístula colecistoduodenal, se presenta con síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos, y dolor abdominal, lo que puede dificultar su diagnóstico temprano. En este caso, la presentación clínica fue atípica y pudo haber sido confundida con otras patologías más comunes en pacientes geriátricos. En cuanto al manejo, se instauró un tratamiento médico conservador inicial con dieta absoluta, fluidoterapia y antieméticos. Sin embargo, debido a la persistencia de los vómitos y el riesgo de complicaciones, se decidió una cirugía urgente con una resolución exitosa.
La importancia de este caso radica en la dificultad diagnóstica que representa el síndrome de Bouveret en pacientes geriátricos, donde los síntomas pueden ser fácilmente confundidos con otros trastornos más comunes. El uso de técnicas diagnósticas como la TC abdominal es fundamental para llegar a un diagnóstico preciso en casos poco comunes como este. Gracias a un enfoque diagnóstico exhaustivo y la colaboración multidisciplinaria, hemos logrado identificar con éxito una entidad poco frecuente, el síndrome de Bouveret, desde el Servicio de Urgencias.

P. #2180

NO HAGO PIS

Marina Sánchez Gómez, Jennyfer Carolyn Arias García
Hospital Comarcal Noroeste, Caravaca, España

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 89 años que consulta por Oliguria con disnea con tos y mocos desde hace 3 días. Niega sd miccional o fiebre, pero si autoescucha de sibilantes durante 24h. Traido por SUAP que adminsitran Furosemida IM
Urbason 80IM+ nebulización con ventolin , atrovent y pulmicort con leve mejoría. Afirma tener esputos hemoptoicos , pero niega dolor toracico o cortejo vegetativo, niega toma de tto en domicilio.
Como AP destacamos: NO AMC. FRCV: NO HTA, SI DM 2, NO DLP.
- Ingresó en 2016 en Cardiología por dolor torácico con ergometría convencional
negativa (83% de la FCMT). Último ecocardiograma con IAO moderada y FEVI normal.
- Aneurisma de aorta ascendente (44 mm).
- EPOC.
- Bronquiectasias en seguimiento en NML y MI. Ultimo cultivo esputo positivo en febrero de 2024.
- Episodio de sub-oclusión intestinal en 2014.

A la EF en urgencias hospitalarias Constantes Vitales FC: 79 l.p.m.,Sat.O2: 97 %,PAD: 76 mm Hg,PAS: 150 mm Hg, Tª: 36,5 C°Consciente y orientado- G15/15 NH y NC, Eupneico y sin tiraje. ACP: rítmico y sin soplos, roncus bilaterales sin sibilantes o crepitantes.
ABD: blando y depresible, no masas ni megalias, no irritación peritoneal, no doloroso. No puño percusión. No ingurgitación Yugular. RC < 2seg. No edemas MI. Pulsos pedios palpables bilateralmente.
En PC tenemos un hemograma leucocitos: 9,96 x10^3/uL, Neutrófilos %: 77,8 %, Linfocitos %: 14,4%, Hemoglobina: 12,2 g/dL, Hematocrito: 36,1 %,
VCM: 96,5 fL, Plaquetas: 177x10^3/uL, BIOQUIMICA: Glucosa: 96.00 mg/dL, Urea: 64.00 mg/dL, Creatinina: 2.06 mg/dL, Proteínas totales: 8.20 g/dL, Sodio: 137.00 mEq/L, Potasio: 4.60 mEq/L, Cloruro:103.00 mEq/L,
REACTANTES DE FASE AGUDA: PCR: 5,7 mg/dL,resto anodino
COAGULACION BASICA: T. Protrombina: 51,1 seg., T. Protrombina (Actividad): 14 %,INR: 4,75 , TTPA (Tiempo): 51,2 seg, TTPA (Ratio): 1,68
, Fibrinógeno derivado: 537mg/dL, resto anodino
GASOMETRÍA ARTERIAL: HCO3 std arterial: 19,9 mmol/L, BE exceso de base estandar arterial: -4,2 mmol/L, SO2 arterial: 57,8 %,resto normal
ORINA. ANORMALES: Sis. Densidad: 1,006 g/mL, Sis. pH: 5,5 , Sis. Glucosa:Negativo mg/dl, Sis. Bilirrubina: Negativo mg/dL, Sis. Cuerpos
cetónicos: Negativomg/dL, Sis. Urobilinógeno: NORM mg/dL, Sis. Proteínas: 10 mg/dl mg/dL, Sis.Nitritos: Negativo , Sis. Leucocitos: Negativo , Sis. Hematies: 0.03 mg/dl
GASOMETRÍA ARTERIAL: HCO3 std arterial: 20,4 mmol/L, BE exceso de
baseestandar arterial: -4,9 mmol/L, SO2 arterial: 98,8 %,

En cuanto a P.Imagen vemos RX TORAX: sin claros infiltrados nuevos, similar a radiografías previas, SCF libres.
A su llegada a URG estable hemodinamicamente, se cursan P. Complementareas y
se adminsitra 100mg Actocortina en 100SSF0.9% junto con nebulización de
Ventolin+Pulmicort + atrovent, con mejoría sintomática, disminución de roncus y menor disnea. Se decide nueva tanda de nebulizacion. Tras ello, se explora al paciente de nuevo, se evidencia mejoría de auscultación, sin sibilantes, solo con roncus en ambas bases. El paciente refiere mejoría sintomática, con GN a 2 lpm, saturación de 94-97%. Se recoge esputo. TA 106/60 mmhg al alta. Doy alta a domicilio tras supervisión por adjunto con tratamiento ATB según ultimo cultivo de esputo, ajustado a función
renal. Solicito nuevo e indico control y seguimiento por su MAP esta semana para ver evolución, si empeora o nueva clínica : volver a consultar
Constantes Vitales: TAS: 150 mmHg FC: 79 l.p.m.SAT O2 SO.: 97%Temperatura: 36,5°TAD:: 76 mmHg

CONCLUSIONES

En paciente ancianos es importante no solo mirar la clinica de base como es la bronquitis aguda, sino tambien el complemento global ya que la insuficiencia renal puede determinar muy mal pronostico del mismo.
Por lo tanto, se da de alta con diagnostico de : Dx: BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE EPOC.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA REAGUDIZADA.
Con tto de base: Abundante ingesta hídrica.Zamene 30mg 1/24h 5 dias. Atrovent+ budesonida y salbutamol 2 inhalaciones con cámara espaciadora cada 8h 5dias, asi como nuevo control en 1 semana por su map renal.

P. #2188

GESTACIÓN CRÍPTICA: USO DE ECOGRAFÍA PARA DETECIÓN DE EMBARAZO

Daniel Requejo González, Olga Morales Encuentra, Beatriz Ordóñez Amboage, Julia Rubio Oña

Hospital Santiago Apostol, Miranda De Ebro, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años con antecedentes de trastorno ansioso-depresivo en tratamiento crónico con lorazepam y episodios recurrentes cólico renal derecho.
Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 4 días de dolor lumbar derecho irradiado hacia abdomen, intermitente, que ha ido aumentado en intensidad hasta alcanzar un nivel 9-10 en la escala visual analógica del dolor (EVA), asociado a tenesmo rectal y polaquiuria con episodios de incontinencia urinaria en las últimas 24 horas, no presentando fiebre en ningún momento. Ha tomado en los últimos días dexketoprofeno y paracetamol alternos, sin mejoría.
Al momento de su llegada, sus constantes vitales muestran una tendencia a taquicardia e hipotensión sin otros hallazgos. En la exploración física, se observa un abdomen distendido y doloroso a la palpación de forma generalizada, presentando una masa de gran tamaño que se extiende desde el hipogastrio hasta el hipocondrio derecho. Se solicita de forma urgente una analítica de sangre y una tomografía abdominal, pautando tratamiento con antinflamatorios y analgésicos opiáceos.
Previa a la realización de las pruebas complementarias y administración del tratamiento, y considerando el mal estado general de la paciente se decide realizar una ecografía abdominal para descartar la presencia de líquido libre. Durante la exploración, se observa la presencia de una imagen compatible con cámara cardiaca con latido a nivel de mesogastrio. Se explora el resto del abdomen, identificándose un feto en posición cefálica, con las extremidades inferiores a nivel de hipocondrio derecho.
Se realiza una nueva anamnesis dirigida a la paciente, quien refiere que su última menstruación ocurrió aproximadamente ocho meses antes de la atención en urgencias. Menciona, además, la realización de dos pruebas de gestación en los dos meses siguientes al inicio de amenorrea, resultando ambos negativos. La paciente solicita valoración por su médico de atención primaria siendo derivada a ginecología para estudio de amenorrea con diagnóstico de probable menopausia, pendiente de citación.
Se anula la petición de tomografía abdominal y se solicita valoración urgente por Servicio de Ginecología que indica ingreso. Realizan ecografía donde se observa una gestación a término con biometrías correspondientes a 37 semanas de gestación y un peso fetal estimado de 3 kilogramos, identificando oligoamnios severo.
A los 20 minutos del ingreso, se realiza cesárea urgente debido a la presencia de riesgo de pérdida de bienestar fetal, con administración de profilaxis antibiótica. El procedimiento transcurre sin complicaciones con el nacimiento de una mujer con un peso de 2570 miligramos. Ambas pacientes presentan una evolución clínica favorable sin complicaciones postquirúrgicas

ni neonatales, con inicio de lactancia materna. Son dadas de alta a los tres días del ingreso con seguimiento programado por parte de la matrona y el pediatra.

CONCLUSIONES

La gestación críptica es una condición en la que la mujer está embarazada sin ser consciente de ello. Esto se debe generalmente a la ausencia de síntomas típicos asociados con la gestación, la presencia de menstruaciones habitualmente irregulares o a la realización de pruebas de gestación que resultan negativas. Su diagnóstico se realiza de forma tardía, y suele ser accidental, por la presencia de complicaciones que alertan a la paciente o a los profesionales de la salud.
En estas situaciones, la ecografía ha demostrado ser una herramienta fundamental y de gran utilidad, ya que permite realizar evaluaciones rápidas de forma no invasiva para apoyar o dirigir el diagnóstico. Su disponibilidad permite su uso en situaciones críticas, permitiendo la toma de decisiones de manera rápida.

P. #2190

ERITRODERMIA

Silvia Cercas Lobo, Antoni Cañón Santos, Helena Veledo Álvarez, María José Macías Reyes, Lluís Enric Castillero Díaz, María Andrea Garrido Quintero

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 67 años con antecedentes de enolismo crónico en deshabituación y tratamiento con disulfiram, cirrosis hepática CHILD A, hipertensión, dislipemia, obesidad, psoriasis moderada-severa. Ingreso en 2016 por shock séptico y toxicodermia farmacológica.
Acude a derivada desde el centro de deshabituación por somnolencia e inestabilidad de la marcha de días de evolución con aparición en las últimas horas de alucinaciones visuales y rash cutáneo generalizado. Había estado en tratamiento con clometiazol.
Constantes vitales: Tensión arterial 107/56mmHg; Frecuencia cardiaca 80latidos/min; Frecuencia respiratoria 16respiraciones/minuto; Saturación basal de oxígeno 95%; Temperatura axilar 38°C.
Exploración física: regular estado general. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación, no semiología ascítica. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis. Exploración neurológica: ataxia de la marcha, dismetría y disdiadococinesia. Oftalmoparesia con oftalmoplejía internuclear. Piel eritrodérmica, con algunas islas de piel respetada, con algunas áreas de placas infiltradas y descamación gruesa (glúteos, piernas), afectación facial y de cuero cabelludo, con moderada hiperqueratosis palmoplantar. No ampollas, no despegamiento cutáneo, no Nikolsky, no edema facial, no afectación de mucosas, no adenopatías palpables. Pústulas aisladas en palmas, no en el resto del tegumento.
Pruebas complementarias:
- Tomografía craneal: sin hallazgos.
- Resonancia cerebral: hallazgos compatibles con encefalopatía hepática. Sin hallazgos sugestivos de encefalopatía de Wernicke. Enfermedad de pequeño vaso leve (Fazekas 2).
- Rx tórax: sin alteraciones
- Analítica de sangre: Hemograma: normal, no eosinofilia. Glucosa 108, Proteínas T 61.6, Alb 29.3, función renal e ionograma normal, Uratos 8.2, Bilirrubina total 1.44 (directa 0.43), FA 57, AST/ ALT 22/11, GGT 28, CK 39, PCR 27.7. Colesterol 161, HDLc 50.9, LDLc 94, TG 89. Proteinograma con discreta hipergammaglobulinemia. IF gamma M. TBC negativo. Serologías: VHA y VZ positivo; VHA, HBsAg, HBcAc, HBsAc, VHC y VIH negativas. Factor reumatoide, ANAs y HLA B27 negativos.
- Sedimento de orina: negativo
- Hemocultivos: Staphylococcus aureus sensible a cloxacilina
- Ecocardiografía: sin signos de endocarditis.
- Aspirado nasofaríngeo: negativo para virus gripal A y B, VRS y SARS-CoV-2
- Ecografía abdominal: hígado con gran hipertrofia de LHI, contornos irregulares, heterogéneo, sin lesiones focales, leve esteatosis. Fibrosis grado 4 por elastografía.
- Biopsia cutánea: dermatitis psoriasiforme con disqueratosis focal

en diferentes estratos y eosinofilia. Los hallazgos morfológicos son compatibles con toxicodermia sobre una psoriasis de base. Durante el ingreso, realizó tratamiento con benzodiacepinas a dosis descendiente, suplementos vitamínicos y tratamiento tópico con fórmula magistral, con muy buena evolución clínica en cuanto a la eritrodermia y a la ataxia de la marcha. Ante fiebre y hemocultivos positivos para S Aureus, en el contexto de probable puerta de entrada cutánea, se inicia antibioterapia con buena respuesta (resto de despistaje infeccioso negativo).
Motivada para la abstinencia, se mantiene el tratamiento con naltrexona, pero se suspende el tratamiento con disulfiram por fibrosis hepática grado 4.
En control posterior en consulta de dermatología inicia tildrakizumab con buena respuesta.

CONCLUSIONES

La eritrodèrmia es un estado de estado de eritema y descamación que afecta a más del 90% de la superfície corporal. Puede llevar al fracaso cutáneo agudo y tiene una mortalidad de hasta el 30%.
En el 50% de los casos de eritrodermias se deben a la generalización de una dermatosis previa.
La eritrodermia psoriásica se da en el 1-2,2% de los pacientes con psoriasis.
Con frecuencia se acompañan de hipertermia, infecciones cutáneas por S Aureus o Streptococus sp.
Como posibles desencadenantes de la eritrodermia psoriásica están: interrupción brusca de tratamientos sistémicos contra la psoriasis, fármacos (sales de litio, terbinafina, antimaláricos), infecciones, estrés emocional, quemaduras tras fototerapia, embarazo, excesivo consumo de alcohol, irritantes tópicos…

*Ferrándiz C, Carrascosa JM, Bielsa I. Piel. Eritrodermia psoriásica. 2022. 26 (1):18-24.
*Borregón P, Suárez R. Urgencias en dermatología. Piel. 20(1)2. 27 ((1)0):570-80.

P. #2241

ESCOLAR CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Alberto Daniel Martínez Lasheras, Angrl Alacid Molina, Ehmudi Tidjani Bachir, Mauricio Javier Larrea Baque
Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor, Cartagena, España

HISTORIA CLÍNICA

No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes quirúrgicos: adenoidectomía y drenajes transtimpánicos 2019, no otros antecedentes relevantes. Vacunación reglada.
Escolar de 11 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal intermitente de 36 horas de evolución. El dolor se inició de forma brusca en la madrugada motivando despertar nocturno, lo que llevó a la familia a buscar atención médica en SUAP donde indican apiretal. En las últimas 24 horas se va produciendo una intensificación del dolor, asociando distensión abdominal y febrícula, alcanzando cifras de hasta 37.5°C motivo por el que acuden a urgencias hospitalarias. Deposiciones escasas, con episodios de dureza aunque normales el día de consulta. No presenta síndrome miccional ni síntomas respiratorios, aunque refiere pérdida de apetito, tolerando líquidos. Ambiente epidémico domiciliario hermano con infección respiratoria. La paciente ha tenido antecedentes de molestias abdominales leves durante el último mes y medio, principalmente nocturnas, sin pérdida de peso ni astenia significativa que fueron valoradas en centro de salud.
Exploración física: adecuado estado general Glasgow 15, sin signos meníngeos ni focalidad neurológica, aunque con palidez cutánea. Auscultación pulmonar normal y sin signos de dificultad respiratoria. Abdomen duro, poco depresible y con distensión abdominal significativa que sugerían abdomen a tensión; dolor difuso y generalizado a palpación superficial y profunda, más intenso y focalizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con un signos de Blumberg y Rovsing positivos que sugerían irritación peritoneal.
Pruebas complementarias: Analítica de sangre revela valores dentro de los rangos normales, salvo una leve elevación de la fosfatasa alcalina. Hemograma con linfopenia y monocitosis, resto normal. Ecografía abdominal detecta ascitis significativa con signos de hidronefrosis, lo que lleva a la FEA en radiodiagnóstico a la realización de una TAC abdominal.
En el estudio se evidencia una masa de 15.5 x 13 x 10 cm en la cavidad abdominal, con características que sugieren un teratoma ovárico torsionado, además de hidronefrosis bilateral y ascitis. Opacidad pseudonodular en LID de 3.7 mm y otra de 3 mm en LII. Lesión esclerosa inespecífica 11 mm en hueso iliaco izquierdo.
Ante estos hallazgos, se contacta con FEA en pediatría de nuestro hospital quien coordina el traslado tras evaluar el caso con el equipo de Cirugía Pediátrica del hospital de referencia, y se decide la necesidad de un tratamiento quirúrgico urgente debido a las complicaciones potenciales.
En urgencias, se administra paracetamol, con desaparición de la fiebre y disminución del dolor. Dieta absoluta, última ingesta 14:00 horas y líquidos desde 16:00 horas. Glucosalino 60 ml/. Evolución favorable. Constantes vitales estables, solo un pico febril.

CONCLUSIONES

La rápida identificación de la masa abdominal y la presencia de ascitis e hidronefrosis son indicadores clave que justifican la intervención quirúrgica urgente. La coordinación salud es esencial para asegurar una atención oportuna en un contexto tan delicado. La intervención realizada incluyó la extirpación de la masa y la resección de implantes peritoneales, vejiga y recto, es un enfoque agresivo pero necesario dado el cuadro clínico presentado. La posterior elevación del Ca-125 (162 U/ml) sugiere la posibilidad de un proceso neoplásico, lo que requiere un seguimiento cuidadoso con los resultados de la biopsia que están pendientes. El desarrollo de dificultad respiratoria postoperatoria a las 72 horas y el aumento del Dímero-D (3.500 ng/ml) son signos preocupantes que pueden indicar complicaciones como tromboembolismo pulmonar (TEP) o atelectasia. Angio-TAC descartó TEP, es fundamental el manejo de la atelectasia. Mantener un enfoque multidisciplinario para el manejo, garantizando que se aborden tanto las complicaciones postoperatorias como el tratamiento definitivo según los resultados de la biopsia. La atención continua y la adaptación del plan de manejo serán cruciales para su recuperación y bienestar a largo plazo.

35° CONGRESO NACIONAL SEMES

SEMES
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

ISBN 978-84-09-74693-4